

144908

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD IZTAPALAPA
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
ÁREA DE PSICOLOGÍA SOCIAL**

**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA AUTOESTIMA
EN ANCIANAS DE IZTAPALAPA**

SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA SOCIAL

PRESENTAN:

MARTÍNEZ ANTONIO MA. DEL CARMEN

RUIZ MONSALVO GABRIELA

VÉLEZ OROZCO MA. GUADALUPE

ASESOR:

PROFR. J. OCTAVIO NATERAS DOMÍNGUEZ

LECTORES:

PROFR. MIGUEL A. REYES GARCIDUEÑAS

PROFR. MIGUEL A. AGUILAR DÍAZ

MÉXICO, D.F. SEPTIEMBRE DE 1993

144908

Cuando no se ha cuidado el corazón
y la mente en los años jóvenes,
bien se puede temer que la ancianidad
sea desolada y triste.

La educación comienza con la vida
y no acaba sino con la muerte.

El cuerpo es siempre el mismo,
y decae con la edad,
la mente cambia sin cesar
y se enriquece y se perfecciona
con los años.

Pero las cualidades esenciales
del carácter,
lo original y enérgico
de cada hombre;
se deja ver desde la infancia
en un acto,
en una idea,
en una mirada.

JOSE MARTÍ

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
PRIMERA PARTE: ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ	6
1. ASPECTOS FÍSICOS (BIOLÓGICOS) DE LA VEJEZ	12
1.1 Apariencia física	12
1.2 Sensaciones y percepciones	14
1.3 Aparato respiratorio	17
1.4 Sistema Nervioso Central	18
1.5 Sistema Cardiovascular	19
1.6 Las glándulas sexuales	21
1.7 Trastornos nutricionales	23
2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA VEJEZ	
2.1 Factores cognitivos	
2.1.1 Inteligencia	28
2.1.2 Memoria y aprendizaje	31
2.2 Factores cognitivos	
2.2.1 Demencia senil	34
2.2.2 Confusión mental	36
2.3 Factores emocionales	
2.3.1 Inseguridad	38
2.3.2 Dependencia	39
2.3.3 Angustia	41
2.3.4 Depresión	44
2.4 Factores comportamentales	
2.4.1 Adaptación en la vejez	47
2.4.2 Inadaptación en la vejez	50
3. ASPECTOS SOCIALES DE LA VEJEZ	

3.1 La familia.....	54
3.2 La sociedad.....	59
4. AUTOESTIMA.....	63
4.1 La autoestima en la vejez.....	77
5. SEGUNDA PARTE: PLANTAMIENTO METODOLÓGICO	
5.1 Problema.....	82
5.2 Objetivos Generales.....	82
5.3 Objetivos Específicos.....	82
5.4 Variables e Indicadores.....	83
5.4.1 Tipos de variables e indicadores.....	83
5.4.2 Definición conceptual de variables e indicadores.....	84
5.4.3 Definición operacional de variables.....	86
5.5 Hipótesis General.....	86
5.6 Hipótesis Específicas.....	87
5.7 Tipo de investigación.....	87
5.8 Metodología.....	88
5.9 Tratamiento de los datos (Estadística).....	91
6. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	
6.1 Características sociodemográficas.....	92
6.2 Aspectos físicos y autoestima.....	94
6.3 Aspectos familiares y autoestima.....	96
6.4 Aspectos sociales y autoestima.....	97
6.5 Pruebas de hipótesis.....	100
 CONCLUSIONES	 108
 BIBLIOGRAFÍA	 115
 ANEXOS	 120

INTRODUCCIÓN

¿Por qué estudiar al anciano, cuando sabemos que la República Mexicana está conformada en su mayoría por niños y jóvenes?

México es un país de jóvenes y es justificable que la atención se enfoque al desarrollo de este sector, sin embargo, el curso de la vida continúa y los jóvenes serán ancianos, siendo cada vez mayor el número de esta población.

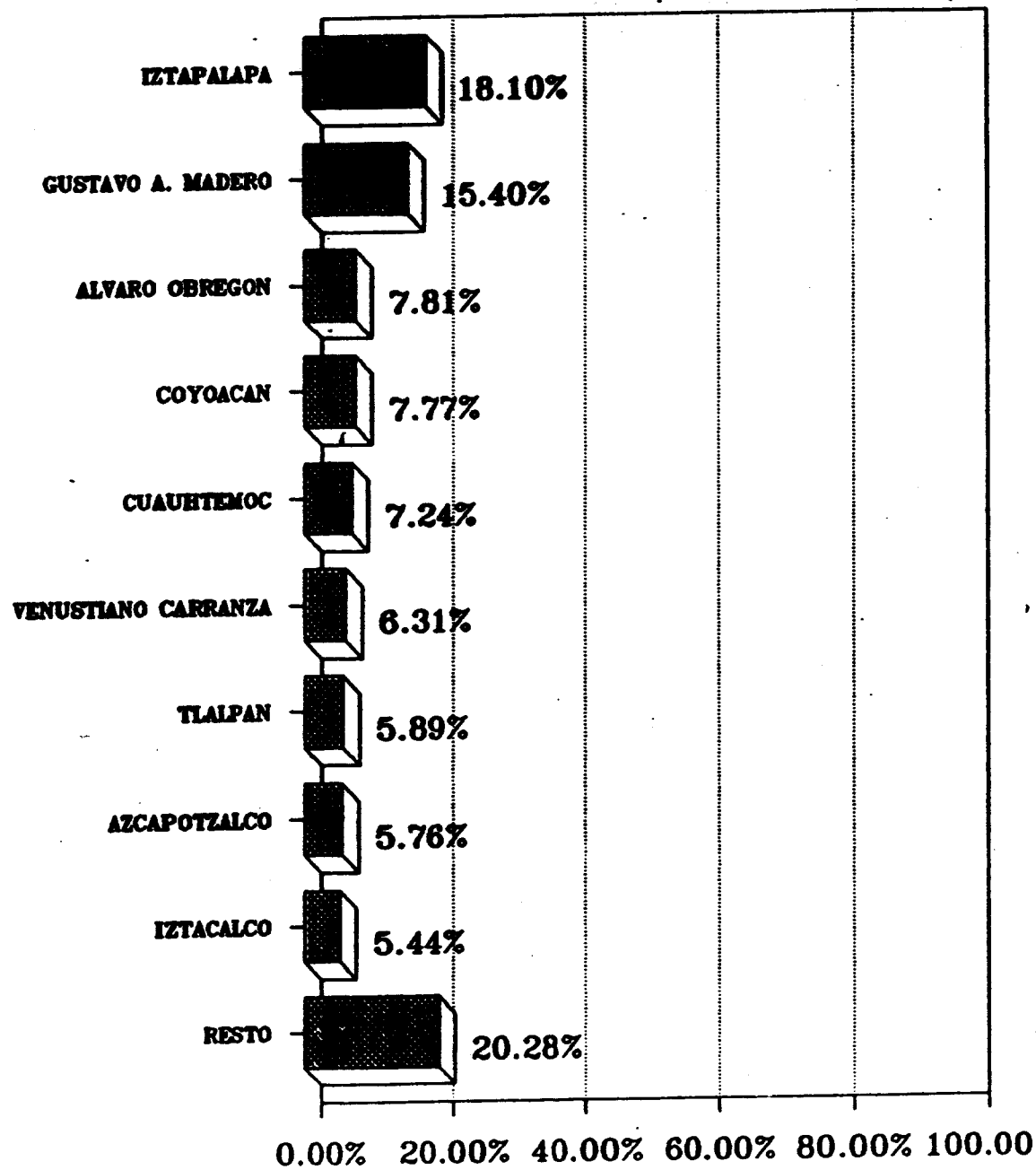
En el Distrito Federal, existe un total de 8,235,744 habitantes, de los cuales 394,930 son ancianos, (mayores de 60 años) lo que representa el 4.74% de la población. (1)

La muestra para el presente estudio, se obtendrá de la Delegación

(1) S.P.P.INEGI. "Resultados definitivos del XI Censo General de Población y vivienda, 1990", p.2

Iztapalapa, ya que ésta es la que cuenta con un número mayor de habitantes en el Distrito Federal. (2)

DELEGACIONES



(2) *Ibid.*, p.76

La población total de Iztapalapa es de 1,490,499; de los cuales 71,284 son ancianos, lo que representa el 4.8% de la población. De éstos, 30,614 son hombres, y 40,670 son mujeres.

En cuanto al número de ancianos, el envejecimiento posiblemente no amerite ser tratado como un problema, la dificultad estriba en que en muchas ocasiones la sociedad y el anciano mismo no tienen una adecuada adaptación a los cambios representativos que viven las personas que se encuentran en esta etapa de la vida, mismos que se reflejan en los aspectos físicos, familiares y sociales.

En el aspecto físico, el anciano sufre deterioro en la memoria para los hechos recientes, en la rapidez psicomotora, en la percepción visual, en la agudeza del oído; además de que hay una acentuación en la aparición de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, diabetes, artritis, reumatismo, cáncer, etc.

En el aspecto familiar, las relaciones con sus hijos tal vez se coloquen bajo una situación que acarreen sentimientos de amargura. El anciano puede vivir lejos de ellos y tener la impresión de que le han abandonado; o bien, ser acogido por un hijo o hija, y entonces padecer porque considera insuficiente el lugar que se le asigna en este nuevo grupo familiar. Quisiera gozar de cierto prestigio ante sus hijos, y éstos no tienen en cuenta sus opiniones ni consejos. Él desearía contribuir a la educación de los nietos, pero los padres tienen conceptos diferentes a los suyos sobre la educación, y los niños se interesan más por la información que reciben de los medios masivos de comunicación. También puede ocurrir que sean tolerados y/o soportados

más que verdaderamente amados por sus hijos y nietos. (3)

En el aspecto social, los cambios ocurridos en la sociedad moderna han privado a los ancianos de algunos privilegios de que disfrutaban en el pasado; el respeto se ha hecho menos profundo: no se es ya el jefe de gran sabiduría o el guardián de la tradición. Actualmente, en la sociedad consumista, las personas son valoradas por lo que tienen y producen. El anciano generalmente es improductivo y él es quien solicita de la sociedad reconocimiento y atención.

Ante tal panorama, no es difícil imaginar cómo pueden sentirse las personas que llegan a la etapa de la vejez: sentimientos de inutilidad, de desvalorización; lo que ha de repercutir en su autoestima, tal vez minimizándola. Desvalorización a nivel personal porque los años encima les impiden tener la energía y la salud para desplazarse libremente, sin depender de los demás, y desvalorizados a nivel social por el rol poco atractivo que se les asigna.

En el núcleo familiar su voz se hace cada vez menos audible, y la sociedad generalmente los relega ofreciéndoles muy pocas alternativas adecuadas a sus intereses y necesidades. Pese a esta situación, el anciano existe.

En México se cuenta con el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), organismo dirigido a la población senecta, mismo que se ha

(3) "Psicología evolutiva. La vida psíquica patológica", en Enciclopedia de la vida y la pedagogía, Sedmay Lidis, V.III, 1980, P.54

encargado de promover la formación de clubs de la Tercera Edad, esto es, grupos de personas de 60 años o más que se reúnen para desempeñar diversas actividades como tejido, dibujo, trabajos en rafia, estampado en tela, vitrales, gimnasia, canto, danza, entre otras. Con ello se pretende abatir la inactividad, el ocio y la apatía en la vejez, y así favorecer el vínculo anciano-familia-sociedad.

A partir de esta situación, y teniendo como suposición el hecho de que los ancianos que asisten a un club de la Tercera Edad tienen una mayor adaptación a los cambios propios de esta etapa debido a las diversas actividades que les permiten continuar desarrollando sus capacidades y habilidades, así como una mayor integración a la sociedad; se pensó en hacer una comparación entre la autoestima de los ancianos que asisten a un club de la Tercera Edad y los ancianos que solamente se relacionan con su familia.

Cabe señalar que el club de la Tercera Edad elegido, (club Culhuacán) lo integraban sólo mujeres, por lo que la presente investigación se centró en el sexo femenino.

PRIMERA PARTE: ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

En nuestra sociedad, la persona de edad es designada como tal, por las costumbres, por las conductas, por el vocabulario mismo ("que acabado está, parece un viejo"). Envejecer significa una continua disminución de las capacidades del organismo.

Entre las primeras divisiones del óvulo fecundado y la muerte, existe un margen de tiempo limitado que es particular para cada especie e incluso de un individuo a otro. En cada caso, este margen de tiempo está determinado en su límite máximo y sólo dentro de esta limitación, en el curso del tiempo biológico, la forma modelada del organismo puede desarrollarse envejeciendo.

El concepto de envejecimiento es válido entonces desde el nacimiento hasta la muerte y está entendido sólo cronológicamente, como transcurso del tiempo, es decir, significa una evolución progresiva, irreversible y desfavorable.

El gerontólogo norteamericano Lasling propone la definición siguiente de envejecimiento: "Un proceso progresivo, desfavorable, de cambio ordinariamente ligado al paso del tiempo, que se vuelve

perceptible después de la madurez y concluye invariablemente en la muerte" (4)

En los doce primeros años de vida, el organismo humano no solo se repara a sí mismo, sino que aumenta la resistencia de sus tejidos contra los cambios físicos y patológicos. Después de la adolescencia, si por un lado experimenta una reducción en algunas de sus funciones (leve pérdida de la agudeza visual, por ejemplo) por otro, también revela cierto progreso (como el desarrollo de la fuerza física). Pero, pasadas algunas décadas los tejidos empiezan a decaer inexorablemente.

La disminución de la elasticidad de los tejidos del cuerpo es signo de la edad de la decadencia, no solo en la musculatura, también en el tejido conjuntivo disminuyen las fibras elásticas; los huesos y cartílagos asimismo se vuelven rígidos y todo el sistema de sostén y locomoción del cuerpo, incluidos los ligamentos de las articulaciones, pierden movilidad. Esto lleva finalmente al porte encorvado del viejo, cuya columna vertebral no puede ya mantenerse erguida. La caja torácica se vuelve más rígida, con lo que a su vez disminuye la capacidad respiratoria.

Los factores por los que se disminuye son múltiples, pero en general se pueden clasificar en dos clases: intrínsecos y extrínsecos.

(4) Fuentes, L. y Fuentes R. Salud y vejez. El caballito, México, 1978, p.20

Los factores intrínsecos corresponden a procesos biológicos hereditarios. Ello tiene su fundamento en la teoría que contempla el envejecimiento como un hecho genéticamente programado en el momento del nacimiento, con diferencias en la duración de vida heredadas de los padres. También existen un número de enfermedades hereditarias que limitan la duración de vida, como el síndrome de Down, la progeria, el síndrome de Werner, entre otras.

Los factores extrínsecos, corresponden a la acción del medio al que se está expuesto. En general se acepta que se envejece por el cúmulo de lesiones que se producen en los tejidos debido a los traumas sufridos a través del tiempo como radiaciones, cambios externos de temperatura, traumas mecánicos, químicos, cambios de presión; por agentes biológicos como microbios, parásitos, virus; la cantidad y calidad de alimentos; por los sistemas de vida y las presiones sociales; cualquier condición de vida difícil: mala vivienda, condiciones de trabajo abrumadoras o de estrés.

La teoría del daño, postula que los individuos a lo largo de su período de vida acumulan alteraciones que limitan la capacidad natural de sus sistemas biológicos de autorreparación. El ser humano se va enfrentando a una serie de sucesos que pueden ser generadores de tensión, entendida ésta, como un estado de angustia motivado por la incertidumbre frente a un acontecimiento que no se sabe como resolver.

La resolución adecuada a las tensiones es el motor que impulsa a seguir adelante en la vida, en caso contrario cuando la angustia es demasiada para poder manejarla, provoca un sentimiento de indefensión que paraliza e impide actuar y limita la capacidad de autorreparación de los sistemas biológicos.

Ahora bien, ha de aclararse que en este trabajo no se abordará el envejecimiento desde el momento de la concepción, sino que se tratará una etapa específica de la vida: la vejez o senectud, definida ésta según la edad cronológica.

Una clasificación de las etapas del crecimiento es la de R. F. Scammon (5).

PRENATAL

huevo las dos primeras semanas

embrión de dos a ocho semanas

feto de dos a diez meses

POSTNATAL

infancia recién nacido (la dos primeras semanas)

 infancia (desde dos semanas a un año)

nifñez temprana (uno a seis años)

 media (seis a nueve o diez años)

 tardía: niños (9-10 a 13-16 años)

 niñas (9-10 a 12-15 años)

pubertad varones (hacia los 14 años)

 mujeres (hacia los 13 años)

(5) Citado en Ibid., pp. 25-26

Generalmente se acepta como inicio de la vejez los 60 años de edad y consecuentemente como final de la edad madura. Sin embargo, el concepto de senectud o vejez no ha sido estático, los adelantos médicos de los últimos decenios han logrado prolongar la vida humana más allá de los 80 años en consecuencia, las definiciones sobre vejez no pueden ser las mismas que en épocas pasadas, cuando se consideraba viejo a un individuo de 40 años.

Por su parte Stieglitz (6) sugiere dividir el ciclo vital, una vez traspuestos los cuarenta años de edad en tres etapas:

madurez avanzada	(40 a 60 años)
senectud	(61 a 75 años)
senilidad	(más allá de los 76 años)

adolescencia	varones (de 14 a 20 años)
juventud	entre los 18-30 años
madurez	entre los 30-60 años
senectud	después de los sesenta años
	mujeres (de 13 a 18-20 años)

Una vez que se ha especificado nuestro objeto de estudio, la vejez, se hace necesario describir esta etapa en sus tres esferas: biológica, psicológica y social; lo cual, nos permitirá acercarnos a la problemática que la persona senecta enfrenta cotidianamente.

1. ASPECTOS FÍSICOS (BIOLÓGICOS) DE LA VEJEZ

Sin profundizar en la conocida discusión sobre si la vejez es el resultado de aspectos biológicos deficitarios o viceversa, lo cierto es que en la mediana edad, comienza a notarse que estos aspectos estarán siempre presentes aunque su desarrollo no será cronológicamente idéntico para cada capacidad y para cada individuo.

Los estudios biológicos muestran que los mejores resultados para el conjunto de las aptitudes corporales se sitúan alrededor de los 30 años, y que a partir de ahí se asiste a un progresivo deterioro fisiológico.

1.1 Apariencia física

Los cambios más obvios relacionados con la edad son los de la apariencia física. El cabello, las uñas, la piel, la composición del organismo, el esqueleto y los dientes sufren cambios con la edad. El encanecimiento del cabello, podría ser el resultado de la carencia de un enzima determinado o de la disminución o mal funcionamiento de las células que producen pigmentos. El crecimiento de las uñas está condicionado por factores ambientales que incluyen la nutrición y las enfermedades y por el envejecimiento de otros sistemas tales como el endocrino y el circulatorio.

El envejecimiento normal provoca cambios en las fibras elásticas y del colágeno, haciendo que la piel sea menos flexible, no obstante las arrugas son principalmente el resultado del envejecimiento secundario. El sol y el viento, son los responsables de la mayor parte de los estragos que se observan en la piel envejecida. Las células que contienen pigmentos (melanocitos) disminuyen en número, pero aumentan en tamaño con la edad produciendo las denominadas "manchas de la vejez".

Con el envejecimiento, son normales ligeras modificaciones de la talla; en general, no más de 2.5 cm en los hombres y menos de 5 cm. en las mujeres. Esto es debido a una alteración en la postura, a una disminución de los discos intervertebrales y a una pérdida de agua de los mismos. También se observa pérdida de calcio óseo, siendo el doble en las mujeres que en los hombres, con lo que los huesos se vuelven frágiles (osteoporosis: transformación progresiva del hueso en una sustancia esponjosa), quedando propensos a cualquier fractura y lesión. Los tendones se endurecen y las articulaciones se van poniendo rígidas, perdiendo su movilidad y su fuerza, convirtiéndose en sede de lesiones degenerativas y reumatismos crónicos; es lo que se conoce como artrosis. Los signos de alerta son: rigidez especialmente al levantarse; las articulaciones crujen, dolor producido por una movilización excesiva. Lo que propicia la dificultad cada vez mayor para atarse los zapatos, para recoger un objeto del suelo, para cruzar las piernas. Por otro lado, en la dentadura hay una pérdida gradual de células en la pulpa hasta los 70 años, edad en la cual se ha perdido

la mitad de las células. Una vez más, los factores genéticos, nutritivos y patológicos parecen ser los primordiales en las alteraciones de los dientes.

1.2 Sensaciones y percepciones

Los cinco sentidos declinan en sensibilidad con la edad. A edades más jóvenes, el decremento de un sentido puede a menudo compensarse con el fortalecimiento de otro. En la edad avanzada, la capacidad de compensación está disminuida debido al declive de todos los sentidos.

La visión es el sentido en el que más intensamente se confía y su deterioro supone una amenaza para la independencia. Más de la mitad de todos los casos de ceguera se desarrollan después de los 65 años (Rockstein y Sussman)(7). Los cambios del ojo normal incluyen miosis (disminución del tamaño de la pupila) debilitación de los músculos que controlan la dilatación, acomodación de la pupila más lenta en respuesta a los cambios de iluminación, el cristalino se vuelve amarillo, se hace más grueso. La consecuencia es que la gente de edad requiere casi cien veces más iluminación que la gente de 20 años para discernir un objetivo en presencia de una luz deslumbradora.

(7) Citado por Carstensen, L. y Edelstein, B. El envejecimiento y sus trastornos (Gerontología clínica), Martínez Roca, Barcelona, 1987, p.38

El oído, junto con el ojo, es el órgano de los sentidos que más precozmente envejece. Este envejecimiento comienza en torno a los 40 años; después de los 45, el oído ha perdido su finura, aunque esta deficiencia se hace realmente sensible a los 50, y no será funcionalmente molesta sino entre los 80 y 90 años, claro, si no se ve agravada por factores accidentales (infecciones, intoxicaciones, traumatismos). Esta presbiacusia es, pues, progresiva; los mecanismos que la motivan son diversos:

- Afección del oído medio
- Oído medio muy deteriorado; se trata de una sordera más de tipo de percepción que de transmisión, que afecta sobre todo a los tonos agudos.
- Aparato nervioso afectado; hay atrofia del órgano de Corti (conjunto de células sensoriales auditivas que se hallan en el caracol del oído). (9)

La sensibilidad olfativa puede declinar con la edad a medida que los bulbos olfativos de la mucosa nasal se atrofian, un proceso que comienza en la niñez. Por ejemplo, un estudio comprobó que la capacidad para detectar olor a gas natural desciende con la edad, con un 30% de individuos por encima de 65 años incapaces de discernirlo (Chalke, Dewhurst y Ward,). (10)

El olfato y el gusto están íntimamente relacionados y aunque el número de yemas gustativas disminuye ligeramente durante la edad

(9) Ibid., p. 69

(10) Citado por Carstensen, L. y Edelman, B. Op.cit., p. 39

adulta no hay pruebas de cambios significativos antes de los 75 años (Arvidson). (11)

1.3 Aparato Respiratorio

Todo el aparato respiratorio sufre el envejecimiento: las mucosas de la nariz, de la faringe, de la laringe, son objeto de procesos de atrofia, como lo demuestra la gota de la nariz, los carraspeos de garganta, la voz quebrada y temblorosa de las personas ancianas. Desde el punto de vista pulmonar, tenemos la sofocación del menor esfuerzo, la palabra a menudo jadeante, la tos rebelde, la frecuente necesidad de expectorar.

Con la edad, la caja torácica se vuelve cada vez más rígida y las fibras musculares se hacen más pequeñas y disminuyen en número.

Como resultado, la pared torácica no se expande tanto con cada respiración y los pulmones captan menos aire. El aspecto de los pulmones cambia a medida que las partículas de carbón se adhieren a los mismos. El cartilago de la tráquea y de los bronquios se calcifica, lo que incrementa la rigidez. El estrechamiento de los alveolos comienza alrededor de los 40 años y afecta a más del 80% de individuos que tienen 80 años. El flujo de aire hacia los pulmones disminuye de un 20 a un 30% en el período que va desde la edad adulta

(11) Citado en Ibid., p. 43

joven hasta la senectud. La capacidad vital declina cada año, comenzando a los 20, disminuyendo alrededor del 40% entre los 25 y 85 años (Norris, Mittman y Shock). (12)

En términos generales, las consecuencias son: insuficiencia pulmonar, instalación del complejo de bronquitis crónica, enfisema (disminución de la elasticidad de los alveolos pulmonares), esclerosis pulmonar, extrema vulnerabilidad a las infecciones, especialmente las gripales, aparición de insuficiencia cardíaca de las cavidades derechas del corazón.

1.4 Sistema Nervioso Central

La arteriosclerosis cerebral incluye el endurecimiento y el estrechamiento de los vasos sanguíneos que irrigan al cerebro. La inadecuada aportación de sustancias nutritivas y oxígeno que resulta de esto, conduce al deterioro de las células cerebrales pudiendo atrofiarse y morir. Este proceso empieza en algunos individuos tan pronto como alcanzan los 50 años de edad, aún cuando es más probable detectarlo en la mitad de los 60 o después. La herencia, la contaminación ambiental y el colesterol se encuentran entre las posibles causas.

Otros problemas vasculares comunes relacionados con el suministro de sangre incluyen las llamadas "apoplejías pequeñas" que producen confusión temporal, mareos y náuseas.

(12) Ibid., p. 45

Existe otro esquema común de deterioro, asociado con la vejez, que se conoce como demencia senil. El rasgo más notable aquí es la atrofia extendida, es decir, la pérdida de células de la corteza cerebral, distinta de los efectos irregulares de la arteriosclerosis cerebral. Además, el daño ocurre independientemente de los cambios en los vasos sanguíneos. Entre las características de una persona considerada como "senil" se destacan las relacionadas con el pensamiento, tendiendo a repetir las mismas frases una y otra vez, incluyéndose una carencia de ideas y una disminución en la velocidad del pensamiento.

Otro problema muy importante es la falta de atención. La persona senil tiende a no prestar atención. La viveza y la concentración necesarias para registrar nuevas experiencias parecen no estar presentes o no ser confiables. El individuo puede no recordar lo que se le acaba de decir, porque no pudo o no prestó la atención necesaria para que la información se fijara en su mente. Así, a la persona senil con frecuencia le es difícil realizar aún las tareas más rutinarias y enfrentarse a los retos de la vida. (Esta información se ampliará en el apartado III: Aspectos psicológicos de la vejez).

1.5 Sistema Cardiovascular

El aspecto del corazón cambia con la edad a medida que hay una acumulación de grasas en la viscera, pero este cambio no se relaciona con ningún proceso patológico o con ninguna irregularidad cardiaca. El colágeno que envuelve las fibras musculares se endurece y se vuelve

insoluble. La grasa se deposita gradualmente sobre la superficie cardiaca y hay un incremento progresivo del tamaño de la víscera, requiriendo más tiempo para contraerse y relajarse, declinando así la frecuencia cardiaca. El gasto cardiaco disminuye alrededor del 1% anualmente, comenzando a los 20 años, debiéndose en parte a una caída en la cantidad de sangre bombeada con cada contracción del corazón y en parte a una disminución de la frecuencia cardiaca (Kohn). (13)

Bajo condiciones de estrés, la respuesta de un corazón envejecido puede ser menos eficaz. El estrés produce un incremento de la frecuencia cardiaca. En los hombres más jóvenes, que hacen ejercicio violento, la frecuencia cardiaca puede aumentar a 200 latidos por minuto. En los hombres entre 70 y 90 años, al contrario, la frecuencia cardiaca solo es de 120 latidos por minuto, en las mismas condiciones de ejercicio.

Los cambios arteriales que ocurren con el envejecimiento incluyen la redistribución de la elastina en las paredes arteriales, la unión del calcio a la elastina, un incremento del contenido del colágeno, una acumulación de lípidos en las arterias y una disminución en el calibre, con lo que la presión arterial tiende a aumentar. Entre las causas de estos cambios se han sugerido tanto factores del envejecimiento normal como factores relacionados con la dieta y los métodos de preparación y conservación de los alimentos.

(13) Ibid., p. 36

1.6 Las glándulas sexuales

En la mujer los ovarios sufren una atrofia total, que los transforma en un bloque fibroso. Si se han encontrado algunos folículos después de la menopausia, éstos ya no conservan sus características idóneas, se han degenerado, tendiendo a transformarse en quistes.

El ciclo menstrual desaparece (menopausia) y hacen su aparición los trastornos menopáusicos: extrema fatiga, jaquecas, oleadas de calor, y hasta un estado depresivo generalizado. A la menopausia también acompaña una hipersecreción de los gonadótropos (en la orina, en lugar de 32 unidades, pueden descubrirse de 60 a 120 unidades) que es en parte responsable de los trastornos de la menopausia.

Algunas mujeres como consecuencia de la menopausia presentan la virilización: la desaparición de las hormonas femeninas deja el campo libre a las hormonas andrógenas tendiendo a la hiperpilosidad y al cambio de voz. Otras, sienten que su vida ha terminado y se encierran en la melancolía o se alteran e irritan con mucha facilidad.

La fecha media de aparición de la menopausia es de 49 años, pero varia en función de la constitución de la mujer, de su pasado sexual, de su nivel de vida, de su raza; la edad de la menopausia parece ser más precoz en las nórdicas que en las latinas. También, puede tener mayor incidencia en la madre de una familia numerosa o en la mujer que desarrolla un duro trabajo.

En el hombre la alteración más importante se refiere a los conductos seminíferos; la tónica externa sufre una esclerosis progresiva con aumento del tejido colágeno y degeneración de las fibras elásticas; los elementos seminíferos son reemplazados por tejido conjuntivo; estos trastornos pueden presentarse precozmente antes de los 70 años.

En cuanto a la espermatogénesis (formación de las células que engendran los espermatozoides) según Engle (14), más de la mitad de los testículos y de los canales contienen en abundancia espermatozoides después de los 70 años, lo que quiere decir, que el número de anomalías en los espermatozoides no aumenta con la edad.

El número de erecciones disminuye con la edad, sin que por ello se haya modificado el vigor de éstas. Los actos sexuales pueden ser cada vez más raros, se produce una cierta lasitud a la que no tardan en suceder el desapego incluso del acto físico. Esta decadencia progresiva está ligada no a la involución de los testículos, sino también a la disminución de la secreción de andrógenos por las glándulas suprarrenales y al predominio de los estrógenos, lo que explica una cierta feminización con aumento del volumen de los pectorales y voz poco timbrada.

Kinsey (15), en un informe que dio a conocer señaló que entre los individuos de 60 años, el 5% era sexualmente inactivos; entre los

(14) Bize, P. y Vallier, G. Op.cit., p. 48

(15) Carstensen, L. y Edelstein, B. Op.cit., p. 145

de 70 años, el 30%. En relación a la impotencia, halló un 18.4% de hombres impotentes a los 50 años, un 25% a los 65 años, un 27% a los 70 y un 75% a los 80.

Newman, sobre una población de hombres no hospitalizados de edad media de 70 años, constató un 54% de activos entre los viudos o los célibes; según este autor, los ancianos de clases sociales inferiores tienen relaciones sexuales más frecuentes.

1.7 Trastornos nutricionales

Los nutrientes son los que hacen posible el mantenimiento de las características estructurales y funcionales del sistema celular. En la misma medida en que ésta se ve afectada, la capacidad funcional del sistema digestivo, y el movimiento de energía y sustancias a nivel celular, se verán afectados también, y como consecuencia el organismo se verá forzado a pasar de un estado a otro.

El proceso de la digestión integrado por distintas etapas: localización de la fuente de alimentación, prehensión de ésta, masticación, insalivación, secreción, digestión y absorción, se va modificando como consecuencia del proceso de envejecimiento. Los procesos de síntesis y secreción de diferentes sustancias disminuyen, al igual que la capacidad de generar respuestas a determinados estímulos, lo que condiciona una actividad motriz incoherente. La actividad motora de los intestinos delgado y grueso va perdiendo su

efectividad en los procesos digestivo-absortivo y detoxificante del sistema. La velocidad de recambio de las células epiteliales de la mucosa del intestino delgado tiende a disminuir, repercutiendo en el funcionamiento adecuado de las glándulas intestinales, y por ende, de todo el organismo.

El tipo de alimentos que se consumen, es un elemento clave para el óptimo funcionamiento de nuestro cuerpo, particularmente el adecuado consumo de proteínas, minerales y vitaminas.

En estudios realizados con ratas, se ha demostrado que las dietas hipercalóricas sobrecargadas de nutrientes o desequilibradas en grasas, carbohidratos y proteínas, acortan la vida del organismo y favorecen la presencia de enfermedades como: (por exceso de grasas) arteriosclerosis, artrosis y cáncer de mama; (por exceso de carbohidratos) obesidad, aliada de todas las enfermedades degenerativas de la tercera edad: hipertensión, varices, tromboflebitis, esclerosis renal, diabetes mellitus, gota, enfermedad degenerativa articular; (por exceso de proteínas) aumento del requerimiento cálcico, tumores.

Los efectos nocivos de una inadecuada nutrición en términos generales, según Rocabruno (16) son:

1. Deterioro inmunológico

(16) Rocabruno, J.C. y Prieto, O. Gerontología y geriatría clínica, T.I, Ciencias Médicas, Cuba, 1992, p.110.

2. Aumento del tiempo de recuperación
3. Aumento del tiempo de cicatrización de las heridas
4. Cambios en el S.N.C. (depresión, agitación y demencia)
5. Anemia
6. Aumento del tiempo de coagulación
7. Incremento de la morbilidad y mortalidad
8. Disminución del tránsito intestinal
9. Deterioro de la función enzimática
10. Osteoporosis

Las circunstancias que exponen al sujeto que envejece a los desequilibrios nutricionales son numerosas: problemas dentales, problemas de excreción, debilitamiento físico, carencia de actividad física, pérdida de sensación (pérdida del olor, gusto, calor, textura), enfermedad crónica, interferencia de medicamentos, reducción de la capacidad digestiva, depresión emocional incapacidad para adaptarse a nuevos alimentos, disminución de los ingresos, dificultades para la preparación de alimentos para personas solas, incapacidad para aceptar la pérdida del acompañamiento familiar, creencias dietéticas erróneas, entre otras.

Una dieta adecuada según Ruíz (17) debe incluir los criterios siguientes:

(17) Citado en Ibid., p. 122

1. Reducción de contenido de grasas hasta el 30 o el 35% de la energía diaria.
2. Utilización de aceites insaturados (girasol y soya)
3. Reducción de grasas saturadas (mantequilla, aceite, cremas y aceite de coco)
4. Constitución de las proteínas al 20% del ingreso energético, y aumento en el consumo de pescados y aves.
5. Constitución de los carbohidratos al 45% o 55% de la energía total, y eliminar las refinadas (pasteles y caramelos)
6. Reducción del consumo de colesterol a menos de 300 miligramos diarios.
7. La ingestión de alcohol no debe exceder los 60 centímetros cúbicos diarios.

La dieta alimentaria en la niñez y en la edad adulta, la educación, la preparación profesional, la vida familiar, la condición del trabajo, las enfermedades sufridas y la adicción al tabaco, al alcohol, y a los tranquilizantes ejercen efectos de vastos alcances sobre el ser físico, así como sobre la personalidad. (18)

El proceso del envejecimiento sigue en gran parte leyes individuales propias. Cada individuo muestra en la edad avanzada las huellas de su propia historia, no sólo en el rostro sino en la totalidad de su persona.

(18) Fuentes, L. y Fuentes, R. Op.cit., p. 36

Al avanzar la edad, hay una pérdida progresiva de los recursos físicos y mentales que tienden a producir sentimientos de vulnerabilidad; estos sentimientos a su vez crean angustia que el individuo trata de vencer por medio de los mecanismos que desde hace tiempo ha utilizado para adaptarse a la vida, a las situaciones desconocidas que se le presentan. Se plantea entonces la angustia que todo ser humano experimenta ante el comienzo del periodo senecto de la existencia.

El hecho esencial en la vida del anciano es que su fin se aproxima. La idea de la muerte, antes lejana y sin definir se va precisando con caracteres crecientes y concretos a través de la desaparición de familiares, de sus amigos, del deterioro de su salud, de sus limitaciones cada vez mayores, de su modo de vida. Frente a todas estas inseguridades internas y externas se presenta una sola certeza, la muerte. Certeza que irá disminuyendo la valoración del anciano hacia sí mismo, lo que a su vez, aumentará su miedo a la muerte, y nada envejece tanto como el temor a envejecer.

2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA VEJEZ

2.1 Factores cognitivos:

2.1.1 Inteligencia

En el estudio de la psicología del envejecimiento se han hecho diversas investigaciones sobre la inteligencia, la cuestión a saber es si existen o no cambios significativos en ella a lo largo de la vida.

Al respecto, se ha encontrado que la inteligencia "llega a su máximo esplendor a la edad de 20 años" (19) y a partir de esta edad aumenta la experiencia y el sujeto puede parecer más inteligente que antes, si la desarrolla. La capacidad para utilizar el vocabulario, los conocimientos generales, el establecimiento de criterios y habilidades ocupacionales de rutina pueden aumentar hasta la madurez. Sin embargo, la capacidad de raciocinio rápido o complejo, el poder creativo y la memoria van disminuyendo gradualmente y entran en descenso. Esto ya se puede notar a los 40 años. Así pues, vemos que un joven tiene mayor facilidad para formular problemas nuevos y transformar ideas dominantes empleando inteligentemente su imaginación, y el hombre maduro, a su vez, es más capaz de aplicar las ideas ya probadas en la solución de sus problemas.

(19) Civita, V. Enciclopedia de la vida, T.VII, Abril, Brasil, 1978, p. 70

En este sentido, algunos experimentos demuestran que existe un descenso en la inteligencia de los ancianos. Desde una perspectiva teórica (Horn y Cattell y Horn y Donaldson) (20), utilizaron un modelo en el cual se emplearon dos factores para proponer la existencia de un declive diferencial de dimensiones biológicas, es decir, dimensiones de inteligencia que son relativamente independientes del aprendizaje y la experiencia.

Por un lado, los test de material verbal familiar que representan el conocimiento de lo que se adquiere a través de la vida, a lo que Horn denominó inteligencia cristalizada. En donde los resultados demostraron que existe poco o ningún cambio en cuanto a diferencias relacionadas con la edad.

Por otro lado, las tareas no verbales y las medidas de razonamiento puro que están relativamente libres de la influencia de un aprendizaje previo representan la aptitud para aplicar una habilidad individual generalizada a nuevos problemas o situaciones, (siendo una medida más exacta del potencial biológico), a lo que Horn denominó inteligencia fluida. Los resultados delataron que en este tipo de tareas se muestra un mayor declive con la edad.

Con lo anterior se demuestra que "la mecánica de la inteligencia que facilita la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades

(20) Citado en Ibid., p. 72

declinan mientras que el conocimiento adquirido previamente no se afecta de forma severa" (21).

Así pues, se ha tenido la creencia de que la inteligencia (en los aspectos de poder de raciocinio, aprendizaje, memoria) disminuye inevitablemente con el proceso de envejecimiento. Sin embargo, hay que resaltar un factor de influencia en tal disminución, y éste lo constituye el hecho de que las personas con un nivel educativo mayor que otras, no muestran ningún descenso en los test de inteligencia; esto fue comprobado por W. Ovens (22).

En el mismo sentido, Bize opina que hay una superioridad aplastante de los sujetos más instruidos en las pruebas que hacen intervenir la memoria, el razonamiento abstracto y el poder de concentración. Por tanto "el nivel de instrucción favorece la expansión y el perfeccionamiento de estas aptitudes" (23).

De la misma forma, Rivera afirma que: "en estudios recientes, con adultos de inteligencia superior...(a quienes se aplicó después de 30 años las mismas pruebas de inteligencia)... no se obtuvo una curva decreciente en la puntuación" (24).

(21) Carnstensen, L. y Edelman, B. Op.cit., p. 40

(22) Bize, P. y Vallier, G. Op.cit., p.89

(23) Ibid., p. 90

(24) Rivera, M. Modificación de autoconcepto de ancianos reclusos en un asilo por medio de psicoterapia grupal, Tesis, UAG, México, 1981, p. 58

Por otra parte Kleemeir demostró que en los resultados de sus estudios "había un incremento general de la inteligencia y su deterioro se presentó sólo en los últimos periodos de la ancianidad".(25)

Se puede concluir que la inteligencia se compone de habilidades distintas e independientes que se deterioran en forma variable en la vejez de acuerdo a la utilización continua o nula que se haya hecho de tales facultades. Por tanto el mantenimiento de la actividad intelectual impide el envejecimiento de esta facultad por desuso, y parece ser que la influencia destructora del envejecimiento tiene menor incidencia en las aptitudes de aquellos cuyo nivel general es elevado.

2.1.2 Memoria y aprendizaje

La memoria es un aspecto del envejecimiento que de igual forma que el aprendizaje ha sido objeto de estudio de numerosos investigadores. Al respecto se ha encontrado la existencia de factores biológicos como la pérdida auditiva y la visión, que inciden en el descenso del aprendizaje y así mismo en una menor retención de la información.

Al hablar de memoria, nos podemos referir a distintas modalidades de la misma, Bize las agrupa en:

(25) Ibid., p. 67

- a) Receptores sensoriales: memorias visual, auditiva, táctil, gustativa, olfativa y cinestésica.
- b) Tipos de materiales utilizables por el pensamiento (es decir, memorias llamadas concretas relativas a los objetos, las fisonomías, los lugares; y memorias llamadas abstractas, relativas a las palabras, a los números, a los esquemas; memorias relacionadas con los estados afectivos experimentados.
- c) Combinaciones que respondan al modo en que se agrupan los elementos (memoria de los textos, de conceptos, de modelos operativos).
- d) Memoria de los hechos antiguos y memoria de los hechos recientes, o sea; memoria a largo plazo y memoria a corto plazo. (26)

Según el mismo autor, todas las formas sensoriales, todos los tipos de materiales, pueden declinar a la vez de una manera global, pero sobre todo de acuerdo a la importancia y el interés que tengan para la persona.

Un aspecto importante para el anciano es que, la conservación de los hechos recientes (memoria a corto plazo) se le hace cada vez más difícil; no puede retener lo que es nuevo, por ejemplo: le es sumamente difícil aprender un idioma extranjero; no memoriza ya lo que acaba de leer y a veces, cuando el texto es algo largo, precisa volverlo a leer para comprenderlo; no recuerda dónde ha colocado sus cosas, olvida lo que había decidido hacer cuando pasa al acto, no sabe lo que acaba de decir,

(26) Bize, P. y Vallier, G. Op.cit. p. 97

por lo que vuelve a preguntar o a decir lo mismo al cabo de un instante.

La pérdida de la memoria a corto lazo se presenta en ciertas personas ancianas, por ejemplo en distracciones cotidianas, pero también puede resultar en olvidos más graves como no cerrar la llave del gas, olvidarse de desconectar la plancha, distracciones que representan un gran peligro para los ancianos que viven solos.

Por otro lado, el anciano muestra facilidad para recordar los hechos remotos (memoria a largo plazo).

Todos los recuerdos antiguos, incluso los que se remontan a la infancia, emergen muy a menudo por sí mismos, se 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.

De hecho, en experimentos sobre memoria realizados por Botwinick y Storandt, se encontró que: "los individuos tendieron a ser mejores en el recuerdo de acontecimientos que ocurrieron cuando tenían de 15 a 25 años que los que se produjeron en periodos de sus vidas anteriores o posteriores" (27).

Por otra parte, en cuanto al aprendizaje de nueva información, se ha visto que el posible deterioro en este aspecto se relaciona con

(27) Citado en Envejecimiento normal: Fisiología y Psicología del envejecimiento normal, Morata, México, 1989, p. 78

los cambios que ocurren en el cerebro en el envejecimiento normal, especialmente los localizados en el hipocampo, que está implicado en la memoria.

Al respecto Hartley, Harker y Walsh opinan que "una hipótesis sería que las personas mayores no pueden codificar nueva información tan profundamente, es decir, son incapaces de hacer las asociaciones necesarias a los estímulos y por lo tanto, no aprenden o recuerdan tan eficazmente como la gente joven". (28)

Un aspecto que no hay que dejar de lado, es el que se refiere a la valoración que el anciano tiene de su propia capacidad, ya que su autoimagen en muchas ocasiones puede ser errónea, pues éste tiende a quejarse sobre su dificultad para recordar aunque muchas veces esto no tenga nada que ver con un real déficit de función.

2.2 FACTORES COGNITIVOS

2.2.1 Demencia senil

Se puede pensar que aunque las personas de edad tienen desventajas con respecto a ciertos tipos de aprendizaje y memoria, estos cambios son relativamente leves cuando no se trata de un problema más severo, como por ejemplo: la demencia, en donde las célu-

(28) Citado en Ibid., p. 80

las del cerebro han sido destruidas por deterioro, por una falta de riego sanguíneo al cerebro o por otras causas.

Según Pyke: "quizá lleguen a sufrir esta enfermedad alrededor de 3 de cada mil ancianos" (29).

La demencia senil es una enfermedad que ataca primordialmente entre los 70 y 80 años, siendo la población femenina más afectada que la masculina.

Las personas que sufren demencia senil, a menudo no se dan cuenta de su estado, no pueden valerse por sí mismas. Según el mismo autor "cuando el problema avanza sólo les quedan <a los ancianos> unos tres años de vida" (30).

La demencia senil está caracterizada por los factores siguientes:

- Trastornos graves de la memoria de fijación que pueden llegar hasta el olvido de los hechos más sencillos y recientes. Como resultado de ello, el anciano queda permanentemente incapacitado para hacer cualquier tarea que requiera utilizar la memoria, concentración o capacidad de aprendizaje.
- Grave desorientación en el espacio y en el tiempo.
- Tendencia a la fabulación intentando completar las lagunas de la

(29) Pyke, M. Cómo disfrutar una larga vida:Expectativas para la vejez, FCB, México, 1985, p. 34

(30) Ibid., p. 38

memoria con relatos verosímiles, pero que no corresponden a la realidad.

Otra forma de demencia, es la demencia arteriosclerótica, cuyo origen reside en los infartos o ataques cardíacos y en la cual son más afectados los hombres que las mujeres.

Las principales características de la demencia arteriosclerótica son:

- Trastornos de la memoria, pero más lagunares que globales y sujetos a fuertes oscilaciones.
- Crisis de epilepsia.
- Pequeños trastornos afásicos.
- La personalidad apenas sufre alteración.

2.2.2 Confusión mental

Es importante diferenciar la demencia y la confusión, ya que esta última es un estado temporal de la mente, que afecta a las personas normales o con lesiones cerebrales.

Generalmente, los factores que pueden desencadenar un estado de confusión en el anciano pueden ser varios:

- Daño físico, aunque no afecte directamente al encéfalo, como la fractura de la cadera, alguna intervención quirúrgica ejecutada con

anestesia local, infecciones respiratorias y digestivas.

-- Estrés psicológico, como el luto posterior a la pérdida del cónyuge, frustración personal o rechazo, o en algunos ancianos el cambio forzado de domicilio.

El comienzo de la enfermedad varía dependiendo de la gravedad del estrés y asimismo de la resistencia al estrés proporcionada por el individuo.

El estado de confusión se caracteriza por:

- * Obnubilación de la conciencia.
- * Nivel disminuido de cognición con percepción borrosa y malinterpretación por ilusiones.
- * Desorientación en tiempo y lugar.
- * Memoria reciente gravemente alterada: por ejemplo, dificultad para reconocer a sus familiares.
- * En ocasiones, ideas delirantes: temen que el alimento esté envenenado y se rehusan a comer y beber.
- * Anorexia e insomnio.

La evolución del estado de confusión varía. El estado leve desaparece en algunos días o hasta en algunas horas. El estado grave tiene un pronóstico menos favorable.

2.3 FACTORES EMOCIONALES

2.3.1 Inseguridad

La pérdida de la seguridad de sí mismo, es un miedo que en muchas ocasiones enfrenta el anciano. Los factores que influyen en ello pueden ser varios:

En la familia, su sensación de seguridad se deriva de su capacidad para controlar o influir significativamente a quienes viven a su alrededor, pero llega un momento en que sus decisiones no son tomadas en cuenta y sus puntos de vista son desechados, entonces el anciano perderá su dominio sobre el terreno en que antes se movía cuando era el centro del núcleo familiar. Así, cualquier cambio que ocurra dentro de la jerarquía familiar podrá hacer que la persona se sienta insegura. Otra posible fuente de inseguridad lo constituye la muerte o alejamiento de la pareja y/o de los familiares y amigos.

Asimismo, el aspecto económico que se establece como: dinero para pago de la renta, manutención, sitio en que viven, etc., constituyen otra base de su seguridad.

Los cambios físicos del cuerpo, implican también inseguridad en el anciano, pues al experimentar disminución de sus fuerzas, cambios en la piel, problemas con la vista, el oído o alguna otra enfermedad; el anciano siente reducida o amenazada su posición y funcionamiento en la sociedad.

En cuanto al trabajo, cuando la persona es jubilada, puede sentir que su razón de vivir se acaba, pues su vida giraba en torno al trabajo. La falta de empleo es una amenaza porque impide una expresión del sí mismo y de la energía constructiva. La persona no puede definirse a sí misma en términos de su ocupación. "Yo era, parece una débil definición de uno mismo comparada con yo soy" (31).

Finalmente, se puede decir que en ocasiones se atribuye la depresión o intranquilidad del anciano a la "senilidad" o "vejez", pero la cuestión no es tan simple, ya que muchas veces conocer la seguridad emocional básica, es factor fundamental para la comprensión del anciano.

2.3.2 Dependencia

Cuando las personas se van acercando a una edad avanzada, temen cambiar su posición de autoridad e independencia y recibir ayuda del exterior porque de una u otra forma ello les hace ver que se están volviendo viejos; incluso, algunos adultos declaran que prefieren morir que envejecer, debido al miedo a la dependencia relacionada con la vejez.

La dependencia es un factor que la persona, en la etapa de madurez, no había contemplado; algunas veces ocurre de manera repentina, por ejemplo: aparición de una enfermedad que trae como

(31) Kastenbaum, R. Vejez: años de plenitud, Edigovill, México, 1980, p. 70

consecuencia la incapacidad física, en otras ocasiones sucede de forma gradual, por ejemplo, cuando el anciano va perdiendo poco a poco ciertas capacidades como la memoria, la rapidez motora y de pensamiento, etc. por lo que ya no consigue hacer tan fácilmente lo que antes hacía de manera obvia, perdiendo entonces su posición de autoridad ante la familia.

Así pues, en la vejez, la persona empieza a sentirse un estorbo, cuando no aporta nada a la economía familiar, cuando ve menguadas sus fuerzas, cuando no produce, y entre otras cosas, cuando necesita de los demás para solventar sus necesidades. Con lo anterior vemos que ciertas dependencias están naturalmente asociadas con la vejez, pues es natural que necesite ayuda y protección al disminuir sus recursos físicos.

En muchas ocasiones se ha comparado al anciano dependiente con un niño, ya que ni uno ni otro tienen la autonomía de un hombre adulto, y los dos están remitidos a la ayuda de los demás para resolver los problemas que se presenten.

No obstante estas semejanzas, hay un aspecto que marca la diferencia entre anciano y niño, y es el hecho de que el niño tiene un futuro por delante y muy probablemente logrará cambiar esa dependencia mediante un proceso de crecimiento tanto físico como mental, mientras que el anciano ya no tiene esa posibilidad, pues éste "tiende a conservar lo ya existente y a retardar el proceso de mengua, <en el

anciano> los procesos se inmovilizan, desaparece el impulso de luchar". (32)

De esta forma, es notorio que el anciano debido a la dependencia en que se encuentra, rara vez se interesa por las cosas novedosas, siendo menos propenso a cambiar sus modos de pensar y actuar, como una manera de retener su autonomía, por lo cual se muestra indiferente hacia los demás y pierde también el deseo de obtener estimación y simpatía. Puede ser también que el anciano, aún cuando le sea posible vivir en forma independiente, prefiera mostrarse necesitado de los demás por mera comodidad.

Vemos pues, que hay una ambivalencia en cuanto a esta dependencia, por un lado aceptarla es retroceder a etapas previas como la niñez y renunciar a la independencia conquistada en la madurez; por el otro, dejar que alguien se preocupe por nosotros, que tome las decisiones difíciles, que nos proteja, que nos cuide, es algo agradable y fácil.

2.3.3 Angustia

La angustia considerada como "una vivencia cargada de emoción que se experimenta como un temor difuso, impreciso y vago ante algo que no se sabe definir". (33)

(32) Wolterreck, H. La segunda vida del hombre, FCB, México, 1962, p.179

(33) "Psicología evolutiva. La vida psíquica patológica", en Enciclopedia de la vida y la Pedagogía, Sedmay Lidis, V.III, 1980, p.54

En la vejez, puede ser más aguda que en las demás personas, puesto que los problemas inmediatos traen a la mente dificultades pasadas.

El anciano vive una situación distinta a la de la madurez, en la etapa de la vejez existen especiales trastornos que pueden hacer del anciano una persona temerosa del medio social en que vive y aún de sí mismo.

Algunos factores que desencadenan la angustia, pueden ser:

a) Las posibles enfermedades, que hacen del anciano una persona achacosa, quejumbrosa y pasiva, propiciando una pérdida de interés en las cosas que lo rodean, pues ya no tiene la misma movilidad de antes para participar en actividades familiares y laborales.

b) Las alteraciones funcionales y la pérdida de las capacidades cognitivas, como la pérdida de la vista, oído, memoria, entre otras, que hacen del anciano un ser dependiente y que lo sujetan a una forma de vida distinta a la de antes, pues el anciano ya no participa activamente en la sociedad y pierde en muchas ocasiones la capacidad para relacionarse fácilmente con los demás.

c) La idea de la muerte que se presenta con más frecuencia en esta etapa, ya que muchos de sus amigos han muerto, planteando al anciano un problema existencial que se fortifica porque éste se hace consciente de que envejecer significa acercarse a la muerte.

El anciano se deprime, se angustia, y más que antes piensa en el sentido de la vida. Surgen sus dudas, sus pesares, sus para qué. Una respuesta a tal problemática la constituye la religión (no es raro observar en las iglesias que la mayor población la constituyen los ancianos), el anciano se refugia en ella, para contrarrestar sus temores, acude a ella para encontrar el camino después de la muerte, para no pensar que todo termina con ella.

Se encuentra cada vez más ante sí mismo: muertos sus contemporáneos le amenaza la soledad interior y exterior.

Ante todos estos factores el anciano se debilita, descuida su persona, pues a su edad, cuenta con menos recursos disponibles para enfrentarse a los problemas en la situación inmediata: menos personas con quienes compartir las experiencias y menor control físico y económico sobre el ambiente.

Bajo esta situación, el anciano crea ciertas defensas como una medida para controlar su ambiente:

* Acentúa lo que es y lo que tiene: su posesión, sus derechos, sus costumbres, opiniones, juicios. Se dice entonces que surge la terquedad senil, una tenacidad de afirmación y resistencia que puede llegar a lo más necio.

En tales circunstancias, es difícil enfrentarse con él, porque el intelecto y el sentimiento ya no son lo bastante móviles como para entender las razones y motivos que otros expongan.

Para las personas que conviven con él, algunas veces pasa inadvertido su sufrimiento, porque se les ha estereotipado en algunas conductas que se consideran como naturales o propias de la vejez.

Cuando las personas tienen la idea de que es normal que el anciano se sienta sumamente preocupado (pues piensan que exagera y no le dan importancia) esto impide comprender el verdadero estado anímico de la persona y por consiguiente evita un interés de la familia hacia las necesidades del anciano.

2.3.4 Depresión

"La depresión es una de las expresiones más comunes de angustia emocional, tanto en los hombres como en las mujeres de edad avanzada". (34). De tal manera que la soledad, la inactividad profesional y social, la inseguridad económica, el padecimiento de un trastorno somático, la renuncia obligada a los valores tradicionales, la falta de posibilidades (dentro de una sociedad que insiste en utilizar la edad cronológica para fines sociales y laborales), el

(34) Kastenbaum, R. Op.cit., p. 75

duelo por lo perdido, (tanto a nivel corporal como a nivel de la capacidad intelectual) y los fracasos existenciales, son entre otros, factores que afirman el concepto de autodevaluación en los ancianos que repercute en su autoestima conforme avanzan en edad.

La depresión en el anciano se caracteriza por una vivencia de tristeza vital en donde sobresalen estos elementos:

En el estado de ánimo: sentimiento inmotivado de tristeza,
insatisfacción, abatimiento, llanto, apatía.

En el pensamiento: pesimismo, ideas de culpabilidad, autoacusación,
pérdida de interés y motivación, visión de la vida desagradable y desesperanzada, disminución de la concentración y pensamiento lento.

En la conducta y aspecto: negligencia, retardo psicomotor (sensaciones de torpeza y pesadez corporal, reducción en la velocidad del habla) poco cuidado en la presentación personal y falta de energía para las actividades rutinarias.

Síntomas somáticos: pérdida de apetito, pérdida de peso, estreñimiento, sueño poco profundo y trastornos de tipo metabólico cardiovascular.

Cuando se hace presente lo anterior se puede considerar que hay una reacción depresiva por su parte y es necesario tener un mayor cuidado con la persona, ya que ésta puede poner en peligro su vida

por medio del suicidio o también descuidando el régimen médico para controlar una enfermedad. Asimismo puede limitarse a vivir de un modo pasivo evitando caminatas y paseos exponiéndose a infecciones y enfermedades por falta de ejercicio. También puede caer en el aislamiento y evitar las relaciones sociales, alejando así a las demás personas.

Respecto al tema de la depresión en los ancianos, se han realizado algunas investigaciones que tratan de dar una solución al problema. Al respecto, Rodríguez plantea en su tesis como objetivo principal: comprobar si existe disminución en la depresión de ancianas. Al realizar un trabajo de terapia ocupacional los resultados obtenidos mostraron lo siguiente: "lo importante es que <las ancianas> convivan con la gente, además de desarrollar cualquier actividad física, como medida terapéutica para atacar la depresión", (35) ya que se observó un cambio en las ancianas, mismo que se distinguió al mostrar una menor apatía por realizar los trabajos, aumento de la responsabilidad, disminución de la agresividad y asimismo de la depresión.

De acuerdo a lo anterior se puede retomar la idea de Marie Langer: "la depresión de los ancianos puede ser pasajera cuando existe algo importante, que sea trascendente como la supervivencia de los hijos y nietos o de un ideal", (36) lo cual indica que hay que

(35) Rodríguez, R.D.E. Disminución de la depresión mediante terapias ocupacionales en ancianas institucionalizadas, Tesis, UAG, México, 1981, p.77

(36) Ibid., p. 85

mantener al anciano activo, ya sea física o mentalmente, para que explote las aptitudes que posee y pueda desarrollar un sentido de utilidad para sí mismo y los demás.

2.4 FACTORES COMPORTAMENTALES

2.4.1 Adaptación en la vejez

Es sabido que en la primera mitad de la existencia, el adulto se encuentra frente a problemas que tienen relación con la profesión, el matrimonio, la descendencia; en cambio en la segunda fase, cuando el adulto ha pasado a ser viejo, se enfrenta a una crisis, a un último gran examen, en cuanto a su capacidad para enfrentarse a los nuevos cambios físicos, psicológicos y sociales por los que tendrá que atravesar. Ante éste cambio, no es sorprendente pues, que muchas personas necesiten ayuda, ya que no todas tendrán la misma facilidad para adaptarse a las nuevas situaciones de vida.

Debido al cambio que representa la etapa de la vejez, el anciano busca diversas formas de adaptación: asiste a reuniones con núcleos de amigos que tienen intereses comunes para convivir en su tiempo libre, acude voluntariamente a centros sociales, se incorpora a diversas actividades como la política, por ejemplo, asiste a juegos y viajes, convive con su familia, entre otras cosas.

El logro en la etapa de la vejez, se da por la aceptación interior de lo que no se puede modificar, por el interés del anciano por las cosas que pasan a su alrededor, por la comprensión de lo que dicen los demás en vez de querer tener siempre la razón y también por una mayor paciencia. Aceptar la vejez es comprender su sentido y vivir la etapa buscando estar bien consigo mismo y con los demás, pues la vejez también es vida.

El anciano adaptado transmite el cúmulo de experiencias y sabiduría a los demás. De esta forma se completa a sí mismo.

Como una manera de conocer cuáles son las formas de conducta características en el anciano adaptado, se revisaron varios autores. Al respecto se encontró que:

Según Salgado y Guillén, (37) una clasificación de los ancianos adaptados sería la siguiente:

1. Los maduros. Son ancianos bien adaptados a las relaciones con los demás e integrados en el medio en que viven. Suelen controlar sus impulsos, son activos y habitualmente están satisfechos de la vida y de sí mismos.

3. Los caseros, pasivos y dependientes, están contentos con estar jubilados y no tener responsabilidades. Poco activos socialmente, suelen ser indulgentes, adaptándose bien a la vejez,

(37) Salgado, A. y Guillén, F. Manual de Geriatria, Salvat, Barcelona, 1990, p. 149

porque al estar en ella les pueden comprender mejor sus deseos de inactividad.

Por otra parte, Woltereck afirma que el anciano adaptado:

Es un viejo merecedor de respeto, que ha aceptado con resignación la decadencia de las fuerzas corporales y posee verdadera sabiduría, como por ejemplo: Gandhi, Goethe. Es una persona dulce y preocupada por todo lo humano, a ella acuden hijos y nietos cuando no pueden enfrentarse a sus problemas; siempre está dispuesta a ayudar, en la medida en que le es posible. (38)

Finalmente, Brocklehurst y T. Hanley (39) emprendieron un trabajo que consistió en observar las diferentes características que presentaba una amplia población de ancianos. Mediante el análisis se observó que los estereotipos que se dan a los ancianos están relacionados con las características de la vida temprana de los sujetos.

Respecto a las formas adaptativas del anciano, encontraron:

-- La constructividad. La tiene el hombre bien integrado, que goza de la vida y de sus relaciones con los otros; es tolerante, flexible y seguro de sí mismo.

Acepta el hecho de la edad senil, el retiro y la muerte,

(38) Woltereck, H. Op.cit., p. 38

(39) Brocklehurst, D. y Hanley, T. Geriatria fundamental, Toray, Barcelona, 1979, p. 35

conserva su capacidad de goce (alimento, trabajo, bebida, juegos y sexo), y mira hacia adelante con optimismo.

2.4.2 Inadaptación en la vejez

Muchos ancianos no pueden adaptarse tan fácilmente, ya que ven esta etapa como una fase de decadencia, como algo negativo y esto mismo propicia el miedo a la vejez. Al respecto Ernst Von Feuchtersleben, comenta: "nada en el mundo nos hace tan viejos como el miedo a serlo".(40)

El miedo a la vejez, conduce a un problema de adaptación, porque el anciano no está aceptando su condición de viejo.

Al enfrentarse a la etapa de la vejez, debe buscar cómo hacerle frente a estas situaciones difíciles, y en muchas ocasiones no sabe cómo hacerlo, ya que para él los buenos tiempos ya pasaron y mira el presente como amenazador.

Lo que sucede es que el anciano ha aceptado la fase de la vejez

(40) Citado en Ibid., p. 52

por mera resignación, por una impotencia negativa. En realidad no la acepta, sino que la sufre, mostrando entonces rencor a la vida que se le escapa, y envidia hacia los que aún gozan de las capacidades de que él carece.

Para comprender mejor el término se retomarán varias clasificaciones de algunos autores que tratan el tema de la inadaptación en el anciano.

Según Salgado y Guillén (41), entre los ancianos inadaptados se encuentran:

1. Los irritables, habituales "cascarrabias", gruñones y frustrados. Suelen reprochar a los demás sus fracasos, siendo generalmente desconfiados. No estaban muy satisfechos de su trabajo anterior, sintiéndose también incómodos en su situación de retirados en la "tercera edad", la cual ven sin futuro alguno. Suelen tener poca estima de sí mismos.

2. Los introvertidos. Apegados a sus valores, ideas o pertenencias, suelen ser taciturnos, sobrios, tímidos y retraídos, reprimiéndose constantemente en las ocasiones en que pudieran manifestarse.

3. Los perturbados. En el sentido de tener perturbadas sus relaciones sociales, son inestables, en ocasiones se adaptan algo, pero generalmente causan conflictos en su familia y entorno vecinal.

(41) Salgado, A. y Guillén, P. Op.cit., p.103

Por otra parte, Woltereck dice del anciano inadaptado que:

--Es egoísta, pierde de día en día el interés por el mundo que le rodea, incluso por su propia familia, a la que exige paciencia que él mismo no practica.

--Tiende a volverse a sí mismo, como una forma extrema de egoísmo.

--Sus cualidades se intensifican cada vez más y se desarrollan al extremo. Así, el espíritu de ahorro se transforma en avaricia, la efusividad en locuacidad, el lacónico enmudece por completo.

--Sus intereses se van estrechando progresivamente con la edad.

--Se encuentra cada vez más ante sí mismo, porque muertos sus contemporáneos le amenaza la soledad interior y exterior, pues no es capaz de establecer nuevas relaciones sociales. (45)

Finalmente, Brocklehurst y T. Hawley, en sus estereotipos de la vejez inadaptada, destacan:

1.La actitud defensiva. La manifiesta el anciano reservado, convencional y unido a sus hábitos, se muestra temeroso de la vejez, rechaza la jubilación, ve pocas ventajas en ella e ignora perspectivas.

2.La hostilidad. El anciano tiende a culpar a las circunstancias o a otros individuos de su fracaso. Es quejoso, agresivo y presenta a menudo una historia ocupacional inestable.

(42) Woltereck, H. Op.cit., p. 52

3. Autoaversión. Anciano crítico y desdeñoso de sí mismo, sin ambición. Tiene una vida marcada por un declive social y económico. (43)

Hasta aquí se mencionaron los factores psicológicos de la vejez, mismos que guardan íntima relación con la manera en que el individuo interactúa con las demás personas: familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.

Ya que su vida social y familiar es tan importante, enseguida se tratará de dar un panorama general sobre estos aspectos.

(43) Brocklehurst, D. y Hanley, T. Op.cit., p. 50

3. ASPECTOS SOCIALES DE LA VEJEZ

3.1 La familia

Desde el punto de vista social la familia constituye la institución base de la sociedad. Para el anciano debe representar además, la posibilidad de permanencia en un grupo, la proveedora fundamental de protección, y la promotora de la elevación de la autoestima; pues el anciano se debe sentir vinculado con otros y participar en la vida hogareña con sus hijos, nietos y familiares.

Pero esto por lo regular no sucede así, pues como ya se ha visto; a medida que las personas envejecen, las circunstancias de la vida también cambian. Aparecen nuevos papeles y problemas que enfrentar: vivencia misma del envejecimiento, la jubilación, el manejo de la sexualidad, la pérdida de los seres queridos, el enfrentamiento a la muerte, y básicamente sus repercusiones en el ámbito familiar.

Siendo el ámbito familiar una de las instituciones en donde el anciano puede encontrar diversas satisfacciones, es también conocido que éste puede afectarlo de diferentes maneras, ya que la vida familiar toma forma de acuerdo a los valores de la sociedad actual. Esto quiere decir que el papel social que el anciano venía desempeñando dentro de la familia tradicional (que incluye abuelos, padres e hijos), deja de cobrar importancia, y de esta forma el

anciano pasa a ocupar un segundo término en la familia actual o familia nuclear, integrada únicamente por los padres y los hijos.

Esta transición no se da en forma aislada y mucho menos espontánea, puesto que tiene que ver con el ritmo tan acelerado del cambio que vive la sociedad actual, mismo que acentúa las diferencias de valores entre las generaciones distintas. Se ha pasado de hábitats más o menos generosos, de casas y habitaciones capaces para un cierto número de personas, al pisito o departamento de la gran ciudad, de alto precio por la especulación del suelo debida a la falta de espacio. Claro que esto no sólo repercute a nivel de la familia nuclear, sino que el anciano mismo es víctima de este proceso, pues muchas veces, al no tener a alguien que lo apoye o le proporcione alguna forma de subsistencia, tiene que recurrir a la renta de algún cuarto o departamento, que muchas veces le es negado debido al temor de que en cualquier momento fallezca y no haya familiares que se hagan responsables de la deuda.

Algunos autores han analizado las causas que originan la modificación de las características del entorno familiar del anciano en la vida moderna, y principalmente en las poblaciones urbanas. Rocabruno encontró que estas causas pueden ser las siguientes:

1. El anciano ya no representa una fuente de experiencias acumuladas ni es aceptado como pater familiar.
2. No constituye una fuente de ingreso que satisfaga las necesidades del colectivo.

3. Está rodeado por una generación (hijos y nietos) inmersa en un cúmulo de tensiones o motivaciones diametralmente opuestas a las de él.
4. Puede resultar, según su sexo, más o menos eficiente para asumir funciones en el núcleo familiar.
5. De enfermar, precisa cuidados que pueden imposibilitar el cumplir sus funciones a uno o más miembros de la familia, lo cual puede ser un grave problema según sea la estructura familiar (número de hijos disponibles para cuidarlo).
6. Viudez (44)

Claro que estos aspectos pueden variar de acuerdo a las tradiciones culturales, sistema social, ubicación geográfica urbana o rural, nivel de desarrollo y estado demográfico del país; los cuales están en constante interacción con los ancianos y que en muchos de los casos les provocan sensaciones de soledad, aislamiento y temor, que se acrecienta aún más cuando sobreviene la muerte del cónyuge, de algún familiar, etc. y que evidencia cómo "se van desprendiendo los frutos del árbol de su generación". (45)

En el curso de la vida, los ancianos, como cualquier otra persona; se enfrentan a diversos problemas, y si se analiza cuáles son las causas por las que han existido conflictos entre los ancianos y las generaciones posteriores, se puede encontrar una respuesta que satisfaga dicho cuestionamiento: al aferrarse las personas mayores a

(44) Rocabrano, J.C. y Prieto, O. *Op.cit.*, p. 30

(45) *Ibid.*, p. 38

sus propias creencias, hacen difícil la posibilidad de comunicación con las demás personas. Pero esta situación no es gratuita para el anciano ya que la misma familia ha sido responsable de que en los viejos se produzca un proceso nuevo de inadaptación, mismo que tiene tres causas fundamentales de carencia: la carencia de afectividad, la carencia de comunicación y la carencia de roles.

La carencia de afectividad es desde el punto de vista psicológico, muy importante, ya que el anciano que en toda su vida se consagró al amor, hacia el esfuerzo y el sacrificio, necesita sentir algo de eso que dio sin interés. En una palabra el anciano tiene necesidad de afecto, y el desapego que tiene de la familia implica para él solamente soledad. Muchas veces, aunque el anciano viva con su familia, no necesariamente es creíble que haya logrado con ello la afectividad, ya que en la mayoría de las ocasiones se siente incómodo y ajeno a ella.

La carencia de comunicación influye en forma definitiva en la socialización del anciano, ya que al existir en la familia nuevas costumbres que muchas veces son desconocidas por el propio anciano, o que definitivamente no las puede compartir, como por ejemplo el hecho de permanecer horas ante el televisor sin proferir palabra alguna, o el presenciar pláticas totalmente incomprensibles, propician que la comunicación se rompa por completo, y de esta manera el anciano se relegue hacia su propio mutismo.

De los dos elementos: familia - anciano, el que resulta más afectado es éste último, ya que se ve limitado en su campo de acción y en su mayoría no se le toma en cuenta como parte importante en el proceso de socialización. Esto quiere decir que sus roles ya no son los mismos de tiempos anteriores, que no se le considera como ser activo, por lo que se convierte en vegetal ante la familia y por tanto deja de aparecer como la figura que en otros tiempos implicaba respeto, autoridad y sabiduría, y que con su sola presencia y experiencia, era capaz de transmitir un sistema de vida y valores. .

Claro que no solamente existen estos aspectos para ser estudiados, también se encuentra la contraparte del problema, es decir, aquellos casos en los que el anciano mantiene menos contacto con los miembros de su familia debido a su constante interacción social a lo largo de toda su vida.

Estudios recientes, como los realizados por Ursula Lehr, demuestran que:

desde el punto de vista de la frecuencia y deseo de contactos familiares, por una parte, y de la cuantía de otras actividades sociales, por otra, muestra que el grupo de aquellos que cultivan un animado trato social con amigos, conocidos, y ex-colegas mantienen menos contactos con los miembros de la familia, pero no manifiestan deseos de una intensificación de los mismos. (46)

(46) Lehr, U. Psicología de la senectud, Herder, Barcelona, 1980, p. 271

Por el contrario, hay quienes afirman que el limitarse a los contactos familiares solamente es una solución de emergencia, por lo que en el caso de los ancianos se concluye que éstos se vinculan íntimamente al seno familiar debido a la falta de finalidades e intereses fuera de la familia.

Cualquiera de estos casos puede darse de acuerdo a cada situación particular o personal del anciano, pero cabe destacar que si la familia es una comunidad de vida social que tiene una base material y una administración económica, es ahí en donde la asistencia debe ser mutua entre sus miembros, por lo que debe tener como característica especial ofrecer un ambiente psicológico emocional (determinado por las relaciones humanas, la comunicación, los procesos afectivos y las necesidades de satisfacción emotiva de sus miembros). "Es por eso que resulta importante la protección que reciba el anciano de su grupo familiar, porque ésta constituye el pilar fundamental de la vida del viejo". (47)

3.2 La sociedad

Si bien es cierto que hace años en las pequeñas localidades había pocos ancianos, a éstos se les escuchaba, se atendía y respetaba. Hoy, la misma sociedad se ha olvidado de una serie de reglas de ayuda y de tolerancia que se venían aplicando desde tiempos muy remotos en pro del anciano.

(47) Rocabruno, J.C. y Prieto, Op.cit., p. 4

seres humanos que tienen los mismos derechos y obligaciones, ocasionando con esta actitud un rompimiento de identificaciones entre ancianos y sociedad.

El comportamiento coercitivo de la sociedad hacia el anciano, arroja como único resultado que: "se tiende a ver la vejez como algo que no nos pertenece, como algo que esta allá, en un futuro muy lejano y, por lo tanto, al no sentir que nos concierne no nos permite prepararnos para enfrentar nuestro propio envejecimiento". (50)

Para comprender cómo se da el proceso de envejecimiento dentro de la sociedad, salieron a la luz dos teorías que trataron de explicarlo: la primera de ellas fue la teoría del desapego, elaborada por Cummings y Henry en 1961, y la otra es la teoría de la actividad (Maddox, 1963).

En la teoría de Cummings, se creía que el proceso de envejecimiento, el apartamiento natural y normal del anciano de sus actividades y roles sociales, eran los componentes básicos de un desapego que tenía que ver con una falta de interés hacia los demás y un incremento de la preocupación personal. Posteriormente con la teoría de Maddox se reforzaron los conceptos anteriores y se estableció que la mejor forma de envejecer era manteniéndose activo.

Los resultados obtenidos con estas teorías se centralizaron en

(50) Salvarezza, L. Psicogeriatría, Teoría y clínica, Paidós, Buenos Aires, 1968, p. 51

un solo aspecto, por lo que actualmente se concluye que:

el desapego no es ni natural ni inevitable, y cuando ocurre, es por la falta de oportunidades que la sociedad brinda a los viejos para que puedan seguir ejerciendo sus roles sociales con un buen grado de compromiso".(51)

Por otra parte, el hombre no vive jamás en estado de naturaleza, es decir; que en cualquier edad en la que el hombre se encuentre (sea ésta infancia, juventud o vejez) su condición le es impuesta por la sociedad a la que pertenece. Así, se encuentra que es la sociedad la que asigna al anciano su lugar y su papel de acuerdo también a sus creencias y experiencias, pero también el anciano se condiciona por la actitud práctica e ideológica que la sociedad dirige hacia él.

Una vez descritos los aspectos de la vejez: físico, psicológicos y sociales, cuyo objeto fue tener un marco de referencia para poder adentrarse a la especificidad de esta investigación: la autoestima de los ancianos; se proseguirá con el desarrollo teórico de la misma.

(51) Citado en Ibid., p. 52

4. AUTORSTIMA

El ser humano es capaz de establecer diferentes juicios en torno a diferentes conocimientos o ideas, pero ninguno de ellos es tan importante como el que entabla sobre sí mismo. La relación con nosotros mismos no puede ser eludida, ya que está presente en todo momento. De esta forma es indispensable considerar que el "yo" con el "mí" están plenamente ligados y esto origina el nacimiento del sí-mismo.

Para comprender qué es es la autoestima, es necesario referirse en primer término a lo que varios autores conocen como concepto de sí mismo. Vite menciona que "el conjunto de cogniciones y sentimientos hacia sí mismo es el autoconcepto". (52) Resulta interesante preguntarse cómo se forma éste. El proceso de interacción social podría arrojar luces al respecto, si se piensa en que los hombres poseen la característica de no poder vivir aislados, debido a que el modo en que un individuo se relaciona consigo mismo afecta el modo en que se pueda relacionar con los demás, con el mundo que le rodea, con el universo visible e invisible que constituye su contexto esencial; de la misma forma en que el modo de relacionarse con los demás y con el mundo afecta la relación que establece consigo mismo.

(52) Citado por Vite, S.G., Autoestima de madres con trabajo doméstico y madres con trabajo remunerado, Tesina, UNAM, México, 1982, p.41

Algunas teorías del autodesarrollo dan importancia a la percepción que el individuo tiene de cómo las otras personas lo consideran a él. De la misma forma Cooley "comparó las percepciones de cómo nos ven los otros, con las reflexiones en un espejo y cómo éstas nos afectan en nuestra forma de actuar". (53)

A su vez, Laing plantea que la autopercepción está formada por la visión directa que el individuo tiene de sí mismo (ego), del otro (alter) y lo que él llama metaperspectivas, que es "mi visión de la visión que el otro tiene de mí. A partir de esto, actúo de acuerdo a las actitudes, opiniones, necesidades reales o supuestas que el otro tiene con respecto a mí". (54)

Es en esta forma como el individuo establece su autoidentidad que está constituida no sólo por la observación de sí mismo, sino de los otros y de su consideración y posible alteración de la visión de los otros.

Ahora bien, ¿cómo se relaciona el concepto de sí mismo con la autoestima?

El autoconcepto tiene un lugar sumamente importante en el origen, crecimiento y consolidación de la autoestima, pues dependiendo de la percepción que el sujeto tenga de sí mismo, estará dada su

(53) Citado en Ibid., p.50

(54) Citado por Bar-On, L. Autoestima, autoridad parental, UNAM, México, 1985, p. 9

autoestima ya que ésta es considerada como la propia satisfacción con el autoconcepto o autoimagen.

Janice de Saussure, define la autoestima como "la cualidad y cantidad de afecto con que se carga el self tal como se presenta consciente o inconscientemente en un momento dado". (55)

De acuerdo a esto, la autoestima está constituida por el propio valor que se tiene de sí mismo y por la perspectiva del valor que los otros le proporcionen, es decir, cómo se considera que los demás valoran a una persona.

Si bien, no existe aún una definición de autoestima que cuente con un consenso general, hay ciertos acuerdos en la manera en que ésta es entendida por varios investigadores. Así, Alcántara menciona que:

La autoestima es una actitud hacia uno mismo... es la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo. Es la disposición permanente, según la cual nos enfrentamos con nosotros mismos.
La autoestima es una actitud que la persona ha adquirido a lo largo de su historia; es una estructura consistente y estable, difícil de modificar. (56)

Compartiendo esta idea, para Vite, la autoestima es "un juicio personal de valor expresado en las actitudes que el individuo tiene

(55) Citado por Ibid., p.10

(56) Alcántara, J.A. Cómo educar la autoestima, CBAC, México, p. 17

La autoestima, de acuerdo a Vite (61), puede variar también dependiendo de la experiencia y de acuerdo al sexo y a la situación que la persona esté viviendo; por ejemplo: una mujer juega una serie de roles a lo largo de toda su vida y la ejecución afectiva de cada uno de ellos estará influyendo en su autoestima. Se tiene entonces, que la autoestima estará constituida por la estimación que percibió y que le demostraron sus padres, por el cómo se perciba como mujer, cómo se sienta valorada ejecutando su rol de madre, su rol de esposa, su rol de ama de casa y si trabaja fuera del hogar, su rol de trabajadora. Lo cual, tiene una relación directa con el grupo de referencia, que en este caso lo conforman: el esposo, los hijos, los padres y hermanos, los suegros y cuñados, las amigas y los compañeros de trabajo.

Otras posibles fuentes de la autoestima, son las señaladas por William James (62): las aspiraciones y valores humanos. Este autor piensa que en cualquier área las ejecuciones de un sujeto son equiparadas con sus aspiraciones, si se juntan o aproximan, la autoestima es favorable, si sucede al contrario, se considera como desfavorable.

Así, las aspiraciones de la mayoría de los individuos se basan en estándares comunes de éxito y estatus.

La autoestima, según Cameron (63), también cambia con el

(61) Vite, S.G. Op.cit., pp. 44-46

(62) Citado en Ibid., p. 48

(63) Citado en Bar-On, I. Op.cit., p. 45

desarrollo de la personalidad, con los cambios del individuo tales como el matrimonio, las experiencias sexuales y la edad.

Por otra parte, Rosenberg (64) realizó una investigación sobre actitudes en 5000 estudiantes, misma que le permitió explicar las condiciones sociales relacionadas con el incremento y disminución de la autoestima. Los resultados le permitieron concluir que la clase social, está poco relacionada con la autoestima, al igual que el grupo étnico. Para él, el contexto social, no es importante, pero sí la cantidad de atención e interés paternal.

En este mismo sentido, Branden afirma que "una de las influencias más poderosas que recibe el desarrollo de la autoestima, es la educación proveniente de los padres". (65)

La socialización, es una fuente que puede producir en el niño seguridad y aprecio por sí mismo, a través de los múltiples mensajes enviados tanto por padres como por maestros y generar una buena autoestima, o por el contrario, crear en el niño un sentimiento de inferioridad que puede generar un efecto pernicioso en su autoestima.

De esta manera, se puede pensar que los niños que se sienten amados y aceptados tal como son, que no sienten continuamente cuestionado su valor básico a los ojos de sus padres, poseen una

(64) Vite, S.G. Op.cit., p. 51

(65) Branden, N. Op.cit., p. 39

inapreciable ventaja en la formación de una sana autoestima.

El hecho de que un niño sienta que no es escuchado, ni comprendido en el hogar, constituye el núcleo de sus problemas de desarrollo, de sus inseguridades y sensación de incapacidad en sus relaciones de adultos.

Así pues, el individuo experimenta quién es, en el contexto de sus relaciones.

Fundamentándose en lo expuesto anteriormente, se puede afirmar que la autoestima está constituida por el propio valor que la persona tenga de sí misma y por su perspectiva del valor que los otros tengan de ella, es decir, como ella cree que los demás la valoran.

No obstante lo anterior, cabe mencionar que las relaciones con los demás y la cultura, son influencias pero no determinantes, ya que es el propio individuo quien genera el nivel de seguridad y de respeto para sí mismo. Entonces, es posible decir que la autoestima está compuesta por los valores y juicios que el self emite.

Para James, "en la autoestima el individuo se autovalúa bajo tres aspectos: cognitivo, afectivo y conductual". (66) De acuerdo con él, Alcántara afirma que:

La autoestima se compone por tres elementos:
cognitivo, afectivo y conductual, los cuales se
interrelacionan en todo momento, de tal manera que si uno

(66) Citado por Bar-On. Op.cit., p.47

de ellos se modifica, los demás se alteran.

Componente cognitivo:

Indica ideas, opinión, creencias, percepción y procesamiento de la información. Es el autoconcepto definido como opinión que se tiene de la propia personalidad y sobre su conducta. (67)

El componente cognitivo forma en el sujeto un autoesquema, es decir, una creencia y opinión sobre sí mismo.

El autoconcepto tiene un lugar sumamente importante en el origen, crecimiento y consolidación de la autoestima, ya que los otros dos aspectos de la misma (componente afectivo y comportamental) están supeditados a lo cognitivo, al autoconcepto del sujeto que se refuerza con la autoimagen o representación mental de sí-mismo en el presente y en las aspiraciones y expectativas futuras.

Componente afectivo

Lo afectivo, es la valoración positiva o negativa, es el sentimiento favorable o desfavorable, agradable o desagradable del sujeto hacia sí-mismo. En otras palabras, es un juicio de valor sobre las propias cualidades personales, es estar agusto o a disgusto con lo que se es.

El componente afectivo reside en la valoración, el sentimiento, la admiración o desprecio, el gozo o dolor de la persona, en relación a su forma de ser, a su comportamiento y a sus aptitudes.

(67) Alcántara, J.A. Op.cit., p. 19

Componente conductual

Finalmente, el elemento comportamental es la intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente con la idea y valoración que se tiene de sí mismo.

Ahora bien, ¿qué es lo que determina esa valoración?. En cuanto al valor que uno tiene de sí-mismo, es innegable el estado físico de la persona, con las experiencias subsecuentes de salud, edad y apariencia.

Al comienzo de la vida se establece una autoimagen que luego guarda una importante relación con el concepto de lo corporal, de modo que los cambios físicos y de la energía que acompañan al envejecimiento exigen una alteración de la imagen del cuerpo. Desde el punto de vista psicológico puede ser tarea difícil asimilar tal cambio, de suerte que la autoestima de la persona puede disminuir. (68)

En cuanto a la valoración que los otros tienen de una persona, se destaca el éxito alcanzado en el desempeño social, familiar y laboral.

Aquí, se hace pertinente citar a Maslow y a su teoría de las necesidades, la cual hace referencia a que el hombre tiene la necesidad de relación afectiva, esto es, el deseo de ser aceptado por los demás, de establecer buenas relaciones dentro de un grupo de pertenencia, ya sea la familia, el círculo laboral, alguna asociación, etc. Además de hablar de pertenencia en este nivel, también se trata

(68) Zinberg, N.E. y Kaufman, I. Psicología normal de la vejez, Paidós, México, 1990, p. 14

de establecer una relación más personal en la experiencia amorosa que C. Rogers define de la siguiente manera: "Amar significa ser plenamente comprendido y profundamente aceptado por alguien". (69)

Otra necesidad es la que se denomina de posición o aprecio. La posición se refiere al lugar que se ocupa dentro del grupo de pertenencia a través de este estatus se logra el respeto por parte de los demás que conlleva prestigio, reconocimiento, aceptación, etc. Por otro lado se obtiene un aumento de la autoestima, basada en la confianza en las propias capacidades y en el amor otorgado por las figuras más importantes para uno. (70)

Se han visto hasta ahora los factores que de una u otra forma tienen relación con el desarrollo de la autoestima, éstos son tanto internos como externos. Bar-On (71), al hablar sobre el desarrollo evolutivo de la autoestima hace mención de que ésta se forma en un momento dado y está sometida a la influencia de las vivencias específicas de ese momento, que pueden ser: tensión, fracaso, enfermedad física o por el contrario, relajación, éxito o buena salud. También, hace una clasificación de los factores internos y externos que regulan la autoestima:

Factores internos

1) Vinculación y coordinación entre el sí mismo real y el sí mismo ideal. Es decir, entre lo que el sujeto es y lo que le gustaría ser.

(69) Citado en Ibid., p. 20

(70) Guerrero, B. Psicología de la vejez, INSEN, México, 1987, pp. 21-23

(71) Bar-On, I. Op.cit., p. 35

2) El estado físico con las experiencias subsecuentes de salud, edad y apariencia.

3) Las expectativas de cumplimiento de potencialidades, deseos, sentimientos, actitudes, ideales y valores.

Factores externos

1) Adaptación y desempeño social y familiar.

2) Cumplimiento de patrones culturales.

3) Realización de aspiraciones intelectuales.

4) Productividad y reconocimiento en el trabajo o en el desempeño de labores.

Otro aspecto importante, es lo que él considera como los factores que disminuyen la autoestima, entre los cuales destacan:

1) Discrepancia entre self real e ideal.

2) Enfermedad física.

3) Pérdida de fuentes de amor internas y externas.

4) Fracaso en el cumplimiento laboral, social, familiar y/o intelectual.

5) Frustración en la realización de potencialidades, deseos, ideales y valores.

En el mismo sentido, Adler (72) observó que los sentimientos de inferioridad, pueden producir baja autoestima. Según él hay dos antecedentes que influyen negativamente en la autoestima:

1) Inferioridad orgánica: deficiencias físicas como la ceguera y

(72) Citado en Vite, S.G. Op.cit., p. 50

diferencias en tamaño y fuerza.

2) Sobre indulgencia: que tiene que ver con los niños muy mimados, los cuales poseen un valor irreal y no establecen relaciones maduras.

La pérdida de autoestima puede producir sentimientos de aflicción, provocando ansiedad. Para poder evitarla, es necesario aprender a minimizar los eventos desagradables, con la finalidad de mantener una alta autoestima.

Al respecto, Horney (73) menciona que hay una serie de factores que producen sentimientos de abandono y aislamiento, a lo que llamó "ansiedad básica", que es causante de infelicidad y baja efectividad personal. Un método para reducirla es la formación de una imagen idealizada de sus capacidades y valores, ya que ello sostiene su autoestima, pues esta imagen idealizada es importante para la valoración que se hace el individuo.

Al parecer, los fracasos y las condiciones que demuestran los defectos personales, son con toda probabilidad la causa principal de la ansiedad, estableciéndose una estrecha relación entre ansiedad y angustia. La amenaza produce angustia y ansiedad, que a su vez, amenazan la autoestima de la persona.

Una persona con autoestima baja, puede padecer sentimientos de inferioridad y desvalorización que le impiden ser independiente y autónoma en la toma de decisiones, esto lo confirman investigaciones

(73) Citado en Ibid., p. 49

realizadas por Berkowitz y Lundy (74), las cuales relacionan la autoestima con la conformidad. Una persona con baja autoestima es más susceptible a las presiones para conformarse.

En cuanto a los factores que pueden aumentar la autoestima, Bar-On (75), menciona los siguientes:

- 1) Armonía entre self real e ideal.
- 2) Estabilidad y acuerdo entre las instancias internas y externas.
- 3) Salud física.
- 4) Exito alcanzado entre el desempeño laboral, social, familiar y/o intelectual.
- 5) Realización de potencialidades, deseos, sentimientos, ideales y valores.

El punto de vista de Vite (76), es muy similar, al mencionar cuatro factores relevantes que contribuyen al desarrollo de la autoestima:

- 1) Cantidad de respeto, aceptación e interés que un individuo recibe de las personas que son importantes para él.
- 2) Historia de triunfos (que brindan reconocimiento) y estatus alcanzados en la comunidad.
- 3) Obtención de autoestima en areas que interesan al sujeto, así interpreta y modifica las experiencias con los valores y aspiraciones individuales.

(74) Citado en Ibid., p. 53

(75) Bar-On, I. Op.cit., p. 44

(76) Vite, S.G. Op.cit., p. 52

4) Control y defensa para disminuir el valor de los eventos con implicaciones negativas.

Es notorio pues, que la autoestima está significativamente relacionada con la satisfacción y el funcionamiento personal eficiente. Es así, como una persona con autoestima alta mantiene una imagen mas o menos constante respecto de sus capacidades e individualidades como persona.

Una investigación realizada por Crutchfiel (77), reveló que existe mayor creatividad en personas con alta autoestima. Entonces, es notorio que las expectativas de éxito o de experiencias favorables son resultados de una postura de confianza por parte de la persona.

4.1 LA AUTOESTIMA EN LA VEJEZ

No hay vejez que no lleve consigo pruebas causadas por el inevitable desgaste del cuerpo: la disminución de la vista que priva de la lectura y del espectáculo de la naturaleza; la artrosis de la cadera que dificulta andar; la pérdida de la memoria que todo lo complica; el temblor causa la torpeza; la fatiga y muchos otros males.

Hay además pruebas más duras como la jubilación, que puede

(77) Citado en Ibid., p. 53

haberse esperado con impaciencia y que resulta más difícil de soportar de lo que se imaginaba, que no solamente reduce los recursos financieros, sino que aísla, que separa de repente de los viejos colegas e incluso de los viajeros familiares a los que se encontraba diariamente, que altera las costumbres y priva de esa animación que constituía la vida profesional. Y luego los duelos, los amigos de la infancia que desaparecen uno a uno, la muerte del marido o de la esposa: es muy diferente envejecer juntos que hacerlo completamente solo, por muy buenos recuerdos que se tengan.

Es difícil brillar en una sociedad que profesa el culto a la juventud, a la fuerza y a los récords. Existen necesariamente privaciones, sufrimientos. Un hombre puede haber asumido las mayores responsabilidades en su profesión, haber conseguido éxitos difíciles y cae en la depresión precisamente cuando se le libera de esas tareas. La lucha le exaltaba, le valorizaba. Ahora ya no hay ningún adversario a quien enfrentarse, no queda más que un destino al que no se puede vencer, sino que ha de aceptarse, una nada inaccesible ante la que el hombre se siente impotente, desvalorizado.

Fracasos, por supuesto, se dan a cualquier edad. Pero cuando se es joven, cada fracaso suscita una esperanza de revancha. Uno se lanza con energía a otras empresas. Bruscamente con la jubilación, o cuando se deja de ser la figura central de la familia, o se sufre alguna invalidez o enfermedad, o se olvidan fácilmente las cosas, las ilusiones se desvanecen. Se encuentra uno frente a la realidad que no

quería ver, es decir, que la vida tiene sus límites, que implican frustraciones sin revanchas, que todo aquello que nace ha de morir.

A partir de ese momento hay que elegir. Puede comenzar a mirar hacia atrás en lugar de hacerlo hacia adelante, a navegar así contra la corriente de la vida, a dejarse llevar por conductas de abandono, a complacerse en el propio pasado, a enfatizar los éxitos y a culpar de los fracasos a la injusticia de la existencia y de los hombres.

Si no existe una autoaceptación en la vejez, según Branden (78), se puede generar una baja autoestima, misma que puede dar origen a una depresión y ansiedad. Esto, aunado a una significativa carencia de eficacia y valor, ocasionará que el anciano sienta y piense que la existencia es aterradora e infructuosa.

Si el anciano es capaz de aceptarse, significa que acepta el hecho de que lo que piensa, siente y hace, son expresiones del sí mismo en el momento en el que se producen. La autoaceptación, se refiere a una actitud de autoevaluación y compromiso consigo mismo, y que deriva del hecho de estar vivo y ser consciente de ello.

Siguiendo la idea de Nathaniel Branden (79), el anciano debe tener la voluntad de ser eficaz, en otras palabras, debe tener presente la negativa para evitar aceptar la ineptitud como condición permanente e inalterable. Lo que quiere decir, que puede sentirse

(78) Branden, N. Op.cit., p. 38

(79) Ibid., p. 40

temporalmente desesperanzado, abrumado, derrotado, pero no definirse como un fracaso, sino conservar la certeza de que ese tropiezo no le impedirá avanzar nuevamente.

Según Freud (80), tras la evolución de la infancia y de la adolescencia, hay una nueva evolución necesaria para la madurez personal, que debe hacer apto para envejecer y para amar con un amor menos egoísta que el del instinto juvenil, más generoso, más realista.

La vejez, puede seguir su trayectoria en la búsqueda de la plenitud humana más amplia, no solamente intelectual sino también artística, espiritual, incluso práctica. No se trata tanto de adquirir algunos conocimientos nuevos como de desarrollarse uno mismo, mediante la comparación con los propios aspectos que se habían dejado en la sombra, por el contacto de otras disciplinas y otras experiencias humanas. Pudo uno llegar a ser experto en un determinado campo sin haberse realizado como hombre, quedándose en mero técnico que no mantiene con los demás sino relaciones técnicas y no una relación personal, en donde se haga presente la libertad interior del ser humano, pues el mayor obstáculo para realizar los logros no es la falta de talento o habilidad sino la mala autoimagen que el anciano se ha formado de su propia capacidad, ya que su autoconcepto en muchas ocasiones, puede ser erróneo.

Una persona sana, que se sienta inadecuada para afrontar los

(80) Citado en "Psicología evolutiva. La vida psíquica patológica", en Enciclopedia de la vida y la pedagogía, V. III, Sedmay Lydis, 1980, p. 213

desafíos normales de la vida, seguramente padecerá de una baja autoestima, por ejemplo: el anciano que tiende a quejarse sobre su dificultad para recordar aunque muchas veces esto no tenga nada que ver con un real déficit de función. En cambio el anciano que se sienta competente para vivir y merecer la felicidad, muy probablemente disfrutará de una buena autoestima.

Como se puede observar, la autoestima es parte vital del ser humano, influye en cómo éste se relaciona con los demás y en cómo los demás se relacionan con el mismo. Debido a su importancia, fue considerada como parte central de esta investigación, en la que se llevó a cabo una comparación entre dos grupos: ancianas que viven con su familia y asisten a un club de la Tercera Edad, y ancianas que solamente se relacionan con su familia. Lo que a continuación se desarrollará en el siguiente apartado.

5. SEGUNDA PARTE: PLANTAMIENTO METODOLÓGICO

5.1 PROBLEMA

¿Existen diferencias en la autoestima de un grupo de ancianas de Iztapalapa que asisten o no a un club de la Tercera Edad, respecto a un grupo de ancianas que sólo se relacionan con su familia?

5.2 OBJETIVOS GENERALES

- 5.2.1 Conocer la autoestima de las ancianas que viven con su familia.
- 5.2.2 Conocer la autoestima de las ancianas que viven con su familia y asisten a un club de la Tercera Edad.
- 5.2.3 Conocer si existe diferencia en la autoestima de las ancianas que viven con su familia y las ancianas que asisten a un club de la Tercera Edad.
- 5.2.4 Identificar factores asociados con la autoestima: edad, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico y cultural.

5.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 5.3.1 Conocer el concepto que las ancianas tienen de sí mismas.
- 5.3.2 Conocer la autoestima de las ancianas respecto a su situación física.

5.3.3 Conocer la autoestima de las ancianas respecto a sus relaciones familiares.

5.3.4 Conocer la autoestima de las ancianas respecto a sus relaciones sociales.

5.4 VARIABLES E INDICADORES

5.4.1 TIPOS DE VARIABLES

E INDICADORES

V.I. Condición de vida

- 1) Familia
- 2) Club de la Tercera Edad
- 3) Edad
- 4) Escolaridad
- 5) Estado Civil
- 6) Nivel socio económico

V.D. Autoestima

- 7) Concepto de sí mismo
- 8) Situación Física
- 9) Relaciones familiares
- 10) Relaciones Sociales

5.4.2.2.3 Edad

Se entiende por esto, al tiempo transcurrido desde el nacimiento.

5.4.2.2.4 Escolaridad

Se entiende por esto, al grado de estudios alcanzados por un individuo.

5.4.2.2.5 Estado Civil

Se entiende por esto, a la condición del individuo dentro del orden jurídico, específicamente respecto al matrimonio.

5.4.2.2.6 Nivel socioeconómico

Se entiende por esto, el nivel de bienestar de los medios económicos de que se dispone y que garantizan la satisfacción de las necesidades.

5.4.2.2.7 Concepto de sí mismo

Se entiende por esto, la apreciación que la anciana tiene de sí misma. Puede ser, en mayor o en menor grado, inmediata, irreflexiva (emocional) o reflexiva (intelectual).

5.4.2.2.8 Situación Física

Se entiende por esto, al estado actual de salud de la anciana.

5.4.2.2.9 Relaciones familiares

Se entiende por ésto, a la interacción que la anciana establece con las personas unidas a ella por un parentesco.

5.4.2.2.10 Relaciones Sociales

Se entiende por ésto, a la interacción que la anciana establece con los miembros de la sociedad en que vive.

5.4.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

V.I. Condición de vida

Esta variable será registrada con la adscripción o no a un club de la Tercera Edad, y con la aplicación de un cuestionario sociodemográfico.

V.D. Autoestima

Esta variable será registrada con la aplicación de una escala de actitudes.

5.5 HIPÓTESIS GENERAL

5.5.1 Existen diferencias en la autoestima de las ancianas que viven con su familia, respecto a las ancianas que asisten a un club de la Tercera Edad.

5.6 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

5.6.1 Existen diferencias en el concepto de sí mismo de las ancianas que viven con su familia, respecto a las ancianas que asisten a un club de la Tercera Edad.

5.6.2 Existen diferencias en la situación física de las ancianas que viven con su familia, respecto a las ancianas que asisten a un club de la Tercera Edad.

5.6.3 Existen diferencias en las relaciones familiares de las ancianas que viven con su familia, respecto a las ancianas que asisten a un club de la Tercera Edad.

5.6.4 Existen diferencias en las relaciones sociales de las ancianas que viven con su familia, respecto a las ancianas que asisten a un club de la Tercera Edad.

5.7 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Debido a la naturaleza del proyecto que se realizó, se implementó una investigación de tipo no experimental, un estudio de campo basado en un diseño ex-post-facto de tipo exploratorio.

5.8 METODOLOGÍA

5.8.1 Sujetos-caracterización

Muestra

Para integrar los sujetos de la presente investigación, primero se realizó una consulta entre los diversos clubs de la Delegación Iztapalapa. El club Culhuacán, integrado por 50 personas del sexo femenino, fue el que brindó las facilidades para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos requeridos: escala de actitudes y cuestionario sociodemográfico.

Con el objeto de poder comparar este grupo, se decidió entrevistar al mismo número de ancianas (50) en las zonas circundantes al club: la calle, la iglesia y el mercado, asegurándose de que estas personas no tuvieran participación alguna en el club de la Tercera Edad. De esta manera fueron conformados los 100 sujetos de la muestra.

5.8.2 Procedimiento

Etapas / fases de la investigación

La primera fase del procedimiento consistió en la elaboración y aplicación de una escala de medición de actitudes y un cuestionario sociodemográfico.

En la segunda fase se realizó un análisis comparativo de los resultados obtenidos en la escala de medición de actitudes entre las 50 ancianas que viven con su familia y las 50 que, además de vivir con su familia, pertenecen a un club de la Tercera Edad.

En la tercera fase, se analizaron los resultados obtenidos en el cuestionario sociodemográfico para tener un marco de referencia sobre las condiciones de vida de las ancianas que integran la muestra.

5.8.3 Instrumentos

5.8.3.1 Escala de actitudes

Uno de los instrumentos que sirvieron de apoyo en la consecución del objetivo propuesto fue la escala de medición de actitudes de Lickert, ya que a través de éste se puede obtener información sobre la predisposición a actuar que el sujeto tiene ante una determinada situación, en este caso, hacia sí mismo. Además es considerado uno de los instrumentos de mayor eficacia por su alta confiabilidad (en cuanto a la consistencia interna como a la estabilidad temporal).

En la escala de Lickert se utilizan reactivos monotónicos que se presentan en un formato de "elección múltiple". Esto es, en cada reactivo el respondente debe indicar su grado de acuerdo o desacuerdo, representado generalmente en cinco opciones: "totalmente de acuerdo", "de acuerdo", "ni de acuerdo ni en desacuerdo", "en desacuerdo" y "totalmente en desacuerdo". Se supone que la actitud del sujeto se ve

manifestada de acuerdo a la puntuación que acumula en cada uno de los reactivos.

Para el trabajo con ancianas, se utilizaron 48 reactivos, los cuales abarcaron los aspectos relacionados con la autoestima: concepto de sí mismo, situación física, relaciones familiares y relaciones sociales. Las respuestas se eligieron en base a las cinco opciones anteriormente señaladas.

5.8.3.2 Cuestionario sociodemográfico

A través del cuestionario sociodemográfico, se obtuvieron referencias más completas y confiables acerca de las características de los sujetos, ya que los objetivos que se persiguieron con la aplicación de éste, se tradujeron en un mejor enfrentamiento con la realidad investigada.

El cuestionario se elaboró con preguntas cerradas, que contemplaron factores como: edad, estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico.

5.9 TRATAMIENTO DE LOS DATOS (ESTADÍSTICA)

Una vez aplicados los instrumentos de la investigación, se procedió a codificar los datos obtenidos, para enseguida integrar esta codificación a un paquete estadístico y ser procesada. De esta manera se pudo obtener una estadística descriptiva en términos de: medias, desviaciones estándar y varianzas; datos indispensables que se aplican en la "t" de student.

Como el objetivo primordial de esta investigación es comparar los resultados en cada grupo, se recurrió a la utilización de la prueba estadística "t" de Student, ya que por medio de ella es posible hacer inferencias acerca de la diferencia entre las medias de dos muestras. Así se pudieron confrontar los resultados numéricos con los objetivos planteados.

6. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Considerando que la teoría es un aspecto fundamental en toda investigación científica, es indispensable retomarla para confrontarla con los resultados obtenidos mediante el procedimiento realizado en las diversas etapas de la investigación. De acuerdo a ello, se procederá en seguida a presentar los resultados obtenidos para posteriormente llegar a conclusiones acerca de estos resultados y la teoría manejada.

6.1 Características sociodemográficas

Un recurso para conocer las características de la población de ancianas de la presente investigación, consistió en la aplicación de un cuestionario sociodemográfico, (información presentada en el Anexo 1) del cual se obtuvo que el 69% de ancianas se encuentra entre los 60 y 70 años, el 27% se sitúa entre los 71 y 80 años y sólo el 4% tiene entre 81 y 90 años. (Gráfica 1.1).

En cuanto a su lugar de nacimiento, se encontró que el 36% de éstas son originarias del Distrito Federal, en tanto que el 64% restante, pertenecen a estados del interior de la República Mexicana (Estado de México, Jalisco, Guanajuato y Oaxaca, principalmente). (Gráfica 1.2)

Haciendo referencia a su estado civil, resultó que el 44% de ellas son viudas, el 31% son casadas, el 12% están separadas, mientras que el porcentaje restante (13%) pertenece a los rubros de solteras, divorciadas y que viven en unión libre. (Gráfica 1.3)

Por otra parte, más de la mitad de esta población (58%) viven en familia nuclear, en contraste con el 36% que vive en familia extensa y el resto, 6% viven solas. (Gráfica 1.4)

Las enfermedades que padecen con mayor frecuencia son: la presión, (32%), del aparato digestivo (21%), artritis (16%), diabetes (13%), del corazón (11%), reumatismo (9%), dolores musculares (4%) y dolor de cabeza (3%), en tanto que el 23% no reportó enfermedad alguna. (Gráfica 1.5)

Un dato relevante se refiere al ejercicio físico, ya que las ancianas que asisten al club de la Tercera Edad, son quienes lo practican, en tanto que las ancianas que no asisten al club, no realizan este tipo de actividad. Los ejercicios físicos más frecuentes son: caminar, gimnasia, baile y cachibol.

La dieta básica de la población investigada se compone principalmente de harinas, café, productos lácteos, leguminosas, carnes rojas y blancas.

Por otro lado, el nivel de analfabetismo se muestra bajo (17%), el 83% de las ancianas sabe leer y escribir. (Gráfica 1.6). El grado

de escolaridad más frecuente fue de primaria incompleta (51%), seguido de primaria completa (18%) y el 15% representó a las ancianas que no cursaron ningún tipo de estudio. (Gráfica 1.7) El trabajo que desempeñan, básicamente se refiere a labores domésticas (51%), diversos oficios (16%), los cuales no requieren de un previo aprendizaje escolar. (Gráfica 1.8)

Las principales actividades a las que se dedican las ancianas son: labores domésticas (93%), pasear (32%) e ir a la iglesia (31%). (Gráfica 1.9). El 64% no realizan actividades que les aporten algún ingreso económico, sólo el 36% de la población trabaja bajo un ingreso económico, el cual en su mayoría equivale a menos de 300 nuevos pesos. (Gráfica 1.10)

Asimismo el 60% de ancianas recibe apoyo económico de sus familiares, cantidad no mayor a 300 nuevos pesos mensuales, el 40% restante, no recibe ayuda económica de su familia.

6.2 Aspectos físicos y autoestima

A continuación se procederá a confrontar otro tipo de resultados con lo expuesto en el marco teórico, para lo cual, se abordarán los aspectos físicos de las ancianas estudiadas.

Retomando la idea de Carstensen y Edelstein que mencionan que la visión del anciano se ve disminuida por diversos factores de tipo

orgánico, se encontró que más de la mitad de las ancianas declararon tener una disminución en su percepción visual.

Los resultados en cuanto al sentido del oído, demostraron que no existe deficiencia en el 80% de las ancianas investigadas. La razón de ello, pudiera deberse al hecho de que el declive del oído se presenta a partir de los 80 años, tal como lo dice Bize, y en este estudio, como ya se mencionó, la mayor parte de las ancianas se encuentra entre los 60 y 70 años, lo cual puede ser un indicador de que los problemas auditivos aún no se presenten.

Según Carstensen, es común que entre las ancianas existan problemas de insuficiencia cardíaca, debido a que entre los 70 y 90 años hay una disminución en la frecuencia de los latidos del corazón, esto se evidenció al encontrarse un 11% de ancianas afectadas que requieren de un cuidado y atención médica especializada.

La dieta básica de esta población se compone en su mayoría por un exceso en carbohidratos, lo que favorece la presencia de enfermedades tales como: hipertensión, varices, tromboflebitis, esclerosis renal, diabetes mellitus, gota enfermedad degenerativa articular, entre otras. Algunas de las cuales se encontraron entre las principales enfermedades que padecen las ancianas de la muestra: presión (32%), diabetes (13%), artritis (16%).

6.3 Aspectos familiares y autoestima

Cabe señalar que aquí la mayoría de las ancianas mostraron una ambivalencia, ya que por un lado, se sienten contentas cuando están con su familia (92%), pero a la vez, desearían irse de su casa (76%), lo anterior se manifestó en que si bien, por una parte las ancianas sienten que les hacen falta a sus hijos (82%), se consideran útiles en su hogar (90%), además, de que su familia toma en cuenta sus decisiones (71%) y se preocupa por ella (81%). Por otra parte, sienten que su familia es desunida (50%), que sus familiares las molestan (82%), considerándose una carga (70%) y prefiriendo la compañía de otras personas ajenas a su familia (53%).

Ahora bien, la relación entre familia y anciano, puede ser menguada porque éste ya no contribuye a la economía familiar y/o por la aparición de enfermedades que hacen que se vuelva dependiente y pierda su posición de autoridad ante la familia, según Woltereck.

Al respecto, se obtuvo que el 74% de las ancianas contribuyen a la economía del hogar. Esto podría indicar que el factor económico, en este estudio, no es determinante para que la anciana se sienta un estorbo en su familia; en cambio, las enfermedades sí podrían influir, ya que el 58% de las ancianas dijeron enfermarse con frecuencia.

Existen otros factores que pueden incidir en la falta de armonía en las relaciones familiares.

En cuanto al sujeto mismo, su carácter poco accesible, ya que es persistente en sus opiniones y costumbres, y en ocasiones se resiste a aceptar otros puntos de vista, tendiendo al enojo fácilmente (53%).

En cuanto a su relación con la familia, la carencia de comunicación, dada por el desfase de pensamientos e intereses de una generación a otra, o por el predominio de los medios de comunicación (radio, televisión) que han ido deteriorando las relaciones interpersonales, y la carencia de afectividad, ya que el hecho de vivir con su familia no implica la existencia de un vínculo afectivo estrecho entre anciano y familia, por lo que es frecuente que la anciana se sienta incómoda y ajena a su familia.

6.4 Aspectos sociales y autoestima

La sociedad brinda pocas posibilidades para que el anciano establezca otro tipo de vínculos afectivos fuera del núcleo familiar, siendo comprensible que aunque la anciana se sienta a disgusto con su familia ha de permanecer con ésta, pues no tiene otra opción.

Existe un espacio destinado a las ancianas, el club de la Tercera Edad (INSEN), mismo que según los resultados obtenidos en este estudio, ha favorecido la autoestima de sus miembros. Las medias para cada grupo fueron:

Ancianas que asisten al club = 172

Ancianas que no asisten al club = 154

Estos puntajes pueden deberse al hecho de que al pertenecer a un grupo, se afirma la posición de la persona, pues por medio de ella, obtiene prestigio, reconocimiento y aceptación, confiando en sus propias capacidades y por ende, logrando una mayor autoestima, según lo referido por Guerrero López.

Al llegar a la vejez, como ya se ha venido describiendo, el individuo sufre una pérdida de sus capacidades cognitivas, físicas, repercutiendo en su vida emocional: se vuelve inseguro, dependiente, vulnerable a la depresión y en ocasiones, presenta rasgos hipocondriacos, propiciándose un descenso de la participación activa en la sociedad, ya que si pierde la capacidad de relacionarse con los demás y asimismo suele considerársele como un sujeto inadaptado. El club representa una nueva manera de adaptarlo a la sociedad, ya que a través de éste, ocupa su tiempo libre, tiene reuniones con personas que comparten sus mismos intereses, realiza actividades recreativas y remunerativas, haciéndolo sentirse útil, se le toma en cuenta al participar en las decisiones de un grupo, ya que se le permite ejercer su rol social, a la vez que establece un compromiso consigo mismo y con los demás.

De acuerdo a Kastenbaum, el anciano que no trabaja no desarrolla una energía constructiva, ya que la persona no puede definirse a sí misma en términos de una ocupación laboral. Lo cual, no sucede con las ancianas del club, como ya se vio.

Por otro lado, fue notorio que el grado de depresión de las ancianas que no asisten al club es mayor.

Las características de la depresión corresponden a síntomas tales como: sentimientos de soledad, insatisfacción personal, visión pesimista de la vida, insomnio y tristeza, entre otros. Estos aspectos se evaluaron en ambos grupos, y los resultados obtenidos fueron:

	Ancianas que asisten al club	Ancianas que no asisten al club
soledad	32%	62%
insatisfacción personal	18%	28%
visión pesimista de la vida	64%	76%
insomnio	30%	58%
tristeza	32%	44%

Como se pudo apreciar, los porcentajes son más altos en las personas que no asisten al club. El motivo de ello podría darse a partir de la explicación de Rodríguez: el hecho de mantener a las ancianas ocupadas conviviendo con otras personas, además de desarrollar una actividad física, fomenta una disminución en la depresión.

La autoestima, de acuerdo a lo aquí tratado, no es una estructura consistente, estable y difícil de modificar, como lo

afirma Alcántara, ya que de ser así, no se hubiera registrado mayor autoestima en las personas que asisten al club de la Tercera Edad. Por tanto, no se comparte esta opinión, por el contrario, se piensa que la autoestima puede ser modificada a partir de condiciones ambientales que posibiliten al sujeto valorarse positivamente, como en este caso la pertenencia a un grupo (club de la Tercera Edad).

6.5 Pruebas de hipótesis

El motivo de esta investigación fue indagar sobre la posible diferencia en la autoestima de dos grupos: ancianas que asisten a un club de la tercera edad y ancianas que no asisten a dicho club.

De acuerdo a las hipótesis planteadas en la metodología, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Hipótesis general

Existen diferencias en la autoestima de las ancianas que viven con su familia, respecto de las ancianas que asisten a un club de la Tercera Edad.

Sean X_1 = la autoestima de las ancianas que viven con su familia y asisten a un club de la Tercera Edad.

X_2 = la autoestima de las ancianas que viven con su familia

Entonces, puesto que se busca evidencia en favor de que $X_1 > X_2$, se probará la hipótesis de investigación.

Las medias obtenidas en cada muestra corresponden a las siguientes:

$$X_1 = 172 \quad \text{y} \quad X_2 = 154$$

El valor calculado de "t" fue de 5.3929, que resultó superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 ($5.3929 > 1.6602$). Entonces la conclusión es que se acepta la hipótesis de investigación, es decir, la autoestima de las ancianas que asisten al club de la Tercera Edad, es mayor a la de las ancianas que no asisten.

La autoestima fue evaluada a través de cuatro categorías: concepto de sí mismo, situación física, relaciones familiares y relaciones sociales; con las cuales se realizó el mismo tratamiento estadístico.

Concepto de sí mismo

Existen diferencias en el concepto de sí mismo de las ancianas que viven con su familia, respecto a las ancianas que asisten a un club de la Tercera Edad.

En donde las medias para cada grupo fueron:

X1 = Es el concepto de sí mismo que tienen las ancianas que viven con su familia y asisten a un club de la Tercera Edad.

X2 = Es el concepto de sí mismo que tienen las ancianas que viven con su familia.

X1 = 43.04

y

X2 = 37.96

El valor calculado de "t", fue de 4.3768, que resultó superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 ($4.3768 > 1.6602$) Entonces, la conclusión es que el concepto de sí mismo que tienen las ancianas que viven con su familia y asisten al club de la Tercera Edad, es más favorable que el de las ancianas que no asisten al club y solamente se relacionan con su familia.

Situación física

Existen diferencias en la situación física de las ancianas que viven con su familia, respecto a las ancianas que asisten a un club de la Tercera Edad.

En donde las medias para cada grupo fueron:

X1 = Es la autoestima respecto a la situación física de la anciana que vive con su familia y asiste a un club de la Tercera Edad.

X2 = Es la autoestima respecto a la situación física de la anciana que vive con su familia.

X1 = 39.54 y X2 = 36.74

El valor calculado de "t" fue de 2.3391, que resultó superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 (2.3391 > 1.6602). Entonces, la conclusión es que se acepta la hipótesis de investigación, esto es: la autoestima respecto a la situación física de las ancianas que asisten a un club de la Tercera Edad, es más favorable que la de las ancianas que no asisten y solamente se relacionan con su familia.

Relaciones familiares

Existen diferencias en las relaciones familiares de las ancianas que viven con su familia, respecto a las ancianas que asisten a un club de la Tercera Edad.

En donde las medias para cada grupo fueron:

X1 = Es la autoestima respecto a las relaciones familiares de la anciana que vive con su familia y asiste a un club de la Tercera Edad.

X2 = Es la autoestima respecto a las relaciones familiares de la anciana que vive con su familia.

X1 = 46.54 y X2 = 41.22

El valor calculado de "t" fue de 4.2998, que resultó superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 (4.2998 > 1.6602). Entonces, la conclusión es que se acepta la hipótesis de investigación, es decir: las relaciones familiares de las ancianas que asisten a un club de la Tercera Edad, son más favorables que las de las ancianas que no asisten y solamente se relacionan con su familia.

Relaciones sociales

Existen diferencias en las relaciones sociales de las ancianas que viven con su familia, respecto a las ancianas que asisten a un club de la Tercera Edad.

En donde las medias para cada grupo fueron:

X1 = Es la autoestima respecto a las relaciones sociales de la anciana que vive con su familia y asiste a un club de la Tercera Edad.

X2 = Es la autoestima respecto a las relaciones sociales de la anciana que vive con su familia.

X1 = 63.96

y

X2 = 37.72

El valor calculado de "t" fue de 11.8929, que resultó superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 (11.8929 > 1.6602). Entonces, la conclusión es que se acepta la hipótesis de investigación, esto es, las relaciones sociales de las ancianas que asisten a un club de la Tercera Edad, son más favorables que las de las ancianas que no asisten y solamente se relacionan con su familia.

De acuerdo a los resultados de la aplicación de la prueba "t" de student, se comprueba que efectivamente la diferencia en la autoestima de ambos grupos es significativa, en cada uno de los aspectos en donde se evaluó.

Concepto de sí mismo	(4.3768 > 1.6602)
Situación física	(2.3391 > 1.6602)
Relaciones familiares	(4.2998 > 1.6602)
Relaciones sociales	(11.8929 > 1.6602)

Si es notorio que en los tres primeros aspectos la autoestima es mayor en las personas que asisten al club de la Tercera Edad, aún lo es más en el último de los aspectos (relaciones sociales), y esto puede deberse al hecho de que el club les brinde a las ancianas la oportunidad de convivir con otras personas y ampliar su número de amistades. Esto puede influir a nivel de las relaciones familiares, ya que al no limitarse a su núcleo familiar y compartir parte de su tiempo fuera de él, pueden ser aminoradas las fricciones familiares existentes.

La asistencia al club de la Tercera Edad y las buenas relaciones familiares que pudiera tener la anciana, posiblemente repercutan en la poca atención que ella preste a sus enfermedades, de esta manera el concepto que tenga de sí misma será positivo, es decir, su autoestima será mayor.

La evaluación que se puede hacer a partir de estos resultados, se basa en que efectivamente hay una mayor autoestima en el grupo de ancianas que asiste al club de la Tercera Edad, aunque en términos generales la población estudiada presenta una tendencia hacia la autoestima alta.

CONCLUSIONES

Al comienzo de esta investigación, se hizo referencia a lo que significa el envejecimiento; una continua disminución de las capacidades del organismo, acentuándose este proceso en la etapa de la vejez.

Aceptar ser viejo, hoy en día, cuando la mayoría de los espacios son ocupados por gente joven, cuando se admira más la fuerza que la sabiduría, cuando tiene primacía la apariencia física, no es fácil. De ahí, el acudir a tratamientos para "retardar" la presencia de las arrugas en la piel, a las cirugías plásticas, a los tintes para cubrir las canas, etc.

Sin embargo, los achaques propios de la vejez, las enfermedades, están' ahí para recordarlo: la disminución en la percepción visual, la artritis, dolores musculares, la alta o baja presión, la insuficiencia cardiaca, entre otros, asimismo, la dificultad para mantener el nivel de concentración y de recordar los acontecimientos recientes.

Por otro lado, el sitio que le ofrece la familia y la sociedad resulta poco atractivo, ya que en lugar de brindarle la posibilidad de sentirse vinculado con los otros, valorado, muchas veces es relegado, inutilizado; y por lo tanto es desplazado a un segundo término, lo que dará como resultado, que el estado de ánimo general del anciano descienda, tendiendo a la depresión, y con ello, al predominio de diferentes temores ante la soledad, la indefensión, el

empobrecimiento, la muerte. Viéndose así, menguada, la autovaloración, la seguridad en sí mismo y el sentimiento de satisfacción consigo mismo.

Como pudo comprobarse en el presente trabajo, una manera de combatir la situación de la vejez es a través de la incorporación del anciano a un grupo, en este caso, al club de la Tercera Edad, ya que la pertenencia a un grupo permite al individuo realzar la idea que posee de sí mismo a través de los ideales del grupo y la idea que los otros miembros puedan tener de él, es decir, se da una elevación de la autoestima y el respeto que se tenga por sí mismo, siendo una manera de integrarse nuevamente a la sociedad.

Lo anterior, no resulta extraño si se recuerda la condición social del ser humano: no puede existir solo, necesita de los demás, sentir que les importa a los otros, y que mejor si se comparten mismos intereses, si se realizan actividades que les impidan la presencia de sentimientos de inutilidad.

Se sabe que el mantenimiento de una actividad constante es un preventivo excelente contra las grandes ruinas de la mente. Es posible levantar un sistema de defensas eficaces: mantener despierta la curiosidad, conservar el contacto con el mundo tal como es, aunque no guste, rechazar la indiferencia, la neutralidad, el alejamiento.

La actitud de abandono precipita la vejez, disminuye la valoración que la persona tiene de sí misma. El que por el contrario

conserva un abanico de intereses, encuentra multitud de ocasiones para apasionarse, lo que prolonga la juventud y por supuesto, despierta una actitud de respeto por sí mismo y una autoestima mayor.

La vejez, es una etapa de la vida de la que no se puede huir, sin embargo el cómo se viva dependerá de la valoración que se tenga de sí mismo, lo que se apoya en la valoración que los demás le den. Valoración que se puede obtener con la pertenencia a un determinado grupo, llámese familia, club de la Tercera Edad, asociación civil u otro. Pero también tendrá mucho que ver con la manera en que la persona anciana vivió las etapas anteriores de su vida (infancia, juventud, madurez).

Si se ha vivido de excesos como el alcohol y las drogas, descuidando el funcionamiento adecuado del cuerpo, se verán aumentadas las incapacidades físicas en la vejez, acentuando su dependencia y sentimientos de inutilidad.

Si los vínculos afectivos no se cultivaron en la vida, difícilmente los familiares tendrán la paciencia para ser consecuentes con los viejos, y menos aún, si resulta una carga económica, ya que antes no se previó una estabilidad de ésta.

Es necesario hacerse consciente de que nadie está exento de llegar a ser viejo, ese día ha de llegar y conviene estar preparado para ello.

En cuanto a los que ya son ancianos, se debe ayudarlos a que acepten su edad, a que se acepten a sí mismos tal como son. Por supuesto, la vía no es mediante exhortaciones, que serían interpretadas como reproches, sino aceptándoles verdaderamente con sus límites, con sus recursos, sin pedirles esfuerzos de los que ya no son capaces, pero sin tratarlos tampoco como seres indefensos, mas bien, como personas valiosas.

El anciano debe adaptarse a la nueva situación de sus limitaciones; tiene que crearse otro género de vida del que llevó hasta entonces de acuerdo a sus condiciones, capacidades y medios. Con la edad se tiene que retirar a tiempo de ciertas tareas, irse desprendiendo de las relaciones y actividades que sobrepasen sus fuerzas, prepararse un nuevo lapso de vida que sea agradable y útil para sí y para los demás.

En países con sistema socialista, se han promovido nuevas formas de trabajo para el anciano (la jubilación se mantiene): el trabajo social voluntario, la labor en bibliotecas públicas, la transmisión de la experiencia a la juventud, la organización de círculos infantiles, con lo cual se mantiene integrada la población senecta a la sociedad.

Cabe señalar que si al principio de esta investigación se centró el interés en la variable autoestima al ser ésta la que se compara en dos grupos: ancianas que asisten a un club de la Tercera Edad y ancianas que no asisten a dicho club, al finalizar la investigación la autoestima cobra una mayor importancia, ya que no es un factor que

influye exclusivamente en la manera como se vive la etapa de la vejez, sino a lo largo de toda la vida, y que comienza su formación desde el primer contacto que se tiene con los padres, luego con los maestros. Sin embargo se sabe que generalmente éstos no fueron educados para consolidar una autoestima positiva desde la niñez apoyada en el afecto, amor, respeto, seguridad, sino por el contrario, ya que por la misma cultura se está acostumbrado a enfatizar los aspectos negativos de las personas, y no los positivos, dando como resultado una imagen débil del sí mismo. Resulta entonces que la autoestima, estará supeditada más a la valoración que los otros tengan de la persona que a la propia valoración. Si ésto ocurre así, la autoestima dependerá de las experiencias vividas, de las circunstancias. Es decir, si se vive tensión, fracaso, enfermedad, se tenderá a una autoestima baja; si se vive relajación, éxito, se goza de buena salud, se tenderá a una autoestima alta.

Bajo esta perspectiva, convendría entonces educar para conformar desde que se es niño una autoestima positiva, a través de la cual se aprenda a minimizar los acontecimientos desagradables de la vida y se fomente la autoaceptación derivada de estar vivo y ser consciente de ello.

Como toda investigación, la presente, no fue ajena a algunas limitantes. Se comenzará por el número y sexo de la muestra: se está consciente que no fue el número de personas idóneo, representativo de los ancianos de Iztapalapa, y como ya se expuso anteriormente, ello se debió en parte a que el club al que se tuvo acceso se limitó a 50

ancianas; y por otro, se carecía de recursos humanos para hacer frente a una investigación cuya muestra fuera numerosa. Sin embargo, se considera que los resultados que se hubieran obtenido con una muestra mayor no distarían mucho de lo que aquí resultó.

Como es sabido, por diversas investigaciones, la condición de grupo proporciona a los individuos un sentido de pertenencia, de existencia para los otros y para sí mismo, lo que influirá en la valoración dada hacia sí mismo, es decir, en su autoestima. De ahí, que el modo de vida esté organizado por grupos: de trabajadores, de jóvenes, de niños, de maestros, de alumnos, etc., creándose organizaciones como grupos de integración juvenil de alcohólicos anónimos, de neuróticos anónimos, de la Tercera Edad, entre otras, las que posibilitan ese sentido de pertenencia e integración con la sociedad.

En relación al sexo (femenino) de este estudio, se requiere la contraparte, el sexo masculino, para complementar el mismo. ¿Habrán diferencias en la autoestima de las ancianas respecto a la de los ancianos?, ¿de qué manera influirá la pertenencia al grupo dependiendo del sexo?... También, se podría pensar en lo que sucede con las personas senectas que se encuentran en los asilos. El club de la Tercera Edad es un espacio que favorece los vínculos sociales que permiten a la anciana valorarse a sí misma de manera positiva, ¿sucederá lo mismo con otro tipo de grupos?...

En cuanto a las fuentes de información, llama la atención que en su mayoría son investigaciones realizadas en otros países, lo que habla de la poca atención que en México se le ha dado a este sector de la población.

Fueron consultadas diversas bibliotecas de universidades como: la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Autónoma Metropolitana, la Universidad Pedagógica Nacional, la biblioteca del Instituto Nacional de la Senectud, la biblioteca de México; encontrándose que la sección dedicada a la vejez como a la autoestima, está conformada por algunos cuantos textos que no han sido actualizados. Lo que quiere decir que no existe una adecuada y extensa investigación de la vejez en México.

De acuerdo a lo anterior, se sugiere que se contemplen más proyectos de investigación dedicados a este sector, para que la información que se tenga de la senectud se base en la situación real del país, con lo cual se llegaría a caracterizar con mayor precisión a la vejez y asimismo enfrentar de la mejor manera posible su problemática.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara, José Antonio. Cómo educar la autoestima, CEAC, México, 1990.
- Bar-On, L. Autoestima, autoridad parental, CEAC, México, 1985.
- Bize, P. y Vallier, G. Una vida nueva: la tercera edad, Mensajero, Bilbao, 1972.
- Branden, Nathaniel. El respeto hacia uno mismo, Paidós, México, 1989.
- Brocklehurst, D. y Hanley T. Geriatría fundamental, Toray, Barcelona, 1979.
- Carstensen, Laura y Edelstein, Barry. Gerontología clínica. El envejecimiento y sus trastornos, Martínez Roca, Barcelona, 1987.
- Civita, Víctor. Enciclopedia de la vida, T.VII, Abril, Brasil, 1978.
- De Beauvoir, Simone. La vejez, Sudamericana, Buenos Aires, 1970.

Dongier, Maurice. Neurosis y trastornos psicossomáticos, Guadarrama, Madrid, 1971.

Envejecimiento molar: Fisiología y Psicología del envejecimiento normal, Morata, México, 1989.

Fuentes, Luis y Fuentes, Raúl. Salud y vejez, el Caballito, México, 1978.

Guerrero, Buquerio. Psicología de la vejez, INSEN, México, 1987.

Hernández, Roberto, et.al. Metodología de la investigación, Mc Graw Hill, México, 1990.

Kastenbaum, Robert. Vejez: años de plenitud, Edigonvill, México, 1980.

Lehr, Ursula. Psicología de la senectud, Herder, Barcelona, 1980.

Mendenhall, William y Reinmuth, James. Estadística para administración y economía, Iberoamérica, México, 1990.

"Psicología evolutiva. La vida psíquica patológica", en Enciclopedia de la vida y la pedagogía, Sedmay Lydis, 1980

Pyke, Magnus. Cómo disfrutar una larga vida: expectativas para la vejez, FCE, México, 1985.

Rocabruno, Juan Carlos y Prieto, Osvaldo. Gerontología y Geriatria clínica, T.I, Ciencias Médicas, Cuba, 1992.

Rivera, Marcia. Modificación de autoconcepto en ancianos reclusos en un asilo por medio de psicoterapia grupal, tesis, UAG, México, 1981.

Rodríguez, Dora Elena. Disminución de la depresión mediante terapias ocupacionales en ancianas institucionalizadas, tesis, UAG, México, 1981.

Salgado, Alberto y Guillén, Francisco. Manual de Geriatria, Salvat, Barcelona, 1989.

Salvarezza, Leopoldo. Psicogeriatría, Teoría y clínica, Paidós, Buenos Aires, 1988.

S.P.P. INEGI. "Resultados definitivos del XI Censo General de Población y vivienda, 1990".

Vite San Pedro, Silvia. Autoestima de madres con trabajo doméstico y madres con trabajo remunerado, tesina, UNAM, México, 1982.

Woltereck, Heinz. La vejez, segunda vida del hombre, FCE, México
1962.

Zinberg, N. y Kaufman, I. Psicología normal de la vejez,
Paidós, México, 1990.

ANEXO

FRECUENCIAS DE RESPUESTAS DE CADA ÍTEM DE LA ESCALA DE ACTITUDES

1. *Me considero una persona paciente*

Totalmente en desacuerdo	3%
En desacuerdo	20%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	17%
De acuerdo	43%
Totalmente de acuerdo	<u>17%</u>
TOTAL	100%

2. *Estoy satisfecho conmigo mismo*

Totalmente en desacuerdo	3%
En desacuerdo	14%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6%
De acuerdo	53%
Totalmente de acuerdo	<u>24%</u>
TOTAL	100%

3. *Nadie me comprende*

Totalmente en desacuerdo	4%
En desacuerdo	27%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10%
De acuerdo	49%
Totalmente de acuerdo	<u>10%</u>
TOTAL	100%

4. Soy gordo

Totalmente en desacuerdo	9%
En desacuerdo	25%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12%
De acuerdo	48%
Totalmente de acuerdo	<u>6%</u>
TOTAL	100%

5. Me canso confacilidad

Totalmente en desacuerdo	38%
En desacuerdo	26%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4%
De acuerdo	26%
Totalmente de acuerdo	<u>6%</u>
TOTAL	100%

6. Me enfermo muy seguido

Totalmente en desacuerdo	23%
En desacuerdo	16%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3%
De acuerdo	48%
Totalmente de acuerdo	<u>10%</u>
TOTAL	100%

7. Soy una persona alegre

Totalmente en desacuerdo	4%
En desacuerdo	17%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	17%
De acuerdo	36%
Totalmente de acuerdo	<u>26%</u>
TOTAL	100%

8. Escucho bien

Totalmente en desacuerdo	1%
En desacuerdo	23%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6%
De acuerdo	49%
Totalmente de acuerdo	<u>21%</u>
TOTAL	100%

9. Me molesta que la gente se burle de mí

Totalmente en desacuerdo	44%
En desacuerdo	28%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7%
De acuerdo	18%
Totalmente de acuerdo	<u>3%</u>
TOTAL	100%

10. Como tres veces al día

Totalmente en desacuerdo	3%
En desacuerdo	18%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9%
De acuerdo	50%
Totalmente de acuerdo	<u>20%</u>
TOTAL	100%

11. Mis amigos me extrañan cuando no estoy

Totalmente en desacuerdo	1%
En desacuerdo	12%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10%
De acuerdo	61%
Totalmente de acuerdo	<u>16%</u>
TOTAL	100%

12. En mi juventud tenía más amigos que ahora

Totalmente en desacuerdo	16%
En desacuerdo	31%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	11%
De acuerdo	30%
Totalmente de acuerdo	<u>12%</u>
TOTAL	100%

13. Me considero una carga para mi familia

Totalmente en desacuerdo	12%
En desacuerdo	17%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1%
De acuerdo	45%
Totalmente de acuerdo	<u>25%</u>
TOTAL	100%

14. Hago ejercicio

Totalmente en desacuerdo	12%
En desacuerdo	25%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2%
De acuerdo	45%
Totalmente de acuerdo	<u>16%</u>
TOTAL	100%

15. Tengo muchos amigos

Totalmente en desacuerdo	20%
En desacuerdo	33%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10%
De acuerdo	28%
Totalmente de acuerdo	<u>9%</u>
TOTAL	100%

16. Quisiera irme de mi casa

Totalmente en desacuerdo	5%
En desacuerdo	15%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4%
De acuerdo	53%
Totalmente de acuerdo	<u>23%</u>
TOTAL	100%

17. Digo mentiras con frecuencia

Totalmente en desacuerdo	2%
En desacuerdo	23%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	10%
De acuerdo	50%
Totalmente de acuerdo	<u>15%</u>
TOTAL	100%

18. Duermo mal

Totalmente en desacuerdo	19%
En desacuerdo	25%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12%
De acuerdo	29%
Totalmente de acuerdo	<u>15%</u>
TOTAL	100%

19. Aunque estoy con otras personas me siento solo

Totalmente en desacuerdo	18%
En desacuerdo	29%
Ni en acuerdo ni en dasacuerdo	1%
De acuerdo	36%
Totalmente de acuerdo	<u>16%</u>
TOTAL	100%

20. Me desagradan las reuniones familiares

Totalmente en desacuerdo	20%
En desacuerdo	20%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8%
De acuerdo	37%
Totalmente de acuerdo	<u>15%</u>
TOTAL	100%

21. Contribuyo en la economía del hogar

Totalmente en desacuerdo	12%
En desacuerdo	13%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1%
De acuerdo	61%
Totalmente de acuerdo	<u>13%</u>
TOTAL	100%

24. Mi familia es desunida

Totalmente en desacuerdo	11%
En desacuerdo	32%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7%
De acuerdo	36%
Totalmente de acuerdo	<u>14%</u>
TOTAL	100%

25. Me considero una persona arreglada

Totalmente en desacuerdo	1%
En desacuerdo	27%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16%
De acuerdo	52%
Totalmente de acuerdo	<u>4%</u>
TOTAL	100%

26. Le caigo mal a los demás

Totalmente en desacuerdo	5%
En desacuerdo	27%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	31%
De acuerdo	32%
Totalmente de acuerdo	<u>5%</u>
TOTAL	100%

27. Me considero una persona tímida

Totalmente en desacuerdo	17%
En desacuerdo	37%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10%
De acuerdo	28%
Totalmente de acuerdo	<u>8%</u>
TOTAL	100%

28. Me enojo fácilmente

Totalmente en desacuerdo	17%
En desacuerdo	25%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5%
De acuerdo	42%
Totalmente de acuerdo	<u>11%</u>
TOTAL	100%

29. Soy inteligente

Totalmente en desacuerdo	5%
En desacuerdo	23%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	18%
De acuerdo	50%
Totalmente de acuerdo	<u>4%</u>
TOTAL	100%

30. Soy una persona delgada

Totalmente en desacuerdo	9%
En desacuerdo	27%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	17%
De acuerdo	39%
Totalmente de acuerdo	<u>8%</u>
TOTAL	100%

31. Lo que más como es carne

Totalmente en desacuerdo	4%
En desacuerdo	18%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8%
De acuerdo	51%
Totalmente de acuerdo	<u>19%</u>
TOTAL	100%

32. Estoy convencido que la vida es muy difícil

Totalmente en desacuerdo	41%
En desacuerdo	29%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6%
De acuerdo	23%
Totalmente de acuerdo	<u>1%</u>
TOTAL	100%

33. Mis amigos no confían en mí

Totalmente en desacuerdo	2%
En desacuerdo	19%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	21%
De acuerdo	52%
Totalmente de acuerdo	<u>6%</u>
TOTAL	100%

34. Siento que no sirvo para nada

Totalmente en desacuerdo	7%
En desacuerdo	23%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2%
De acuerdo	30%
Totalmente de acuerdo	<u>38%</u>
TOTAL	100%

35. Me considero útil en mi hogar

Totalmente en desacuerdo	1%
En desacuerdo	9%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0%
De acuerdo	61%
Totalmente de acuerdo	<u>29%</u>
TOTAL	100%

36. Soy una persona honrada

Totalmente en desacuerdo	1%
En desacuerdo	0%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1%
De acuerdo	43%
Totalmente de acuerdo	<u>55%</u>
TOTAL	100%

37. Tengo buen apetito

Totalmente en desacuerdo	4%
En desacuerdo	8%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	17%
De acuerdo	48%
Totalmente de acuerdo	<u>23%</u>
TOTAL	100%

38. Veo bien

Totalmente en desacuerdo	20%
En desacuerdo	38%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1%
De acuerdo	34%
Totalmente de acuerdo	<u>7%</u>
TOTAL	100%

39. Mi familia toma en cuenta mis decisiones

Totalmente en desacuerdo	3%
En desacuerdo	14%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12%
De acuerdo	55%
Totalmente de acuerdo	<u>16%</u>
TOTAL	100%

40. Me gusta conocer a otras personas

Totalmente en desacuerdo	2%
En desacuerdo	4%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5%
De acuerdo	59%
Totalmente de acuerdo	<u>16%</u>
TOTAL	100%

41. Me altero de los nervios fácilmente

Totalmente en desacuerdo	26%
En desacuerdo	31%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5%
De acuerdo	33%
Totalmente de acuerdo	<u>5%</u>
TOTAL	100%

42. Mi familia se preocupa por mí

Totalmente en desacuerdo	2%
En desacuerdo	7%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10%
De acuerdo	55%
Totalmente de acuerdo	<u>26%</u>
TOTAL	100%

43. Disfruto más de la compañía de mis amigos que la de mi familia

Totalmente en desacuerdo	12%
En desacuerdo	19%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16%
De acuerdo	38%
Totalmente de acuerdo	<u>5%</u>
TOTAL	100%

44. Trato de agradar a los demás

Totalmente en desacuerdo	1%
En desacuerdo	9%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5%
De acuerdo	75%
Totalmente de acuerdo	<u>10%</u>
TOTAL	100%

45. La mayoría de las personas que conozco me caen mal

Totalmente en desacuerdo	0%
En desacuerdo	7%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9%
De acuerdo	67%
Totalmente de acuerdo	<u>17%</u>
TOTAL	100%

46. Mis familiares me molestan

Totalmente en desacuerdo	4%
En desacuerdo	10%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4%
De acuerdo	70%
Totalmente de acuerdo	<u>12%</u>
TOTAL	100%

47. Me siento contento cuando estoy con mi familia

Totalmente en desacuerdo	1%
En desacuerdo	2%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5%
De acuerdo	56%
Totalmente de acuerdo	<u>36%</u>
TOTAL	100%

48. Estoy satisfecho con mi manera de tratar a la gente

Totalmente en desacuerdo	1%
En desacuerdo	2%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1%
De acuerdo	72%
Totalmente de acuerdo	<u>24%</u>
TOTAL	100%

ESCALA DE ACTITUDES

COMO UNA FORMA DE CONOCER LA SITUACIÓN REAL DE LOS ANCIANOS DE LA DELEGACIÓN ISTAPALAPA; LOS ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA SE HAN PROPUESTO LLEVAR A CABO UNA INVESTIGACIÓN, NUESTRA QUE TIENE COMO MARCO DE REFERENCIA LA PRESENTE ESCALA DE ACTITUDES.

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentarán una serie de afirmaciones, usted podrá expresar su punto de vista con cualquiera de las siguientes posibles respuestas:

TD	TOTALMENTE EN DESACUERDO
D	EN DESACUERDO
N	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
A	DE ACUERDO
TA	TOTALMENTE DE ACUERDO

Indique por favor, marcando con una cruz en el paréntesis, la alternativa que más se acerque a su opinión.

Ejemplo:

La Ciudad de México es la más contaminada

TD D N A TA

Trate de responder lo más rápido posible. Muchas gracias.

1. Me considero una persona paciente

TD D N A TA | _ |

2. Estoy satisfecho conmigo mismo

TD D N A TA | _ |

3. Nadie me comprende

TD D N A TA | _ |

4. Soy gordo

TD D N A TA | _ |

5. Me canso con facilidad

TD D N A TA | _ |

6. *Me enfermo muy seguido*

TD D N A TA |_ |

7. *Soy una persona alegre*

TD D N A TA |_ |

8. *Escucho bien*

TD D N A TA |_ |

9. *Me molesta que la gente se burle de mí*

TD D N A TA |_ |

10. *Como tres veces al día*

TD D N A TA |_ |

11. *Mis amigos me extrañan cuando no estoy*

TD D N A TA |_ |

12. *En mi juventud tenía más amigos que ahora*

TD D N A TA |_ |

13. *Me considero una carga para mi familia*

TD D N A TA |_ |

14. *Hago ejercicio*

TD D N A TA |_ |

15. *Tengo muchos amigos*

TD D N A TA |_ |

16. *Quisiera irme de mi casa*

TD D N A TA |_ |

17. *Digo mentiras con frecuencia*

TD D N A TA |_ |

18. *Duermo mal*

TD D N A TA |_ |

19. Aunque estoy con otras personas me siento solo
() TD () D () N () A () TA |_ |
20. Me desagradan las reuniones familiares
() TD () D () N () A () TA |_ |
21. Contribuyo en la economía del hogar
() TD () D () N () A () TA |_ |
22. A menudo me reúno con mis amigos
() TD () D () N () A () TA |_ |
23. Le hago falta a mis hijos
() TD () D () N () A () TA |_ |
24. Mi familia es desunida
() TD () D () N () A () TA |_ |
25. Me considero una persona arreglada
() TD () D () N () A () TA |_ |
26. Le caigo mal a los demás
() TD () D () N () A () TA |_ |
27. Me considero una persona tímida
() TD () D () N () A () TA |_ |
28. Me enojo fácilmente
() TD () D () N () A () TA |_ |
29. Soy inteligente
() TD () D () N () A () TA |_ |
30. Soy una persona delgada
() TD () D () N () A () TA |_ |
31. Lo que más como es carne
() TD () D () N () A () TA |_ |

32. *Estoy convencido que la vida es muy difícil*
() TD () D () N () A () TA | _ |
33. *Mis amigos no confían en mí*
() TD () D () N () A () TA | _ |
34. *Siento que no sirvo para nada*
() TD () D () N () A () TA | _ |
35. *Me considero útil en mi hogar*
() TD () D () N () A () TA | _ |
36. *Soy una persona honrada*
() TD () D () N () A () TA | _ |
37. *Tengo buen apetito*
() TD () D () N () A () TA | _ |
38. *Veo bien*
() TD () D () N () A () TA | _ |
39. *Mi familia toma en cuenta mis decisiones*
() TD () D () N () A () TA | _ |
40. *Me gusta conocer a otras personas*
() TD () D () N () A () TA | _ |
41. *Me altero de los nervios fácilmente*
() TD () D () N () A () TA | _ |
42. *Mi familia se preocupa por mí*
() TD () D () N () A () TA | _ |
43. *Disfruto más de la compañía de mis amigos que la
de mi familia*
() TD () D () N () A () TA | _ |

44. *Trato de agradar a los demás*

TD D N A TA |_ |

45. *La mayoría de las personas que conozco me caen mal*

TD D N A TA |_ |

46. *Mis familiares me molestan*

TD D N A TA |_ |

47. *Me siento contento cuando estoy con mi familia*

TD D N A TA |_ |

48. *Estoy satisfecho con mi manera de tratar a la gente*

TD D N A TA |_ |

No. _____

V1|_ _ _|

I. DATOS GENERALES

1. SEXO

1.FEMENINO 2.MASCULINO

V4|_ _|

2. EDAD

1) 60-70 AÑOS 2) 71-80 AÑOS
3) 81-90 AÑOS 4) 91 AÑOS O MÁS

V5|_ _|

3. LUGAR DE NACIMIENTO _____

V6|_ _|

4. ESTADO CIVIL:

1.SOLTERO 2.CASADO 3.UNION LIBRE 4.VIUDO 5.DIVORCIADO
6.SEPARADO 9.OTRO (ESPECIFIQUE) _____

V8|_ _|

II. DATOS HABITACIONALES

5. USTED VIVE EN:

1.DEPARTAMENTO 2.CASA SOLA 3.CUARTO 4.VECINDAD
9.OTRO (ESPECIFIQUE) _____

V9|_ _|

6. LA VIVIENDA QUE HABITA ES:

1.RENTADA 2.PRESTADA 3.PROPIA 4.LA ESTA PAGANDO
9.OTRO (ESPECIFIQUE) _____

V10|_ _|

7. ¿CUÁNTOS CUARTOS TIENE SU VIVIENDA? (SIN CONTAR BAÑO Y COCINA)

1.UNO 2.DOS 3.TRES 4.CUATRO
5.MÁS DE CUATRO

V11|_ _|

8. ¿CON QUIÉN (ES) VIVE?

V12|_ _|

9. ¿CUÁNTAS PERSONAS APARTE DE USTED HABITAN EN SU VIVIENDA?

V13|_!

III. ASPECTOS FÍSICOS

10. ¿QUÉ ENFERMEDADES PADECE ACTUALMENTE?

V14|_ _ _ _ _!

11. ¿REALIZA USTED ALGÚN EJERCICIO FÍSICO?

1.SI () 2.NO ()

V19|_!

12. ¿QUÉ TIPO DE EJERCICIO FÍSICO REALIZA?

MENCIONE LOS DOS MÁS IMPORTANTES

V20|_ _ _!

13. ¿CON QUÉ FRECUENCIA?

1.DIARIO 2.UNA VEZ A LA SEMANA

3.LOS FINES DE SEMANA 9.OTRO (ESPECIFIQUE) _____

V22|_!

IV. ALIMENTACIÓN

14. ¿QUÉ COMIÓ USTED EL DÍA DE AYER?

DESAYUNO: _____

COMIDA: _____

CENA: _____

V23|_ _ _ _ _!

V. NIVEL SOCIOCULTURAL

15. ¿SABE USTED LEER?

1.SI 2.NO

V28|_ _|

16. ¿SABE USTED ESCRIBIR?

1.SI 2.NO

V29|_ _|

17. ¿QUÉ ESTUDIOS TIENE?

- 1.PRIMARIA INCOMPLETA 2.PRIMARIA COMPLETA
3.SECUNDARIA INCOMPLETA 4.SECUNDARIA COMPLETA
5.CARRERA COMERCIAL O TÉCNICA INCOMPLETA
6.CARRERA COMERCIAL O TÉCNICA COMPLETA
7.PROFESIONAL COMPLETO
8.NINGUNO 9.OTRO (ESPECIFIQUE) _____

V30|_ _|

18. ¿QUÉ HACE HABITUALMENTE EN UN DÍA?

V32|_ _ _|

19. ¿QUÉ HACE HABITUALMENTE LOS FINES DE SEMANA?

V35|_ _ _|

20. ¿ASISTE A REUNIONES EN SU COLONIA?

1.() SI 2.() NO SI CONTESTA NO PASE

A LA PARTE VI.

V38|_ _|

21. ¿A QUÉ TIPO DE REUNIONES ASISTE?

- 1.FIESTAS 2.REUNIONES DE COLONOS 3.ASAMBLEAS
4.REUNIONES RELIGIOSAS 5.FIESTAS RELIGIOSAS
9.OTRO (ESPECIFIQUE) _____

V39|_ _|

22. ¿CADA CUANDO ACOSTUMBRA ASISTIR?

1. DIARIO 2. UNA VEZ A LA SEMANA

3. LOS FINES DE SEMANA 4. UNA VEZ AL MES

9. OTRO (ESPECIFIQUE) _____ V40!_!

VI. NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

23. ¿TRABAJA ACTUALMENTE?

1. SI () 2. NO ()

V41!_!

24. ¿EN QUÉ TRABAJA?

V42!_!

25. ¿ACTUALMENTE PERCIBE UN INGRESO ECONÓMICO MENSUAL?

1. SI () 2. NO ()

V43!_!

26. EN PROMEDIO ¿CUÁL ES EL INGRESO QUE PERCIBE?

1. MENOS DE N\$300 2. DE N\$300 A N\$600

3. DE N\$700 A N\$1,000 4. DE N\$1,100 A N\$2,000

5. DE N\$2,100 A N\$5,000 6. MÁS DE N\$5,000

V44!_!

27. ¿RECIBE ALGÚN INGRESO ECONÓMICO MENSUAL DE SUS FAMILIARES?

1. () SI 2. () NO

V45!_!

28. ¿QUÉ CANTIDAD?

1. MENOS DE N\$300 2. DE N\$300 A N\$600

3. DE N\$700 A N\$1,000 4. DE N\$1,100 A N\$2,000

5. DE N\$2,100 A N\$5,000 6. MÁS DE N\$5,000

V46!_!