



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
IZTAPALAPA**

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

**TESINA QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA SOCIAL**

P R E S E N T A

SANDRA PATRICIA JUÁREZ OLVERA

ASESORA: DRA. M. DEL CARMEN MIER Y TERAN ROCHA

Firma.

AGRADECIMIENTOS.

A MI PADRE: FELIPE JUÁREZ ÁVILA.

Por todas las enseñanzas y consejos que son sin duda la mejor herencia que pudo dejarme. Su ejemplo y su recuerdo me han acompañado y guiado en todo momento y me han ayudado a salir adelante en los momentos difíciles de mi vida, así como también me han ayudado a no desistir en la lucha y búsqueda de mis metas.

A MI MADRE: LUISA OLVERA GALÁN.

Por todas sus enseñanzas, por su nobleza, por todo su apoyo, porque ni en los momentos más difíciles ha dejado de creer en mí. Gracias por estar presente en cada momento de mi vida.

A MIS HERMANOS: FELIPE, HORTENSIA, ANGÉLICA, SILVIA, MÓNICA Y HAYDEE.

Por la paciencia y todo el apoyo que siempre me han dado, gracias porque nunca han dejado de creer en mí.

A LA DRA. CARMEN MIER Y TERAN ROCHA.

Por todos los conocimientos, paciencia, confianza y amistad que me ha brindado. Y a quien recordaré con afecto el resto de mi existencia.

A todos ustedes gracias infinitas porque sin su apoyo y confianza no hubiera podido lograr esta meta que tiene un gran significado para mí.

Infinitas GRACIAS a todos, y que Dios los llene de bendiciones.

SANDRA PATRICIA JUÁREZ OLVERA.

CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	4
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO	7
1. ASPECTOS GENERALES SOBRE LA VEJEZ	7
1.1. DEFINICIÓN DE VEJEZ	8
1.2. MITOS Y REALIDADES SOBRE LA VEJEZ	10
1.3. CONCEPCIONES SOCIALES ACERCA DE LA VEJEZ	12
1.4. LA SOCIEDAD Y LA VEJEZ	12
1.4.1. LA FAMILIA	13
1.4.2. LA VIUDEZ	17
1.4.3. LA JUBILACIÓN	17
1.4.4. TIEMPO LIBRE	19
1.4.5. LOS AMIGOS	20
1.4.6. SEXUALIDAD EN LA VEJEZ	21
1.5. ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA VEJEZ, ENFERMEDADES MÁS COMUNES Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA	21
1.5.1. CAMBIOS ORGÁNICOS	22
1.5.2. ENFERMEDADES MÁS COMUNES	25
1.5.3. MEMORIA CAPACIDAD DE APRENDIZAJE Y ATENCIÓN	29

2.	TEORÍAS Y CONCEPTOS PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO	31
	TEORÍA DEL ROL	31
	AUTOCONCEPTO	32
	TEORÍA DE LA DESVINCULACIÓN	34
	TEORÍA PSICOSOCIAL DE ERIKSON	35
	APOYO SOCIAL	35
	CAPITULO II. METODOLOGÍA.	38
	OBJETIVOS	39
	INDICADORES	39
	POBLACIÓN	40
	INSTRUMENTO	40
	CAPITULO III. DESARROLLO DE LAS SESIONES	41
	PRESENTACIÓN DE CADA CLUB	42
	* CLUB UNO	42
	* CLUB DOS	45
	* CLUB TRES	48
	* CLUB CUATRO	51
	DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	55

AUTOCONCEPTO	55
FÍSICAS Y FUNCIONALES	58
SOCIALES	61

CAPITULO IV. INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.	67
---	----

INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	68
--	----

CONCLUSIÓN	76
-------------------------	----

PROPUESTAS	78
-------------------------	----

REFERENCIAS	76
--------------------------	----

ANEXO

CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ.

INTRODUCCIÓN.

Los avances tecnológicos y científicos que han contribuido a la disminución de la mortalidad son algunos de los aspectos que han influido en el incremento de la esperanza de vida que se ha ido observando en los últimos años en el ámbito nacional e internacional.

La población mexicana vive un proceso de envejecimiento, “la población de 65 años y más representa el 6% de los habitantes del país y crece a tasas anuales del 3.94%. Entre 1997 y 2010 se estima que la población de la tercera edad duplicará su tamaño, ascendiendo en volumen a casi 7 millones y en el año 2030 serán 15,5 millones de personas, creciendo a tasas superiores que los otros grupos de la población” (García Gastelum, M. Claribel, 2001, p. 28). México ha pasado de ser un país con agudas definiciones demográficas de juventud, a un país que hoy refleja signos de envejecimiento. Y precisamente por este cambio demográfico es que es importante poner mayor atención a los problemas de las personas de edad avanzada.

La presente investigación se centro en conocer los distintos elementos que intervienen en la calidad de vida de las personas de edad avanzada, se procuró poner mayor énfasis en aquellos aspectos que de alguna forma reafirmaran el valor que las personas de edad avanzada tienen como seres humanos; ya que de esta forma las personas van a procurar mantener y buscar aquellas situaciones, habilidades y capacidades que les permitan tener una buena calidad de vida durante el proceso de envejecimiento. Teniendo como base la aceptación de los cambios, deterioros y pérdidas que gradualmente van sufriendo tanto a nivel físico, como social y psicológico, se promovió la búsqueda de estrategias o alternativas que les permitan adaptarse a su nuevo estilo de vida, con el fin de vivir de forma más satisfactoriamente este período de la vida.

La investigación se planteó con una metodología participativa, a través de talleres dirigidos a las personas de edad avanzada que nos permitieran conocer las características y problemáticas de ésta población.

Dicha intervención se aplicó una vez a la semana, en cuatro clubs de la 3ª edad ubicados en distintas delegaciones del Distrito Federal, a través de talleres, en los que se utilizaron distintas técnicas que a la vez que nos permitieron conocer la situación actual de los individuos también nos permitieron fomentar en ellos la búsqueda de su propia calidad de vida. Al diseñar los temas y técnicas que formaron parte de los talleres se tomaron en cuenta las características de cada grupo, con el fin de responder de mejor manera a las necesidades específicas de cada uno.

JUSTIFICACIÓN.

En los últimos años la esperanza de vida ha aumentado, pero esto no significa que la calidad de vida de los adultos de edad avanzada mejore o sea igual que la que tenían en su juventud. Lo que deja ver que en la actualidad no existe una adecuada preparación para ofrecer la atención y cobertura necesarias para esta población.

En la sociedad actual existen una serie de mitos en torno a lo que es o debería de ser la vejez; como por ejemplo que son aburridos, inútiles y que tienen poca capacidad de cambio (Rosenfelt, 1995). Todos estos mitos impiden o limitan el desarrollo de una vejez satisfactoria; ya que tienen un gran impacto en la percepción que los ancianos tienen de sí mismos (autoconcepto), y por consiguiente están directamente relacionados con la forma en la que viven esta etapa de su vida.

“Las reacciones de los otros hacia uno/a mismo/a le muestran la imagen (o las imágenes) que presenta, constriñéndole a adoptar las actividades y comportamientos que sabe se esperan de él o de ella” (Bazo, M. Teresa. 1990); por ejemplo, aunque muchas personas de edad avanzada sean capaces de cuidar de sí mismas y de su propia salud renuncian a esta posibilidad, debido a las concepciones erróneas y negativas sobre lo que significa ser viejo, es decir, ellos mismos se sienten inútiles e incapaces de realizar “bien” cualquier actividad.

“En una sociedad en la que la vitalidad y la juventud se idealizan, la vejez sólo puede presentarse como existencia marginal, como proceso de decadencia, de disminución, de pérdidas de capacidad y de contactos sociales “. (A. Alfons, 1995, p. 35).

Es necesario, entonces promover una cultura de la ancianidad con la que se fomente la inclusión de las personas de edad avanzada dentro de la sociedad y, con la que además, se contribuya de alguna forma a modificar el significado de lo que representa llegar a esta etapa de la vida, con el fin de que las personas que se encuentran viviéndola acepten con dignidad y sin amargura las limitaciones tanto físicas, como mentales y afectivas a las que constantemente se tienen que enfrentar; así como el hecho de que tengan que depender de distintas formas de otras personas y “conscientizarlos de que la vejez no es más que otra etapa en nuestra vida ante la cual debemos ir cambiando nuestros roles, los que ya son inadecuados u obsoletos, por otros más de acuerdo a nuestra nueva condición” (Groues Mazo, L. 1997, p.6).

Según Martha Doval, Louise Harne y Shirle Ann Stokes (1984), las metas más importantes que deben alcanzarse en lo que respecta al bienestar de las personas mayores son las siguientes:

- a) Mantener la independencia.
- b) Recuperar el vigor.
- c) Sobreponerse a las pérdidas.
- d) Poner en marcha un nuevo modo de vida.

e) Desarrollar una perspectiva filosófica para vivir.

Peck (1968), citado por Doval, Harne y Stokes (1984), define “las metas que debe alcanzar una persona mayor de la siguiente manera: integridad del ego, contra preocupación de su papel como fuerza de trabajo; valor trascendente del cuerpo, contra preocupación por el puro organismo, y superioridad del ego, contra preocupación egoísta. Un factor común que debe perseguirse durante la vejez es la necesidad que tiene el individuo para ajustarse a los deterioros que gradualmente sufren en todos los niveles funcionales” (Doval, Harne y Stokes, 1984, p. 11).

Por tanto, es importante prestar mayor atención a los problemas y necesidades de las personas de edad avanzada, entenderlos y aceptarlos para que de esta forma se les pueda prestar un mejor apoyo. En éste sentido, resulta de gran importancia poner especial énfasis en cuanto a lo que a la comunicación de la sociedad con las personas de edad avanzada se refiere; ya que, “para conocer y entender su mundo se requiere escucharlos con cuidado y que este escuchar lleve un mensaje implícito de que la persona vale la pena ser escuchada” (Groues Mazo, L. 1997, p. 7). Esto resulta de gran importancia, ya que, en investigaciones pasadas se ha observado que las personas de edad avanzada que tienen una mejor calidad de vida son aquellas, que entre otros factores, continúan con relaciones cercanas en las que pueden dialogar, platicar, sentirse acompañadas, valoradas, queridas y necesitadas.

Las investigaciones en torno a los temas de los adultos de edad avanzada pueden ser de utilidad para las instituciones y profesionales encargados de atender a éste sector de la población; ya que, podrían tener mayor y/o mejor conocimiento de las necesidades de éste sector de la población provocadas por todos los cambios físicos, económicos, emocionales y sociales sufridos en esta etapa de su vida, y de esta forma ayudar a diseñar programas, talleres, técnicas y terapias que respondan de mejor forma a las necesidades de este sector de la sociedad. En este sentido, resultan de gran importancia las investigaciones al respecto debido a que de éste modo los propios adultos de edad avanzada y sus familiares pueden beneficiarse, debido a que podrían entender, aceptar y adaptarse mejor a los cambios, deterioros y pérdidas que gradualmente se sufren en esta etapa de la vida.

Por todo lo anterior en la presente investigación se fomentó la comprensión y la aceptación de los cambios y pérdidas que tienen lugar en esta etapa de la vida, a través del conocimiento de las bases que intervienen en el comportamiento, actitud, sentimientos, pensamientos y creencias de los individuos (biológicas, psicológicas y sociales), para ayudar con ello a que las personas de edad avanzada se adapten de mejor forma a sus nuevas condiciones de vida.

CAPITULO I.

MARCO TEÓRICO.

1. ASPECTOS GENERALES SOBRE LA VEJEZ.
 - 1.1. DEFINICIÓN DE VEJEZ.
 - 1.2. MITOS Y REALIDADES SOBRE LA VEJEZ.
 - 1.3. CONCEPCIONES SOCIALES ACERCA DE LA VEJEZ.
 - 1.4. LA SOCIEDAD Y LA VEJEZ.
 - 1.4.1. LA FAMILIA.
 - 1.4.2. LA VIUDEZ.
 - 1.4.3. LA JUBILACIÓN.
 - 1.4.4. TIEMPO LIBRE.
 - 1.4.5. LOS AMIGOS.
 - 1.5. ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA VEJEZ, ENFERMEDADES MÁS COMUNES Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA.

2. TEORÍAS Y CONCEPTOS PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO.
 - 2.1. TEORÍA DEL ROL.
 - 2.2. AUTOCONCEPTO.
 - 2.3. TEORÍA DE LA DESVINCULACIÓN.
 - 2.4. TEORÍA PSICOSOCIAL DE ERIKSON.
 - 2.5. APOYO SOCIAL.

1. ASPECTOS GENERALES SOBRE LA VEJEZ.

Con el paso del tiempo el organismo de los seres vivos va sufriendo una serie de transformaciones como el endurecimiento de los vasos sanguíneos, reducción de la flexibilidad de los tejidos, pérdida de algunas células nerviosas, disminución general del tono muscular, etcétera; sin embargo, el envejecimiento del ser humano no está determinado únicamente por los cambios orgánicos sino que también está influido por las circunstancias sociales y psicológicas de cada individuo.

La sociedad determina el significado que tiene para el individuo la vejez y, es esta la que determina los roles sociales que las personas de edad avanzada deben asumir. “A medida que asumimos un rol podemos inicialmente sentirnos conscientes de ese papel. No obstante, de manera gradual lo que comienza como la representación de un papel en el teatro de la vida se va incorporando a nuestra percepción del yo (autoconcepto). La actuación se convierte en realidad.” (Myers, 2000, p. 38). Las expectativas que existen actualmente en torno al envejecimiento no son del todo favorables, ya que se encuentran basadas en una serie de mitos que afectan la forma en la que la gente de edad avanzada vive esta etapa de su vida, pues influyen en lo que esta espera de sí misma.

Los conceptos sociales acerca de la vejez influyen en la manera en que las personas de edad avanzada viven la experiencia de esta etapa de su vida; por lo tanto es importante que la persona en esta etapa de la vida se sienta querida, valorada, útil y necesitada por aquellas personas que se encuentran a su alrededor. El apoyo social que la familia y los amigos brindan a las personas de edad avanzada son sumamente importantes, pues para las personas es fundamental sentirse parte integrante de un grupo.

El apoyo social en la vida de las personas de edad avanzada; juega un papel muy importante en la disminución del estrés provocado por los cambios, deterioros y pérdidas a los que gradualmente se tienen que enfrentar en esta etapa de su vida.

El que una persona se sienta miembro de un grupo lo ayuda a evitar caer en el tedio y en los sentimientos de inutilidad e indiferencia; pues esto sólo los conduce al aislamiento, a la soledad y a sentir que no vale la pena seguir viviendo. Algunos autores dicen, que para combatir dichos sentimientos la mejor alternativa es interesarse en algo o por alguien, incluso la mayoría de los estudios longitudinales demuestran que son las personas con mayor actividad y contactos sociales las que viven más satisfactoriamente en comparación con aquellas que han reducido sus contactos sociales. Algunos autores, incluso han propuesto la teoría de la actividad en contraposición a la de la desvinculación; ya que dicen que “la satisfacción de la vida gira en torno a la integración social y a un alto grado de implicación” (Stassen y Thompson, 2000, p. 206).

También, es importante que las personas se sientan integradas; es decir, “que acepten la vida que han vivido sin mayores reproches, en vez de dejarse llevar por la

desesperación de vivir de nuevo el pasado de manera diferente.” (Erikson, 1985; citado por Papalia, Wendkos y Feldman, 2001).

A continuación se desarrollaran cada uno de estos factores; ya que intervienen directamente en la calidad de vida de las personas de edad avanzada y por lo tanto es importante prestar atención a cada uno de ellos.

1.1. DEFINICIÓN DE VEJEZ.

Kastembaum (1980), dice que el envejecimiento es un conjunto de procesos naturales, de cambios y transformaciones graduales que nos acompañan a lo largo de nuestra vida, y que comienza mucho antes que la vejez; por lo tanto, envejecemos a través de los años.

Luna Torre, T. De Rubio y R. De Reyes (1980), catalogan al envejecimiento como un proceso universal irreversible, heterogéneo que implica cambios a nivel celular, tisular, funcional y orgánico.

Kolb (1981), define al envejecimiento como un proceso involutivo normal que aparece conforme avanza la edad, caracterizado por una pérdida progresiva de los recursos físicos y mentales. El envejecimiento, por tanto, es una etapa más en la vida de todo ser humano, que bien puede ser vivida de forma gratificante y con la sensación de que vale la pena vivirla y no como algo que deba lamentarse.

La vejez, en tanto, es un concepto abstracto, debido a que esta etapa de la vida del ser humano no es definible por simple cronología, puesto que no se sabe con exactitud cuando comienza, ya que es un proceso individual, que tiene que ver con la situación física, mental, funcional y de salud en la que se encuentra la persona.

Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) con fines prácticos estableció la edad de 60 años como punto de partida de la vejez, misma que también coincide con el período de la jubilación. Tal vez esta definición de la vejez en términos de edad sea la menos acertada, debido a que en este proceso están involucrados diferentes aspectos de la vida de cada persona.

Kastembaum (1980), dice, que el envejecimiento es un estado mental. Se le define según normas exteriores como en el caso de la edad cronológica o bien según nuestro propio criterio. Es posible considerar a la vejez como algo terrible o deseable.

González León, citado por Luna T., T. De Rubio y R. De Reyes (1980), afirma que hay una edad cronológica, una edad corporal y una edad social. La edad corporal esta marcada por los cambios del organismo que tienen lugar en el envejecimiento; la edad cronológica esta dada por el número de años, la edad social esta establecida por la

sociedad en tanto, que, es a través de esta que se marcan ciertos roles y comportamientos específicos para cada edad, es a partir de la sociedad como el individuo aprende a comportarse de acuerdo a lo que sabe se espera de él. La sociedad, es por tanto, la que les asigna ciertos papeles, comportamientos, lugares, privilegios, etcétera, a las personas de edad avanzada.

Laforest (1991), dice que en la literatura gerontológica hay numerosas definiciones de la vejez, y que estas pueden ser reagrupadas en tres categorías:

- a) Vejez Biológica, que tiene que ver con los cambios orgánicos que a través de los años experimenta el ser humano, como son los cambios en la apariencia física, la declinación gradual de la velocidad y capacidades de las funciones del organismo, así como de la fuerza corporal; por su parte la capacidad inmunológica del organismo también se reduce.
- b) Vejez Legal o Cronológica; en la sociedad actual una persona es considerada legalmente mayor cuando ha llegado a la edad de 65 años, y por lo mismo se ve obligada a jubilarse (Rodríguez Carrajo, M., 1999). Para Laforest, “la vejez es la edad de la jubilación como consecuencia del declive biológico acarreado por el proceso de envejecimiento” (Laforest, Jacques, 1991, p. 67).
- c) Vejez Social, se refiere a los roles y relaciones que van cambiando en el ámbito social de los individuos. “La definición social de la vejez, considera al individuo como miembro de un grupo y de una sociedad determinada; atiende, además, a las variaciones de las interrelaciones entre los distintos miembros del grupo y de la sociedad. De ahí que la edad social de una persona suele medirse por la capacidad funcional de contribuir al trabajo, a la protección del grupo o grupos a los que pertenece y de la sociedad que les acoge” (Rodríguez Carrajo, M., 1999, p. 81).

Otros autores también mencionan la edad psicológica y la edad funcional:

La Vejez Psicológica; tiene que ver con los cambios cognitivos y afectivos que se van dando con el paso del tiempo. Los cambios afectivos se refieren a la disminución de la capacidad de adaptación a los cambios ambientales; en tanto que, los cambios cognitivos tienen que ver con la disminución de la capacidad para asimilar la nueva información.

Vejez Funcional; según algunos autores las personas son viejas cuando sus funciones vitales son limitadas o esta incapacitado (Rodríguez C., M., 1999). Ricardo Moragas (1991), difiere con respecto a lo anterior, pues, dice, que “la vejez no representa necesariamente incapacidad, ciertamente que la vejez en los humanos, como ocurre en cualquier otro organismo vivo, origina reducciones de la capacidad funcional debidas al transcurso del tiempo, pero estas limitaciones no le impiden desarrollar una vida plena

como persona que vive no sólo en lo físico, sino sobre todo en lo psíquico y en lo social... Las barreras de la funcionalidad de los mayores son, con frecuencia, fruto de las deformaciones y mitos sobre la vejez más que reflejo de deficiencias reales” (Moragas Moragas, R., 1991, citado por Rodríguez Carrajo, M., 1999, p.82).

Lo cierto es que la vejez es una experiencia única y personal (Sánchez, 1990).

1.2. MITOS Y REALIDADES SOBRE LA VEJEZ.

Alrededor de la vejez existen una serie de mitos y creencias socioculturales que muchas veces limitan e incluso impiden el desarrollo de una vejez satisfactoria.

“Los estereotipos sobre la vejez afectan la forma en que la gente anciana vive, pues influye en lo que esta espera de sí misma y en lo que los otros piensan de ella. La manera en que se caracteriza a las personas de edad avanzada contribuye en gran medida a crear la situación y condiciones sociales en las cuales éstos viven” (Sánchez Salgado, Carmen, 2000, p. 61).

Algunos de los mitos que existen en torno a la vejez son los siguientes:

- Todos los viejos son iguales; lo cual es un mito, ya que, si bien es cierto que existen cambios físicos, psicológicos y sociales, también es cierto que los individuos difieren en cuanto a las habilidades, experiencias y necesidades, y esto se debe a que cada uno construye su propia historia.
- Ser viejo es sinónimo de incapacidad y dependencia, pues con la vejez se pierden las habilidades físicas y mentales, además de que también se pierden posiciones sociales, la vejez, por tanto, es un período de deterioro general. Esto es sólo un prejuicio; ya que, el envejecimiento es parte del ciclo vital de los seres vivos y es necesario entender que el proceso del envejecimiento comienza desde el momento en el que nacemos, es decir, que nuestro organismo sufre de constantes transformaciones a través del tiempo.
- Las personas mayores prefieren aislarse de la sociedad y encerrarse en su propio mundo de recuerdos. Este mito esta basado en la teoría de la desvinculación, que dice que las personas de edad avanzada tienen la necesidad de desprenderse de sus afectos. Sin embargo, esto no puede generalizarse en toda la población, pues si bien algunas personas mayores han decidido aislarse de la sociedad por decisión propia, otros son forzados a aislarse de la sociedad por distintas situaciones a las cuales se enfrentan (Sánchez Salgado, C., 2000). Por lo tanto, podemos decir que la decisión de adaptarse a los cambios y pérdidas de ésta etapa de la vida o de aislarse

depende más bien de la historia de vida de la propia persona y de la situación que vive en la actualidad.

- Las personas de edad avanzada son inútiles e improductivas; en una sociedad en la que el valor de una persona esta dado por aquello que produce y la ganancia material que obtiene por ello, minimiza el valor de una persona cuando llega a la edad de la jubilación. Sin embargo, no sólo el trabajo remunerado es valioso, la persona puede seguir siendo productiva y útil en el hogar, cuidando de sus nietos o bien realizando alguna actividad de beneficencia social.
- Las personas de edad avanzada no tienen la capacidad para aprender cosas nuevas además de que son poco creativas. Aunque es cierto que hay una disminución en la capacidad de atención que dificulta la habilidad para recordar algo reciente o para tomar decisiones, esto no impide que el aprendizaje se pueda dar, pues lo que disminuye es el tiempo de rapidez, pero no las habilidades cognitivas. Por tanto, lo que hay que hacer es diseñar un programa de aprendizaje diferente con un ritmo y recursos que se adapten a las necesidades de las personas de edad avanzada. Con respecto a la creatividad podemos decir que esta no disminuye con la edad, y para comprobarlo basta con ver al pasado y ver que existieron escritores, políticos, científicos y artistas que realizaron sus mejores trabajos ya entrados en años.
- Las personas de edad avanzada son asexuales, tienen pocas emociones y son incapaces de iniciar una relación romántica; si bien es cierto que con la edad hay cambios a nivel genital, esto no implica que las personas dejen de sentir deseos sexuales (la capacidad sexual es la misma). Es importante destacar que al hablar de sexualidad no nos referimos únicamente al acto sexogenital, sino a toda la parte afectiva y emocional (miradas, caricias, regalos, palabras tiernas, apoyo mutuo, etc.
(www.latinsalud.com/inicio.htm?http://www.latinsalud.com/temas)
- Las personas mayores deben tener poca o nula actividad, esto es falso; ya que, el sentirse útil es muy importante para las personas de edad avanzada, pues esto les motiva a vivir con mayor entusiasmo.
- Las personas de edad avanzada son aburridas, hostiles, irritables y necias.

Todos estos conceptos negativos acerca de la vejez influyen en la manera en que las personas de edad avanzada viven la experiencia de esta etapa de su vida. Esta forma negativa de ver a la vejez hace que los adultos de edad avanzada se sientan inútiles y excluidos de la sociedad, esto muchas veces se ve reflejado en el deterioro de la salud de los mayores.

1.3. CONCEPCIONES SOCIALES ACERCA DE LA VEJEZ.

El significado del envejecimiento que se tuvo o que se tiene en la actualidad está determinado en gran parte por las características culturales de la sociedad en la que se vive; por ejemplo, en las culturas antiguas y aún en algunos países a los ancianos se les ve como personas sabias, que son dignas de veneración; pero hay otras culturas en las que se piensa en ellos como personas inútiles, que no tienen aspiraciones y que están con un pie en la sepultura.

A. Alfons (1995), dice que, mientras en las antiguas culturas trataban a los ancianos con respeto y reconocimiento, en la moderna sociedad industrial, caracterizada por la tecnología, el rendimiento y su orientación hacia el futuro, en la que, además, se idealizan la juventud y la vitalidad ha desarrollado un estereotipo claramente negativo de los ancianos que se difundió hasta bien entrados los años setenta. La vejez esta asociada con la pérdida de capacidades, con la decadencia. “La sociedad ha asignado a los ancianos un papel que consiste precisamente en no desempeñar ningún papel (la sociedad les da a los ancianos un no papel). La vejez ha sido socialmente desconectada, y, por lo tanto, marginada. Y si bien a los grupos marginales se les brinda ayuda, ya antes se les transmitió de diversas formas un sentimiento de subestimación y marginación” (Harfield, G., citado por A. Alfons, 1995, p. 39).

En las modernas sociedades industrializadas ser viejo es sinónimo de estigmatización, de proximidad de la muerte, de miseria material, de enfermedades indeseables, de soledad cotidiana y de otras realidades poco atractivas, en consecuencia nadie quiere llegar a viejo y, la gente mayor busca formas para ocultar los símbolos de la vejez (se tiñen el cabello para esconder las canas, se maquillan para disimular con ello las arrugas), porque éstos son símbolos de marginación y ningún grupo quiere aceptar la marginalidad si esta no reporta algún beneficio; es por esto que nadie quiere aceptar la vejez con toda su profundidad vital. (Fericgla, 1995).

1.4. LA SOCIEDAD Y LA VEJEZ.

El ser humano no puede pensarse a sí mismo si no es como miembro de una colectividad que constituye su grupo de referencia y su grupo de pertenencia. La misma definición del individuo depende del grupo que le rodea. la sociedad determina el significado que tiene la vejez para el individuo, y si esta experiencia es vivida de forma positiva o negativa (Sánchez Salgado, C., 2000).

Una vida con sentido es una vida que además de tener satisfechas las necesidades directamente biológicas (comida, protección, satisfacción sexual, salud, etc.), también, tiene satisfechas las tres necesidades sociales básicas: 1) de pertenencia a un grupo, 2) de estar integrado en el mismo y, 3) estar identificado con él. (Fericgla, 1992).

A continuación se presentaran algunos factores sociales que intervienen directamente en la calidad de vida de las personas de edad avanzada.

1.4.1. LA FAMILIA.

En las familias rurales e incluso en algunas urbanas las necesidades de las personas son satisfechas en torno al hogar paterno, en el que regularmente habitan dos o tres generaciones, en estas circunstancias los problemas de las personas de edad avanzada así como sus necesidades afectivas y sociales son satisfechas dentro del marco familiar, pues son sus parientes cercanos quienes se encargan de atenderlos de forma inmediata y entendiendo la situación de su familiar mayor.

En tanto que en las familias urbanas la situación de las personas de edad avanzada es diferente; ya que, los cambios sociales e industriales como son la migración del campo a la ciudad y la construcción cada vez mayor de departamentos con espacios reducidos, aunados a “el crecimiento de la población de edad avanzada especialmente de mujeres, su concentración en el área urbana y el fuerte cambio en los valores de respaldo familiar” (T. De Rubio, Luna Torre y R. De Reyes, 1996, p. 45), han originado que las familias se reduzcan y que sólo este constituida por los padres y los hijos (familia nuclear), y que por tanto, las familias extensas (multigeneracionales) estén desapareciendo; con lo que los adultos de edad avanzada no tienen espacio dentro del hogar filial y cuando lo tienen se sienten incómodos por lo reducido del espacio (Carbajal Prieto, Julia, 1980); por lo que muchas veces se recurre a casas asistenciales cuando el adulto mayor ya no puede valerse por sí mismo o bien sufre del abandono de los hijos, aunque esto último no sucede por lo regular; ya que, los hijos realmente sienten afecto hacia sus padres y por lo mismo buscan la forma de ayudarlos.

Es importante resaltar, que “una persona mayor que vive con su familia, está más estimulada, es más alegre y dinámica que aquella que vive sola o que está internada en un asilo o residencia para mayores”. “De hecho las personas mayores que viven solas son las que más alteraciones psíquicas sufren y las que más expuestas están a las enfermedades, a la depresión y a los síntomas neuróticos”. (Rodríguez Carrajo, Manuel, 1999, p. 97).

Para las personas de edad avanzada la familia es muy importante, ya que para ellos es el principal referente y grupo de pertenencia, y por lo mismo es en la familia en la que los ancianos buscan ayuda, compañía, comprensión, relaciones sociales íntimas, cooperación, aceptación, afecto, etc. Las personas de edad avanzada buscan de diferentes formas que sus descendientes les presten la atención que creen merecer y esperan recibir.

Y precisamente es debido a la importancia de la familia en la vida de los ancianos, que es en esta en la que se originan los desajustes más profundos a los que las personas de edad avanzada se tienen que enfrentar, puesto que los restantes

miembros de la familia regularmente no comparten las mismas expectativas de vida ni la misma disponibilidad de tiempo que éste grupo de personas (Fericgla, 1992).

La falta de afecto, comprensión y aceptación por parte de la familia hacia los adultos de edad avanzada que forman parte de su familia puede ocasionar el encierro, aislamiento, inmovilidad, depresión e incluso el suicidio de éstos últimos. Por eso es importante que los adultos de edad avanzada se sientan integrados, valorados, comprendidos amados y aceptados por su familia.

Paternidad.

En un momento determinado de la evolución de los hijos, estos contraen matrimonio y fundan una nueva unidad familiar, o bien se independizan; por lo que la relación entre padres e hijos sufre una transformación.

Los hijos con frecuencia sienten de alguna forma la obligación de ocuparse de sus padres, pero debido a sus ocupaciones nunca disponen de tiempo para hacerlo, lo que ha dado origen a un nuevo modelo de relación, al que se le ha dado el nombre de "intimidad a distancia" (Blenker, 1965; Espark y Brody, 1970; Troll, 1971; Treas, 1977; Streib y Beck, 1981; Butler y Lewis, 1893; Fericgla, 1992), en el que el teléfono juega un papel central. Cuando los hijos no pueden o no quieren visitar con frecuencia a sus padres, recurren con regularidad al teléfono para mantenerse en contacto con ellos. Incluso con frecuencia los hijos hacen aportaciones económicas a sus padres para que éstos sigan viviendo con independencia. Por lo que muchas veces las personas de edad avanzada quedan abandonadas o semiabandonadas en sus hogares habituales, "con frecuencia suelen hacer alusiones a la indiferencia de los hijos y más generalmente al egoísmo de los jóvenes." (Moraleda, 1999, p. 369). "Los padres ancianos parecen dar más importancia a los sentimientos de sus hijos por ellos y a la manera en como lo demuestran que a la cantidad de acciones concretas que sus hijos realizan." (Papalia y Wendkos, 1997, p. 279).

Papalia, Wendkos y Feldman, (2001) dicen, que es probable que los padres de edad avanzada se depriman cuando por enfermedad, carencia económica o cualquier otro motivo se ven en la necesidad de depender de la ayuda de sus hijos. "La dependencia puede ser desmoralizante pues los padres no desean ser una carga para los hijos, ni agotar los recursos de éstos. Los padres también pueden deprimirse si sienten que sus hijos no los cuidaran." (G. R. Lee, Netzer y Coward, 1995; citados por Papalia y Wendkos y Feldman, 2001, p. 705).

Los padres, por su parte, procuran brindarles apoyo a sus hijos, ya sea ayudándoles económicamente o cuidando de sus nietos y dándoles consejos. Además, "los padres son los principales cuidadores de los hijos mentalmente enfermos, con retraso mental o con otro tipo de discapacidad, y muchos padres de drogadictos o alcohólicos apoyan a sus hijos en lo económico y emocional." (Greenberg y Becker, 1998; citado por Papalia y Wendkos, 1997, p. 278). Los padres de edad avanzada

suelen sentirse preocupados por sus hijos y se deprimen cuando tienen grandes problemas, pues consideran tales problemas como signos de su propio fracaso. (Papalia, Wendkos y Feldman, 2001).

Cabe mencionar, también que los conflictos entre padres e hijos son frecuentes debido a que a menudo no se ponen de acuerdo en cuanto a la cantidad de cuidados y tiempo que debe de haber entre ellos, pues con frecuencia los hijos sienten que los padres les dedican demasiado tiempo y atención, en lo que respecta a los padres, también hay diferencias en cuanto a la cantidad de cuidados que creen que sus hijos deben de proporcionarles, por ejemplo; aquellos que valoran su independencia se resisten a que sus hijos les ayuden, en tanto que hay otros que esperan más apoyo del que sus hijos les proporcionan.

Los conflictos también tienen lugar por las diferencias de opinión dadas por la brecha generacional existente entre unos y otros, “incluso esto ocasiona que las distintas generaciones duden entre hacer críticas constructivas o dar consejos aun cuando puedan ser necesarios” (Stassen y Thompson, 2000, p. 220); esta situación lleva a que en muchas ocasiones las relaciones entre las distintas generaciones sean superficiales, puesto que a ambas les preocupa no entrometerse en la vida del otro.

Los Abuelos.

“En la cultura iberoamericana lo más identificable en la relación familia - tercera edad es el rol de la abuelidad” (Orosa, F. Teresa, 1999, p. 244).

Al jubilarse los adultos de edad avanzada adquieren un nuevo rol en la familia, el rol de los abuelos, por lo que aun cuando haya dejado de ser el proveedor principal de economía, al interior de la familia sigue ejerciendo un rol productivo y muy importante; ya que a través de este rol puede compartir con las otras generaciones su experiencia y sabiduría adquirida a través del tiempo.

“Las buenas relaciones de los ancianos con los nietos constituye para ellos una experiencia muy positiva y ello por varios motivos: son una fuente de renovación biológica y continuidad vital, ya que por los hijos y los nietos se prolongan en el futuro; les aporta una autorrealización emocional, ya que les permite desarrollar unos sentimientos que a veces no pudieron desarrollar con los hijos en el pasado; les permite una realización ‘vicaria’, es decir, pueden sentirse orgullosos de los logros de sus nietos, éxitos que tal vez ni ellos ni sus propios hijos alcanzaron.” (Moraleta, 1999, p. 370). Por ello la relación entre abuelo – nieto suele ser un motivo más de felicidad, afecto, cuidado e integración para las personas mayores.

Los abuelos pueden tener una relación más satisfactoria con los nietos en el sentido de que “no está complicada con las responsabilidades, obligaciones y conflictos inherentes a la relación padres – hijos (Rage, Atala E., 1997). “La mayoría de los nietos esperan que sus abuelos los aconsejen, los comprendan y sirvan de modelo; además,

de que funcionen como enlace entre ellos y sus padres” (Hoffmant, Paris y may, 1996, p. 221).

En ocasiones la afinidad entre los nietos que se encuentran entre los 10 y 20 años de edad y los abuelos es mayor, debido a las circunstancias que comparten la juventud y la vejez; como son las siguientes: 1) ambos son grupos de edad adyacente al grupo dominante, pero ninguno tiene tanto poder e influencia para tomar decisiones; 2) constantemente se les recuerda que son no productivos (al menos los jubilados y los jóvenes que aun no trabajan); 3) se considera que disponen de bastante tiempo libre, puesto que la educación y la jubilación son vistas como placeres, y no como trabajo o aburrimiento; 4) a menudo son pobres y, por tanto, vulnerables y débiles.” (A. Kalish, 1996, p. 149).

Por otro lado, es importante mencionar que existen diferencias de genero al ejercer este rol, por ejemplo, “las abuelas tienden a sostener relaciones más cercanas y afectuosas y a servir más como madres sustitutas que los abuelos. Los padres de la mujer tienen mayor posibilidad de estar cerca de los hijos que los padres del padre y a involucrarse más en épocas de crisis (Cherlin y Fustenberg, 1986; Hagestad, 1978, 1982; Kahana y Kahana, 1970). Del mismo modo las abuelas se sienten más satisfechas de su condición que los abuelos (J. L. Thomas 1986).” (Citados por, Papalia y Wendkos, 1997, p. 279).

Otros miembros de la familia.

Las personas de edad avanzada no sólo mantienen relaciones con sus cónyuges, hijos, nietos y biznietos, sino que también, se relacionan con sus hermanos, tíos, sobrinos y cuñados, entre otros.

En las personas de edad avanzada las relaciones con los hermanos adquieren una mayor importancia debido a que esto les permite recordar los viejos tiempos, y por otro lado, el que entre hermanos compartan experiencias puede proporcionarles un sentido extra de seguridad (Bengston, Rosenthal y Burton. 1990, citados por Hoffman, Hall y Paris. 1996). “Las relaciones entre los hermanos están influidas por los valores familiares adquiridos en la niñez, si en la familia se fomento que uno debe proteger a sus hermanos, es probable que este valor vuelva a emerger en la vejez, sobre todo si la salud es delicada o la soledad supone una amenaza” (Cicirelli, 1995; citado por Stassen y Thompson, 2000, p. 218). Los hermanos, por tanto, comparten experiencias, se brindan apoyo mutuo en tiempos de crisis o enfermedad, y también pueden ser un factor importante para una persona que recién experimenta la muerte de su pareja se recupere del duelo.

Cabe mencionar, que las relaciones entre los hermanos no siempre son de contacto directo frecuente, pues esto depende de la distancia geográfica que exista entre ellos y el estado de salud de ambos. Por lo que, en caso de vivir lejos o alguno de los dos

enferme el contacto entonces se mantendrá de forma indirecta (vía telefónica), sin que por ello los contactos dejen de ser significativos e íntimos.

1.4.2. VIUDEZ.

Por diversas razones las expectativas de vida de las mujeres son mayores que las de los hombres, por lo que son éstas las que por lo regular tienden a quedar viudas. Algunos autores mencionan que las mujeres superan de mejor forma la pérdida de su pareja debido a que el contexto sociocultural les permite expresar abiertamente sus emociones y buscar el apoyo de sus familiares y amigos, en tanto que los hombres vivencian la viudez con mucho mayor soledad, debido a que por lo regular no expresan sus sentimientos y se les dificulta el buscar y aceptar ayuda.

Mientras ambos cónyuges viven tratan de mantener la praxis vital sin los hijos, pero al fallecer uno de ellos el abandono del anciano sobreviviente resulta absolutamente evidente. (Fericgla, 1992).

“El viudo o la viuda sufre no sólo la aflicción de la pérdida, sino también de algunas privaciones que acompañan la muerte del cónyuge, como son: la soledad, la falta de alguien con quien compartir el trabajo, la pérdida de la satisfacción sexual. (Parkes, 1972; citado por, R. A. Kalish, 1996, p.139).

Sin embargo, el sentido inicial de pérdida, desorientación y soledad debe llevar a la elaboración del duelo por el fallecimiento del cónyuge, para que no se convierta en patológico y de esta forma adaptarse al funcionamiento futuro. (Rage, Atala E. 1997).

1.4.3. JUBILACION.

La jubilación es el cese del trabajo a una edad determinada generalmente es a los 60 o 65 años de edad, después de lo cual reciben una pensión como compensación por los años que trabajaron. Cabe mencionar, que en la sociedad actual la jubilación sólo afecta a los asalariados y a los funcionarios públicos, en tanto que los trabajadores independientes como los médicos, artistas, profesores, escritores, políticos, etc. siguen ejerciendo sus funciones laborales lucrativas más allá de la edad de jubilación establecida, pues ellos mismos son quienes deciden cuándo y cómo cesaran en su actividad lucrativa (Rodríguez Carrajo, M., 1999). “Las amas de casa son consideradas como sin profesión remunerada y sin actividad lucrativa, no tienen jubilación, al menos por ahora” (Rodríguez Carrajo, M., 1999, p. 116).

En una sociedad en la que el valor de una persona está íntimamente relacionado con aquello que produce, la jubilación está desvirtuada, ya que, al verse disminuida

dicha capacidad el reconocimiento del que goza la persona se pierde. Actualmente, “la jubilación es sinónimo de vejez, pues esta comienza el día en que uno se jubila; es decir, el día en que uno pasa a ser inútil, improductivo, innecesario” (Rodríguez Carrajo, M., 1999, p. 116).

Moragas (1991), distingue varios tipos de jubilación:

- Por la Libertad del sujeto distingue dos tipos de jubilación: 1) la Voluntaria, que se efectúa cuando es el propio sujeto el que decide cuando se quiere jubilar; y 2) la Forzosa o Involuntaria, que es la jubilación que la sociedad impone al sujeto por haber llegado a la edad reglamentaria.
- Por la Edad la jubilación puede ser: a) Normal, que tiene lugar cuando el sujeto ha cumplido los 65 años; b) Anticipada, tiene lugar cuando el sujeto aun no ha cumplido la edad reglamentaria para ser jubilado, pero se retira por otras circunstancias, como pueden ser la incapacidad física, psicológica o bien porque el propio trabajador decidió jubilarse voluntariamente; c) Retrasada, se da cuando el propio sujeto decide por conveniencia retrasar el periodo de su jubilación.

Sin embargo cualquiera que sea el motivo de la jubilación esta siempre implica cambios en la forma de vida no sólo del propio jubilado sino también en su familia.

Con la jubilación no sólo hay una pérdida del rol social y una disminución en los contactos sociales, sino que también se pierde el prestigio por la ocupación de un puesto activo dentro de la sociedad, y por si fuera poco los ingresos económicos se ven disminuidos, por lo que son varios los adultos de edad avanzada a los que la retribución de su jubilación apenas les alcanza para sobrevivir y, en el caso de llegar a enfermarse su economía se ve trastocada aun más; ya que, lo poco que tienen lo invierten en medicamentos y en la mayoría de los casos se ven en la necesidad de pedir el apoyo de sus familiares y amigos. Por lo tanto, no es de extrañarse que sea en esta etapa en la que la tasa de mortalidad aumente.

Los hombres son los que sienten mayor nostalgia del período laboral, por todo lo que implica su inclusión en el mundo de la producción. Por su parte, las mujeres continúan con su tradicional rol de amas de casa, por lo que continúan activas; sin embargo, la pérdida del papel profesional del hombre trae consigo una desestructuración del papel tradicional de la esposa, quien experimenta cierta sensación de invasión de su espacio de trabajo, ya que el hombre ahora participa más en las labores del hogar y en los contactos sociales con los que la mujer esta más relacionada, “la mujer ante las intromisiones del marido en lo que cree que es competencia exclusiva suya, puede reaccionar violentamente ante él con un ‘ocupate de tus cosas’. En estas circunstancias el individuo tiene la sensación de carecer de importancia, de estorbar en todas partes. Así es posible que se vuelva quisquilloso, sintiéndose desatendido e innecesario para los demás; irritable y paranoide.” (Moraleta, 1999, p. 368).

Las cosas suelen ser diferentes para la mujer que nunca ha dejado de estar integrada al medio familiar. Sin embargo, el equivalente de la jubilación para algunas mujeres de edad avanzada es el abandono de los hijos, que ya no tienen necesidad de ella, sintiéndose por ellos desechadas. (Moraleda, 1999).

Por lo tanto, se puede decir que las personas de edad avanzada desean vivir el mayor tiempo posible conservando los roles que le dan sentido a su vida.

1.4.4. TIEMPO LIBRE.

Con la jubilación no sólo hay una desestructuración en la vida social del individuo, pues también hay una desestructuración de su tiempo; por lo que, la opción es realizar una reestructuración de los roles y del tiempo del individuo, para evitar con ello caer en el tedio y en los sentimientos de inutilidad e indiferencia; pues esto sólo los conduce al aislamiento, a la soledad y a sentir que no vale la pena seguir viviendo. Algunos autores dicen, que para combatir dichos sentimientos la mejor alternativa es interesarse en algo o por alguien. “Se puede decir que mientras hay interés por algo, mientras hay actividad, hay vida”(Rodríguez Carrajo, M., 1999, p.124). Es importante que las actividades que realicen las personas de edad avanzada (ya sea juegos, paseos, voluntariados sociales, participación en clubs para los mayores, etc.), despierten en ellos la ilusión que los haga sentirse estimulados y sobre todo miembros de un grupo social (Rodríguez Carrajo, M., 1999).

Es importante, por tanto, que las personas de edad avanzada tomen en cuenta los aspectos positivos del tiempo libre (que trae consigo la jubilación o la partida de los hijos), por ejemplo: tener más tiempo para promover la propia salud y la realización de aquellas actividades que por una u otra razón habían tenido que ser pospuestas y que por fin ahora pueden llevarse a cabo con toda libertad.

Algunas personas de edad avanzada desean pasar largos periodos en la cama o tomar una siesta en el sillón. La televisión representa una gran parte de las distracciones de las personas mayores, y para algunos trabajadores intelectuales su domicilio es el lugar ideal, pues ahí pueden dedicarse a la lectura, a los acertijos, etcétera. (Ferrey, G., 1999).

Pero, ¿Qué es el ocio o tiempo libre?, para responder a esta pregunta podemos recurrir a las numerosas definiciones que existen con respecto a este tema, algunas de las cuales son las siguientes:

“La imagen o tipo ideal del ocio es la de este tiempo de no-trabajo que llenamos con actividades gratuitas, con un sentimiento confuso de libertad o libre elección, al margen no sólo de un trabajo remunerado, sino de nuestras <<puras>> necesidades fisiológicas y obligaciones sociales <<más apremiantes>>” (Dumazedier, 1986; citado por Pere Negre, Rigol, 1993, p. 28-29).

“Al ocio se le define como el tiempo libre de que disponemos luego de nuestras obligaciones, las que nos son impuestas o las que nos imponemos por razones de necesidad” (Carvajal Prieto, Julia M., 1980. p. 47).

“Ocio no significa inactividad, holgazanería, malicie, indolencia o vagancia. El ‘oisir’ u ocio significa, según los franceses tiempo libre, tiempo aprovechable y es sinónimo de ‘delaissant’, entretenimiento, distracción” (Carvajal Prieto, Julia M., 1980, p.47).

1.4.5. LOS AMIGOS.

Es importante que las personas de edad avanzada cuenten por lo menos con un amigo, pues esto les permitirá no perder contacto con la sociedad y ajustarse mejor a los cambios sufridos por la pérdida del rol laboral.

“Aquellos que tienen un círculo activo de amigos son más felices y saludables (Antonucci y Akiyama, 1995, Babchuk, 1978; Lemon et al., 1972; Steinbach, 1992). Los amigos amortiguan el impacto del estrés en la salud física y mental. (Cutrona, Russell y Rose, 1986). Las personas que pueden confiar sus sentimientos y pensamientos y pueden hablar acerca de sus preocupaciones y sufrimientos con amigos enfrentan mejor los cambios y las crisis del envejecimiento. (Genevay, 1986; Lowenthal y Haven, 1968). También parece que prolongan sus vidas.(Steinbach, 1992). La intimidad es otro beneficio importante de la amistad para las personas de edad avanzada que necesitan sentirse valorados y queridos a pesar de las pérdidas físicas o de otro tipo. (Es Sex y Nam, 1987).” (Citados por Papalia, Wendkos y Feldman, 2001, p. 703).

Si bien es cierto que las personas mayores a veces disfrutan relacionándose con personas más jóvenes aprecian de forma especial a sus amigos de toda la vida, que conocieron en su juventud” (Rawlins, 1995; citado por Craig Grace, J., 1997, p.216), esto les permite envejecer en su propio entorno, ya que con sus amigos de toda la vida comparten recuerdos, intimidades y el agradecimiento por el apoyo prestado en el pasado; sin embargo, esto puede ser en ocasiones motivo de tristeza, al ver como sus amigos de toda la vida mueren o enferman y por lo mismo no pueden visitarse con la misma frecuencia (Craig G., J., 1997).

Cabe mencionar, que las personas de edad avanzada no sólo tienen amistad con las personas que conocieron en su juventud, sino que también se relacionan con aquellas personas con las cuales su historia ocupacional es similar, o con aquellas con las que comparten intereses (Hess, 1972; citado por A. Kalish, Richard, 1996).

1.4.6. SEXUALIDAD EN LA VEJEZ.

En torno a la sexualidad de las personas de edad avanzada existen una serie de mitos, como los siguientes:

- Erróneamente se cree que no existe interés ni actividad sexual en las personas de edad avanzada.
- El sexo, el amor y el romance son para los jóvenes. Por lo que no es de extrañar que cuando una persona de edad avanzada manifiesta sus deseos de casarse o de entablar una relación sentimental, inmediatamente sus familiares y amigos los cuestionan y les dicen que “ya no están para esas locuras”. Vemos entonces, como sus actividades y aspiraciones sexuales son a menudo ridiculizadas.

Sin embargo, y aunque el declive natural de la actividad sexual en los adultos existe, como consecuencia de los cambios fisiológicos que tienen lugar en esta etapa de la vida, esto no significa que la actividad y el interés sexuales desaparezcan. Por lo que si bien es cierto que el declive sexual es consecuencia de un proceso biológico, también es cierto que es una construcción sociocultural.

La desaprobación social de la sexualidad en las personas de edad avanzada, los hace sentirse incómodos con sus deseos sexuales, por lo que, en la mayoría de los casos optan por reprimirlos, pues temen que al no hacerlo la gente les diga que son “unos viejos verdes” por expresar sus deseos.

Estas son algunas de las razones por las que las personas de edad avanzada no viven con plenitud su sexualidad, y no hay que olvidar que a cualquier edad las personas continúan sintiendo la necesidad de amor, afecto, caricias, etc.

Es importante mencionar que al referirnos a la sexualidad se hace referencia al erotismo (afecto, las caricias, las palabras, etc.) y no sólo a la relación sexual que implica a la penetración.

1.5. ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA VEJEZ: CAMBIOS ORGÁNICOS, ENFERMEDADES MÁS COMUNES Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS.

Tomar en cuenta los aspectos orgánicos y de salud que intervienen gradualmente en la vida de los adultos de edad avanzada es importante debido a que juegan un papel decisivo en la calidad de vida que las personas tienen. El que la capacidad física o psicológica se vean disminuidas, en ocasiones lleva a que la calidad de vida de las personas de edad avanzada disminuya; ya que, ello puede ocasionar la pérdida de

independencia y autonomía, con lo que su autoestima se ve afectada. Por lo que resulta necesario que tanto los adultos de edad avanzada así como sus familiares tomen precauciones y actúen de tal forma para evitar lo más que se pueda los trastornos degenerativos ocasionados por la edad y por algunos descuidos tanto de las propias personas como de sus familiares, el evitarlos en la medida de lo posible no sólo trae consigo la integridad física de la persona, sino que también la persona podrá conservar mayormente su autonomía e independencia y como consecuencia de ello su autoestima y calidad de vida podrán mantenerse de mejor forma.

1.5.1. CAMBIOS ORGÁNICOS.

El envejecimiento trae consigo una serie de cambios a nivel orgánico, funcional y cognoscitivo; como son los siguientes.

LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS.

La Visión.

Los problemas de visión en las personas de edad avanzada son frecuentes y conforme avanza la edad aumentan.

Se observa pérdida de grasa orbitaria, el cristalino pierde brillo y disminuye su elasticidad, hay sequedad en la conjuntiva y degeneración de los músculos de acomodación: iris, retina y coroides. Como consecuencia de estos cambios se presentan alteraciones en la estructura de soporte del ojo con hundimiento de los párpados, disminución del lagrimeo y aumento en la presión intraocular, reacción lenta de la pupila, disminución de la agudeza visual tanto lejana como cercana (refracción), hay una reducción de los campos visuales, también se pierde la capacidad de adaptación a la oscuridad y para distinguir los colores (Savage, 1980). *

Cabe mencionar, que la capacidad de visión no necesariamente tiene que disminuir; sin embargo, el ojo casi siempre pierde la capacidad para cambiar de una visión lejana a otra cercana.

Los problemas de visión aumentan el riesgo de caídas, fracturas y accidentes automovilísticos.

Para que la visión sea mejor, dentro de lo que cabe, es recomendable procurar que los espacios en los que se encuentran las personas de edad avanzada estén debidamente iluminados; es decir, la luz debe ser abundante y brillante cuidando de que no deslumbre, además debe ser colocada de modo indirecto, también se recomienda el uso de gafas (previa valoración médica).

Audición.

Hay una disminución de las neuronas de coclea y corteza temporal, la membrana basilar se hace menos elástica lo que afecta a la vibración en el oído medio, la osteosclerosis de la cadena de huesillos se hace evidente en la medida

en que el anciano presenta dificultad para advertir estímulos auditivos, hay tendencia a la acumulación de cerumen y con frecuencia se presenta agrandamiento del lóbulo de la oreja. (Savage, 1980). Como consecuencia de éstos cambios disminuye la receptividad auditiva y la capacidad para localizar y discriminar los sonidos en general, principalmente las palabras transmitidas electrónicamente (teléfono), y al captar sonidos de alta frecuencia.; por lo que se prolonga el tiempo para reaccionar ante un estímulo auditivo.

Para que los trastornos de la audición interfieran de menor forma en la calidad de vida de los ancianos es recomendable acudir con un especialista para saber en donde radica la alteración y encontrar una alternativa al respecto. También, es recomendable que para garantizar la comunicación con las personas que sufren de alteraciones en la audición lo hagamos de forma sencilla, clara, concreta y de forma pausada, además, de dirigirnos al oído que se encuentre en mejor estado.

El Sentido del Gusto.

Con la edad se experimenta una disminución de las papilas gustativas hasta en un 80%, con lo que la habilidad para diferenciar los sabores (en especial los dulces y los ácidos) se va perdiendo. También se ve disminuida la habilidad para sentir el frío y el calor, por lo que en ocasiones al consumir alimentos muy calientes, la mucosa oral sufre quemaduras y lesiones (Savage, 1980, p. 81).

El Olfato.

La estructura nasal también sufre cambios con la edad, por ejemplo; la mucosa nasal se atrofia por la pérdida de células olfatorias, con lo que la capacidad olfativa disminuye; por su parte, el cartílago nasal crece en dirección al pliegue internasal hasta tomar la forma de gancho, en algunos adultos de edad avanzada hay hipertrofia de las vellosidades en el ala de la nariz (Savage, 1980; p. 82).

Con el fin de estimular el sentido del olfato se recomienda mantener ventilados y aseados tanto los objetos de uso personal como el ambiente físico con el que el adulto de edad avanzada tiene contacto. Evitar el contacto con el polvo y con sustancias irritantes, ya que esto puede irritar las mucosas respiratorias y provocar malestar al respirar.

TRASTORNOS DEL SUEÑO.

“En las personas de edad avanzada son comunes los trastornos del sueño, como son, menos sueño nocturno y despertares más frecuentes, con lo que muchas personas de edad avanzada experimentan somnolencia diurna con siestas que duran una o más horas” (Vander, Rai, Smith, 1994; p. 64)..

SISTEMA CIRCULATORIO.

“El continuo desgaste que sufre el aparato circulatorio conduce a estrechamientos de arterias y venas, por el depósito en sus paredes de calcio y ciertas grasas, como el colesterol; lo cual no sólo produce una pérdida de elasticidad, si no que también produce insuficiencia sanguínea en tejidos y órganos. (El Gran Libro de la Salud,

1971; p. 825). También, se presenta fibrosis del miocardio, disminución del gasto cardíaco y de las células del nódulo sinusal, lenificación de la frecuencia cardíaca y aumento de la presión arterial sistólica.

El envejecimiento normal reduce el funcionamiento del corazón, debido a que el músculo cardíaco pierde fuerza y el corazón necesita más tiempo para relajarse entre las contracciones. A nivel del corazón también se presentan hipertrofia del ventrículo izquierdo, aumento del tamaño de la aurícula izquierda sin que exista enfermedad alguna, dilatación de la aorta. (Salvaje, 1980; p. 87-88).

Es importante mencionar que el envejecimiento normal no causa por sí mismo las enfermedades cardíacas.

El padecimiento de alteraciones cardiovasculares puede ser acelerado por algunos factores que son propios de cada persona, como son: el sexo, la edad y la herencia; pero, también, existen algunos factores que las personas pueden controlar para no acelerar las alteraciones cardiovasculares, por ejemplo, el control de la dieta, del estrés, del consumo de alcohol y cigarro, así como también es conveniente evitar el sedentarismo.

El corazón de la mayoría de las personas de edad avanzada es capaz de mantenerla con vida durante muchos años.

SISTEMA RESPIRATORIO.

Con los años en el organismo se van debilitando los músculos de la respiración, como consecuencia de la calcificación de los cartílagos costales, también hay una reducción de la distensibilidad pulmonar, lo cual se ve reflejado en los movimientos de inspiración y expiración, esclerosis de bronquios y tejido de soporte, así como en la disminución de la capacidad vital. Estructuralmente hay rigidez torácica, el diámetro antero posterior del tórax se incrementa, hay disminución del número de alvéolos, debido a la pérdida de tabiques intrapulmonares. En lo que se refiere al pulmón este se hace más rígido, hay aplanamiento del diafragma, aumento de la capacidad residual funcional; así mismo hay una disminución de la presión arterial. (Savage, 1982).

APARATO LOCOMOTOR.

El sistema locomotor que está integrado por los huesos, las articulaciones y los músculos presenta un desgaste gradual, sobre todo a nivel de la columna vertebral.

Se pierden la fuerza, el tono y el tamaño muscular; además, los músculos más prominentes de las extremidades se vuelven delgados y flácidos, las manos se hacen delgadas y huesudas, el aumento de la rigidez muscular especialmente en las extremidades y en el cuello hacen que la amplitud de movimiento se reduzca. La constricción de los músculos y tendones provoca una respuesta diferida de los reflejos.

Con lo que respecta a las articulaciones se produce calcificación de los cartílagos articulares, en consecuencia el tejido cartilaginoso se adelgaza. El líquido sinovial se espesa y con ello la fluidez y amplitud de movimiento disminuyen. La pérdida de agua del tejido cartilaginoso, ocasiona estrechez del espacio articular y en los discos intervertebrales, lo cual aunado a la refracción

en la flexión de las rodillas y de la cadera contribuyen a disminuir la estatura de la persona, además de propiciar su encorvamiento progresivo.

Por su parte, la masa ósea disminuye y se desmineraliza, provocando con ello que los huesos sean más frágiles, como consecuencia de esta fragilidad ósea las vértebras se ablandan y se comprimen, la capacidad de flexión de los huesos más largos disminuye, por lo que, los huesos son más propensos a las fracturas, principalmente de la cadera, hombros, muñecas y huesos vertebrales. Algunas de las causas de la disminución de la masa ósea son; la disminución de la actividad física, la resorción ósea, y en la mujer los cambios hormonales.

Cabe mencionar, que estos fenómenos no siempre forman parte del envejecimiento natural, y deberían de aparecer sólo a edades muy avanzadas.

Con el fin de prevenir los trastornos del aparato locomotor es recomendable que la persona evite aquellas situaciones de riesgo, como son aquellas que pudieran ocasionarle alguna caída y con ello una fractura que lo puede llevar a la cama por varios meses e incluso a una incapacidad e inmovilidad prolongada, la familia también debe participar en la prevención que puedan poner en riesgo a las personas mayores.

CABELLO.

El cabello se adelgaza, se pone cano y se cae, este cambio externo es percibido de forma inmediata por otras personas.

LA PIEL.

Las arrugas y el ablandamiento de la piel son el resultado de una pérdida de tejido adiposo bajo las capas superiores y de la exposición al sol durante varios años.

A La piel, se torna quebradiza, pierde flexibilidad y ya no ofrece protección contra las enfermedades e infecciones, incluso pueden llegar a tener dificultad para transpirar.

La piel y el cabello son los primeros signos del envejecimiento.

1.5.2. ENFERMEDADES MÁS COMUNES.

ENFERMEDADES DE LA VISIÓN.

Cataratas.

Se da este nombre al engrosamiento del cristalino que provoca opacidad en la visión, ocasionando con ello que todo se vea borroso y distorsionado. Esta pérdida de la transparencia puede ser estacionaria o progresiva, en este último caso se puede llegar incluso a la ceguera completa; sin embargo, es importante mencionar que la percepción de la luz nunca se pierde.

“A los 70 años el 30% de las personas padece alguna pérdida visual a causa de las cataratas. Al principio estas deficiencias pueden tratarse con gafas y a medida que

se agrava puede solucionarse por medio de una sencilla intervención quirúrgica, que casi siempre consigue solucionar el problema” (Meisami, 1994; citado por Stassen y Thompson, 2000; p. 145).

Glaucoma.

El glaucoma es el aumento de la tensión intraocular ocasionada por la acumulación de líquido óptico en el interior del ojo.

La sintomatología del glaucoma es un intenso dolor , enrojecimiento del ojo, pupila dilatada y enturbamiento corneal, que toma un aspecto verdoso, la agudeza visual desciende rápidamente, llegando a veces a distinguir solamente la luz y las sombras” (El Gran Libro de la Salud, 1971; p. 645).

Las afecciones causadas por el glaucoma pueden tratarse con colirios especiales; sin embargo, resulta importante mencionar que si esta afección no es tratada puede ocasionar la ceguera.

Degeneración Senil de la Mácula.

“Consiste en el deterioro de la retina. Este problema afecta a una de cada veinticinco personas entre los 66 y 74 años de edad, y a una de cada seis, entre las personas de más edad, es difícil de tratar clínicamente y, por este motivo, es la causa principal de las cegueras reconocidas entre los ancianos. Sin embargo las personas que sufren degeneración senil de la mácula pocas veces pierden por completo la visión” (Stassen y Thompson, 2000; p. 146).

“Cuando la degeneración de la mácula es tratable los rayos láser pueden reducir a cinco años la pérdida de visión de 7 a 5 líneas. El reconocer los síntomas puede ser la clave para que sea detectable y tratable en la medida de lo posible” (www.prodigy/rolfi/page28.html).

Retinopatía Diabética.

Cuando se ha padecido de diabetes por muchos años, se pueden presentar en la retina diferentes alteraciones acompañadas de hemorragias y exudados que intervienen en la visión de las personas (El Gran Libro de la Salud, 1971; p. 644)

El tratamiento con rayos láser puede disminuir hasta en un 50% la pérdida de la visión.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO.

Cardioesclerosis.

Es ocasionada por trastornos de irrigación sanguínea, como consecuencia de estrechamientos de las arterias coronarias.

Angina de Pecho.

Se debe a la falta de aporte sanguíneo (isquemia) al músculo cardíaco, la causa más común es el endurecimiento de las arterias coronarias (arterioesclerosis), con lesiones que dejan cicatrices en las válvulas, lo que ocasiona que éstas se estrechen en gran medida, no dejando así pasar la suficiente cantidad de sangre (esterosis).

La angina de pecho puede presentarse tras períodos de tiempo cortos o largos - días o meses- (El Gran Libro de la Salud, 1971).

Los síntomas son: “presentación súbita de dolor intenso en la región cardiaca, que se irradia con frecuencia al hombro y brazo izquierdos, pulso acelerado, frialdad y palidez de la piel, sudoración; y al finalizar el ataque (que puede durar unos minutos, media hora o hasta una hora) se presentan náuseas y deseos de orinar” (El Gran Libro de la Salud, 1971; p. 356-357).

Es recomendable la administración de medicamentos vasodilatadores, además, para evitar las recaídas se debe llevar una vida sin esfuerzos, dormir lo suficiente y, se debe evitar el consumo de nicotina; ya que este favorece la formación de lesiones vasculares (El Gran Libro de la Salud, 1971).

Infarto al Miocardio.

Es la obstrucción de una rama de las arterias coronarias producida generalmente por un coágulo. Debido a esta obstrucción de la arteria una zona del músculo cardiaco (miocardio ventricular izquierdo), queda repentinamente sin irrigación sanguínea, por lo que se produce el infarto (muere). “Si una arteria de grueso calibre se obstruye, puede ser destruida una zona más grande del músculo cardiaco que lleva a la muerte súbita de la persona (El Gran Libro de la Salud, 1971; p. 358-359).

Los síntomas son intenso y repentino dolor torácico (opresión, presión), acompañado de una sensación de angustia y muerte inminente, el dolor se irradia hacia ambos hombros o al izquierdo y a los brazos (aunque generalmente es el izquierdo), e incluso puede llegar a la mano izquierda; también se irradia al mentón y a la espalda. Otros síntomas son la sudoración, los desmayos, las náuseas y vómitos (El Gran Libro de la Salud, 1971).

Existen causas emocionales como el miedo, los enfados y los sustos que pueden desencadenar el infarto al miocardio.

Insuficiencia Cardíaca.

La insuficiencia cardiaca se define como la incapacidad del corazón para bombear sangre de manera adecuada para cumplir con las necesidades del cuerpo” (Vander, Rai, Exton, 1994; p. 93).

Los síntomas característicos de la insuficiencia cardiaca como son la disnea (respiración angustiada –al borde de la asfixia-), y los edemas (hinchazón de brazos, piernas, vientre o tórax). (El Gran Libro de la Salud, 1971).

Hipertensión Arterial.

“La presión arterial sistólica se incrementa con la edad, y se debe en parte a que las paredes arteriales pierden elasticidad” (Vander, Rai, Exton, 1994; p. 69).

La hipertensión arterial, es frecuente entre las personas de edad avanzada y si no es controlada puede ocasionar alteraciones cardíacas, renales o cerebrales.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO.

Enfisema Pulmonar.

Debido a la disminución de las fibras elásticas, los pulmones son incapaces de contraerse y dilatarse normalmente y aportar oxígeno a la sangre. Dicha alteración conduce a una insuficiencia respiratoria por falta de ventilación, que entre otros trastornos crónicos puede provocar fácilmente infecciones como la neumonía o la bronconeumonía.

ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR.

Osteoporosis.

Es producida por una disminución de la sustancia ósea, y del calcio; también la inmovilidad y el reposo excesivo aceleran este proceso de descalcificación. Sin embargo este fenómeno no siempre forma parte del envejecimiento natural y debería aparecer a edades muy avanzadas.

ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO.

Hipertrofia de la Próstata.

En los hombres de más de 70 años es muy frecuente el aumento de tamaño o hipertrofia de la próstata.

ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS.

Diabetes Mellitus.

“La diabetes se define como un trastorno crónico, congénito o adquirido, del metabolismo de los hidratos de carbono, que se caracteriza por una insuficiencia del organismo para aprovechar los azúcares y que se debe a la ausencia o disminución de la formación de insulina en el páncreas o a que la insulina formada es insuficiente en actividad, por un trastorno de las células”. (El Gran libro de la Salud, 1971, p. 454)

“Es una enfermedad multiorgánica ya que puede lesionar los ojos, riñones, el corazón y las extremidades. El tratamiento adecuado permite disminuir el número de complicaciones” (Enciclopedia Microsoft Encarta 2000)

TRASTORNOS MENTALES.

Depresión.

“Es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones

del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad, la incapacidad para el placer, culpa, desesperación y desprecio de uno mismo, disminución del interés sexual e ideas recurrentes de suicidio y muerte, que en ocasiones pueden llevar efectivamente al suicidio. La depresión, es el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia, y en general los periodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas". (Enciclopedia Microsoft Encarta 2000).

1.5.3. MEMORIA, CAPACIDAD DE APRENDIZAJE Y ATENCIÓN.

La disminución en la producción de neuronas cerebrales que tiene lugar conforme avanza la edad, es probablemente la responsable de la lenificación de la velocidad de procesamiento de la información y en la velocidad al emitir las respuestas. En cuanto a la capacidad de atención que tienen las personas de edad avanzada, los investigadores dicen que el envejecimiento del sistema nervioso central hace que a las personas mayores se les dificulte enfocar su atención en una determinada tarea que requiere de largos períodos de atención, aunque esto en ocasiones es ocasionado por los trastornos del sueño nocturno que con frecuencia tienen las personas de edad avanzada.

Sin embargo, esto no significa que la capacidad de aprendizaje de las personas de edad avanzada este deteriorada, sino todo lo contrario, la capacidad de aprendizaje puede continuar a lo largo de la vida. Las personas mayores por tanto, necesitan acudir a una serie de estrategias que les permitan superar algunos de los obstáculos que podrían limitar su capacidad de aprendizaje o atención (Hoffman, Paris, May, 1996).

La habilidad de la memoria en este sentido no presenta grandes cambios, aunque, si bien es cierto que a las personas de edad avanzada se les dificulta un poco el adquirir nuevos conocimientos, esto se puede solucionar mediante la utilización de estrategias que le permitan codificar la información más efectivamente, sin embargo, cuando se trata de recordar algún hecho de su vida pasada la mayoría de las personas mayores recrea los instantes vividos. Fanny Black (1999), dice que "recordar es retener la vida que paso, tener una continuidad, la unidad de nosotros mismos a través del tiempo de la memoria. Por eso el anciano que la pierde va perdiendo su ser" (Marcelino, Covarrubias, Blanck, Lozano y Frenk, 1999, p. 62).

Por tanto, "no se puede hablar de una disminución de la inteligencia. Lo que se modifica es únicamente la rapidez de la capacidad de reorientación y combinación" (A. Alfons, 1995, p. 33).

Los problemas cognitivos pueden solucionarse si se realiza un programa que vaya de acuerdo al ritmo de aprendizaje que el adulto mayor requiere.

Por otro lado, algunos autores afirman que ciertos déficits cognoscitivos se deben más bien a factores externos como son el aislamiento, la falta de estimulación o bien por ciertas enfermedades como la hipertensión arterial o la diabetes que ocasionan fatiga en los individuos.

2. TEORÍAS Y CONCEPTOS PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO.

2.I. TEORIA DEL ROL.

Cuando una persona interactúa lo que hace es representar diferentes roles dependiendo del espacio social en el que se encuentre (familia, amigos, escuela, trabajo, etc.). el significado de esos roles está establecido socialmente y dicho significado lo aprendemos a través del proceso de socialización. El proceso de socialización no termina cuando acaba la infancia, sino que continúa a lo largo de los años adultos. “La socialización adulta se refiere a la socialización continua durante los años adultos, a la interiorización de nuevos valores y formas de conducta consistente y los cambios en las posiciones de los años adultos” (Rosow, 1965; citado por A. Kalish, 1996, p. 125).

Los roles suponen un papel o un conjunto de papeles que definen la forma en que una persona debe actuar en un determinado grupo social; pero a su vez, estos papeles implican un lugar dentro de cada grupo al que el individuo pertenece en el que se juega un estatus que tiene que ver con los derechos y obligaciones que la persona tendrá dentro de ese grupo.

Hay dos tipos de roles:

- Rol Atribuido; que tiene que ver más bien con los estereotipos que la sociedad atribuye a una determinada población o persona. “Los estereotipos son los esquemas socialmente compartidos que organizan el conocimiento sobre los rasgos, motivos y conductas asociadas a la pertenencia a grupos o categorías sociales. Los estereotipos se pueden considerar como los esquemas de rol más genéricos” (Morales, Moya, Reboloso, Fernández, Huici, M. Páez y Pérez, 1997, p. 162).

Sí una persona no se comporta de acuerdo al rol que se le atribuye es socialmente sancionada. Por ejemplo, en el caso del estereotipo de que “las personas mayores son asexuales”, y que, por lo tanto, ya no pueden iniciar una relación sentimental. La sociedad espera que las personas mayores se comporten conforme a este rol y cuando no lo hacen así lo que hace la sociedad es sancionar a esa persona con sus críticas; por ejemplo, “ya estas grande para eso”, “eres un rabo verde”, “ya se te pasó el tren”, “deja esas cosas para los jóvenes”, etc., con todos estos comentarios el adulto se siente incómodo, por lo que, muchas veces termina asumiendo este rol y se comporta entonces como una persona que aparentemente ya no está interesada en las relaciones sexuales, y éste es precisamente el rol que a continuación mencionaremos.

- Rol Asumido o Ejercido; es el que aprendemos a través de la interacción, y es nuestra propia respuesta ante las atribuciones que la sociedad nos hace. El rol ejercido es el que nosotros aceptamos, el que nos dice cómo tengo que comportarme yo y cómo tiene que comportarse el otro.

Es muy importante mencionar, que el rol atribuido y el rol ejercido no siempre coinciden.

Los diferentes roles que una persona desempeña en la sociedad están relacionados entre sí; además de que cada persona representa un determinado rol de diferente forma, pues esto tiene que ver más bien con cuestiones de la personalidad de cada individuo.

“La relación entre rol y personalidad es recíproca. Por un lado la personalidad de una persona puede predisponerla a ocupar ciertos status... Por otra parte, los valores y actitudes que se asocian con status particulares pueden ser incorporados a la estructura de la personalidad de un individuo y por consiguiente ejercer una penetrante influencia en todas sus interacciones sociales” (Deutsch, Morton y Krauss, Robert M., 1994, p. 169).

Por otro lado, el concepto que una persona tiene de “sí mismo” (self) está determinado en gran parte por la jerarquización y organización de los roles que desempeña. Es decir, que nuestro autoconcepto depende de los diferentes roles ejercidos y atribuidos.

En cuanto a los roles que actualmente se espera que las personas mayores presenten siguen siendo en gran medida negativos; pues se espera de ellos que sean tranquilos, inactivos, recatados, asexuales, desinteresados, solitarios, etc.

2.2. AUTOCONCEPTO.

El autoconcepto es el conjunto de ideas y creencias que una persona tiene sobre ella misma; es decir, es el conjunto de esquemas de sí mismo (Marcos y Wurf, 1987; citado por Myers, D, 2000). Los esquemas del yo son patrones mentales que organizan nuestro mundo, estos esquemas influyen en la forma como percibimos, recordamos y evaluamos tanto a nosotros mismos como a los demás. (Myers, David, 2000)

“El autoconcepto es la imagen que el individuo tiene de sí mismo: refleja las experiencias actuales y los modos en que estas experiencias se interpretan. En gran parte el autoconcepto es un reflejo del modo en que los demás reaccionan hacia el individuo” (A. Kalish, 1996, p. 106)

El autoconcepto entonces está determinado socialmente. Nuestro comportamiento está basado en los roles que la sociedad nos impone, nos comportamos entonces como la sociedad espera que lo hagamos.

A continuación se mencionaran algunos aspectos importantes en la formación del autoconcepto:

- La forma en como el individuo se percibe a sí mismo determina el comportamiento que va a tener frente a los demás.
- La forma en como el individuo percibe los comportamientos de los demás hacia propia persona determina su conducta.

El autoconcepto está directamente relacionado con la autoestima de una persona.

El que una persona de edad avanzada tenga un autoconcepto favorable (autoestima alta) puede ser la clave para que tenga una mejor calidad de vida; ya que le permitirá aceptar los diferentes cambios que gradualmente va teniendo, de igual forma le permitirá buscar diferentes alternativas que le permitan adaptarse a sus nuevas condiciones de vida.

Por el contrario una baja autoestima hará que una persona se sienta incapaz, inútil, que no le agrada a los demás, y en consecuencia se comportará conforme a este autoconcepto.

En este sentido, podemos observar como muchos de los adultos de edad avanzada que tienen un autoconcepto negativo se siguen comportando conforme a los estereotipos negativos con los que la sociedad los relaciona; como son la debilidad, la inutilidad, la falta de actividad, la enfermedad, y la dependencia aun cuando en muchas ocasiones bien pueden valerse por sí mismos con todo y los cambios orgánicos sufridos en esta etapa de la vida, o bien cuando les interesa emprender un nuevo negocio o incluso entablar una nueva relación sentimental y no lo hacen, prefieren renunciar a ello por miedo a ser criticados o rechazado por los grupos sociales a los que aun pertenecen.

En tanto, que una persona con un autoconcepto favorable se sentirá menos afectada por los estereotipos que existen en la sociedad acerca de las personas de edad avanzada, teniendo de esta forma una vida satisfactoria,

Ferrey (1994) dice, que “la capacidad para encontrar placer por sí mismo disminuye y la propia imagen reflejada en los demás provoca un desmarcamiento, es cada vez más difícil reunir los medios para el restablecimiento de las posiciones anteriores. Tarde o temprano la experiencia de la pérdida se consolida. Las diferencias dependerán de la capacidad para soportarla o para luchar contra el sentimiento doloroso de decadencia, la aptitud para formar una imagen digna de sí mismo, que cuente ante uno mismo como ante los demás.” (Ferrey, 1994, p. 6). “La capacidad para restaurar una imagen de si mismo depende de objetos internos muy caracterizados y de la calidad de un comercio afectivo con un tercero este funciona entonces como un yo auxiliar. Aun sería

necesario que este yo auxiliar se controle lo suficiente para no reemplazar al yo principal.” (Ferrey, 1994, p. 9).

2.3. TEORÍA DE LA DESVINCULACIÓN.

En los años setentas algunos investigadores decían que la mejor manera de adaptarse a la tercera edad era la desvinculación, la cual consiste en que el individuo se aparte de los roles sociales y reduzca sus contactos sociales. Al mismo tiempo que el individuo se va separando de la sociedad esta también lo hace. (Stassen y Thompson, 2000). “Cunimig y Henry, (1961) vieron el retiro como la condición universal del envejecimiento al sostener que la reducción del funcionamiento físico y la conciencia de la proximidad de la muerte originaba un alejamiento gradual e inevitable de los papeles sociales (tabajador, esposo, padre, etc.) y puesto que la sociedad deja de proporcionar papeles útiles al anciano ese alejamiento es mutuo. Se cree que el retiro esta acompañado (como sugiere Jung) de introspección y moderación de las emociones.” (Papalia, Wendkos y Feldman, 2001, pág. 684).

Según los autores de la teoría de la desvinculación éste proceso era el más conveniente para las personas de edad avanzada; ya que les permitía tener una vejez satisfactoria apartada de los acontecimientos que surgen a su alrededor y centrada más bien en su ambiente interior. (Stassen y Thompson, 2000).

Kalish (1996), dice que la desvinculación es elegida por muchos sujetos como una forma para apartarse de presiones sociales ocasionadas por:

- La pérdida de los roles familiares, de trabajo, de poder, etc., que obligan al individuo a reestructurar su vida.
- Los cambios orgánicos y las enfermedades que tienen lugar en este período de la vida se hacen evidentes, por lo que el individuo empieza cada vez a preocuparse más por lo que le pasa a él que por lo que pasa a su alrededor.

Sin embargo, investigaciones posteriores mostraron que la desvinculación en la 3ª edad no es un proceso que ocurre de forma natural y que garantiza una vejez satisfactoria, incluso la mayoría de los estudios longitudinales demuestran que son las personas con mayor actividad y contactos sociales las que viven más satisfactoriamente en comparación con aquellas que han reducido sus contactos sociales. Incluso algunos autores han propuesto la teoría de la actividad la cual postula que “la satisfacción de la vida gira en torno a la integración social y a un alto grado de implicación” (Stassen y Thompson, 2000, p. 206). “Según la teoría de la actividad, los papeles de un adulto son fuentes importantes de satisfacción; cuanto mayor sea la pérdida de responsabilidad debido al retiro, viudez, la distancia de los hijos o la enfermedad, menos satisfecha estará una persona. Las personas que envejecen bien realizan tantas actividades como pueden y descubren sustitutos para los papeles

perdidos.” (Neugarten, Havighurst y tobin, 1968; citados por Papalia, Wendkos y Feldman, 2001, p. 685).

2.4. TEORÍA PSICOSOCIAL DE ERIKSON.

Erikson llama a la etapa que va de la jubilación a la muerte “integridad del yo versus madurez” (Rage A., Ernesto, 1997).

La integridad del yo esta basada en una reflexión sobre la propia vida. “Cuando una persona entra en la etapa final de la vida, dijo Erikson (1982), su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida y creer que lo hicieron lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego” (Stassen y Thompson, 2000, p.204).

La pérdida de la integración del ego se refleja en los sentimientos de angustia, de temor a la muerte y de que el tiempo que le queda por vivir es muy poco para intentar adaptarse a un nuevo modelo de vida; la persona, por tanto, experimenta una sensación general malestar general; sin embargo aunque la persona intenta ocultar estos sentimientos a través del desprecio que dice sentir por la vida lo que en realidad siente es desesperación porque siente que la vida se le acaba y ella realmente desea vivir más tiempo (Rage A. Ernesto, 1997). “Si esta crisis quiere resolverse con éxito, la integridad debe superar la desesperanza. Erikson sostiene que es inevitable algún tipo de desesperanza. Las personas mayores necesitan desahogarse no sólo de sus propios infortunios y oportunidades perdidas sino de la vulnerabilidad y transitoriedad de la condición humana.” (Papalia, Wendkos y Feldman, 2001, p. 680).

Cuando una persona está integrada sabe apreciar el valor de la sabiduría que ha adquirido a través de los años y también sabe aceptar de buena gana las limitaciones que tienen lugar en el transcurso de esta etapa de su vida y se adapta de mejor forma a su nuevo estilo de vida. “El adulto sabe cuando aceptar el cambio y cuando oponerse al mismo, cuándo sentarse en silencio y cuándo luchar” (Stassen y Thompson, 2000, p. 204).

2.5. APOYO SOCIAL.

“El apoyo social es la aportación de recursos materiales, de afecto o de ánimo que los grupos más próximos (como familia o amigos) o más amplios (como la comunidad) proporcionan a la persona. El apoyo social puede ser real (objetivo) o percibido (subjetivo).” (Huici, Mora, Gavira, Nouvilas, López; 1999)

“El apoyo social objetivo puede conceptualizarse en función de la estructura y frecuencia de los vínculos que la persona establece con su medio, de su integridad en la red social.” (Alvaro, José Luis y Garrido Alicia; 1996, p. 400)

“El apoyo social subjetivo se define como la satisfacción o disponibilidad percibida de la ayuda instrumental, cognitiva y emocional del entorno social.” (Alvaro, José Luis y Garrido Alicia; 1996, p. 4000).

“Las percepciones y las expectativas que se tengan van a depender de los apoyos con los que cuente el individuo. Pierce et. al. (1991) dan una clasificación de los tipos de apoyos y sus efectos. Distinguen entre los apoyos generales y los específicos. Indican que los apoyos específicos son más efectivos, porque permiten saber en concreto con quien se cuenta, en qué circunstancias y bajo que condiciones; además, abren la alternativa de tener actitudes más abiertas hacia los otros y marcar claramente las expectativas a alcanzar en las relaciones. En cambio los apoyos generales son vagos y en circunstancias específicas surge la duda de la posibilidad de encontrarlos.” (Mier y Teran Rocha, M. del Carmen, 1993, p. 31)

Alvaro, J. L. y Garrido, Alicia (1996, p. 400 – 401), dicen que los efectos del apoyo social se pueden explicar mediante cuatro mecanismos.

1. El apoyo social inhibe conductas de riesgo y refuerza conductas de salud.
2. El apoyo emocional subjetivo y el afrontamiento adaptativo disminuyen el impacto del estrés. Este efecto amortiguador del estrés se puede dar mediante tres mecanismos: primero la existencia de apoyo social puede hacer que el hecho se evalúe como menos estresante; segundo el apoyo social puede disminuir las formas de afrontamiento negativas y reforzar las positivas, lo que permite regular la afectividad negativa y la ansiedad; tercero, la mera presencia de los otros disminuye el impacto fisiológico del estrés.
3. Un nivel alto de apoyo social subjetivo, en particular emocional, tiene efectos positivos en la autoestima y esta asociado a una menor reactividad y mejor manejo ante situaciones negativas. El apoyo social y las formas de afrontamiento adaptativas asociadas a él permiten superar más rápidamente el bajo estado de ánimo y la depresión, al tiempo de que fomentan la afectividad positiva.
4. Los sujetos aislados socialmente tienen dificultades para compartir y hablar sobre sus experiencias estresantes, por lo que tienden a inhibir sus vivencias negativas. La expresión de las emociones, cuando es apoyada y regulada por otros permite disminuir el desgaste fisiológico y el estrés asociado a la inhibición de la vivencia afectiva.

Algunas investigaciones han demostrado que la convivencia es importante para mantener una buena salud. “Quizás porque una red de apoyo nos ayude a evaluar y sobreponernos a eventos de estrés”. (Taylor y cols., 1997, tomado de Myers, D., 2000,

p. 602). “Las relaciones cercanas que brindan apoyo, en las que uno siente que agrada, en las que hay reafirmación y estímulo de los amigos íntimos y de la familia predicen la salud y la felicidad. Al comparárseles con quienes tienen pocos lazos sociales, los que tienen relaciones cercanas con amigos, parientes u otros miembros de organizaciones religiosas o comunitarias muy unidas, tienen menos probabilidades de morir prematuramente. La pérdida de estos vínculos aumenta los riesgos de enfermedad. Un estudio reciente mostró que entre los ancianos, quienes tenían relaciones cercanas a largo plazo con menos de tres personas tenían una posibilidad mucho más alta de morir durante los siguientes tres años (Cerban y Wallace, 1997). Las relaciones cercanas ayudan a manejar el estrés, en especial cuando permiten que las emociones íntimas sean confiadas a alguien, por tanto las personas que mantienen relaciones cercanas con amigos o familiares manejan mejor las pérdidas.” (Myers, D., 2000, p. 602 – 607).

“La falta de apoyo genera soledad. Smith y Knowles (1991) distinguen entre la soledad emocional y la soledad social. La soledad emocional se da ante la de la cercanía de los lazos íntimos con el esposo, amante, padres o hijos; la soledad social se manifiesta por la ausencia de personas que integran la red de interacciones, como amigos, vecinos y compañeros de trabajo. “ (Mier y Teran Rocha, M. del Carmen, 1993, p. 32 – 33).

No obstante, aunque el apoyo social juega un papel muy importante en la vida de los individuos, también es cierto que puede tener efectos negativos, “por situaciones de dependencia que limiten la autonomía en las personas, por la sujeción de los individuos a grupos y normas que no respetan la individualidad propia.” (Mier y Teran Rocha, M. del Carmen, 1993, p. 33).

CAPITULO II. METODOLOGÍA.

- * OBJETIVOS.
- * INDICADORES.
- * POBLACIÓN.
- * INSTRUMENTO.

OBJETIVOS .

OBJETIVO GENERAL.

Proponer un programa de intervención para que se logre una mejoría en la calidad de vida de los adultos de edad avanzada.

Objetivos Particulares.

- 1.1. Conocer las características de esta población, es decir, conocer los factores que intervienen en la vida de las personas de edad avanzada.
- 1.2. Que las personas de edad avanzada conozcan los recursos con los que cuentan, para que de esta forma aprendan a utilizarlos.
- 1.3. Que las personas de edad avanzada mejoren su percepción de sí mismos.
- 1.4. Que las personas de edad avanzada aprendan a aceptar sus nuevas condiciones de vida, esto es, que adapten a los constantes cambios bio-psico-sociales a los que gradualmente se tienen que enfrentar.
- 1.5. Conscientizar a las personas de edad avanzada de la importancia que tiene en su vida el apoyo social.
- 1.6. Que las personas aprendan a utilizar positivamente su tiempo libre.
- 1.7. Que las personas de edad avanzada aprendan lo importante que es cuidar de su salud y de su integridad física, para que con ello puedan mantener lo más posible su autonomía e independencia.

INDICADORES

Debido a que el presente proyecto de intervención centro su atención en los aspectos psicosociales que de alguna forma intervienen en la calidad de vida de las personas de edad avanzada, los indicadores que se tomaron en cuenta fueron los siguientes:

- Si la persona tiene o no familia.
- Cómo es su familia.
- El sentido de vida que la persona tiene.

- Ocupación actual.
- Ocupación de su tiempo libre.
- Percepción que tienen de sí mismos.
- Relaciones sociales.
- Estado de salud actual.
- Intereses actuales.

POBLACIÓN .

El presente programa de intervención fue aplicado a grupos pequeños de personas de edad avanzada, que forman parte de algún club de la tercera edad. Por cuestiones prácticas se procuro que las personas tuvieran las siguientes características: que puedan escuchar, que tengan la capacidad de comprender las preguntas y actividades que se les pida que realicen y que conserven la memoria mediata para que con ello puedan responder adecuadamente a las actividades y preguntas en las que se les pida participar.

INSTRUMENTO .

En el presente trabajo se realizaron talleres con las personas de edad avanzada en los cuales se trataron de manera dinámica y sencilla los temas que se cree intervienen en su calidad de vida. Las técnicas que se utilizaron en dichos talleres fueron escogidas de tal forma que al mismo tiempo que nos permitían explorar la situación actual de los individuos también nos permitían promover una calidad de vida más efectiva o positiva en los adultos de edad avanzada, a través de informaciones sobre temas de interés y de estrategias que les permitan por sí mismos fomentar su propia calidad de vida.

También es importante señalar que al diseñar las técnicas y temas que formaron parte de los talleres se tomaron en cuenta las necesidades y características particulares de cada grupo con el fin de responder a las necesidades específicas de cada uno, buscando de esta forma que dichos talleres puedan ser de utilidad en la vida cotidiana de las personas de edad avanzada y con lo cual puedan mejorar su propia calidad de vida.

CAPITULO III: DESARROLLO DE LAS SESIONES.

Ø PRESENTACIÓN DE CADA CLUB.

Ø DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES.

Presentación de cada club.

CLUB UNO

DATOS ETNOGRÁFICOS.

- **Ubicación:**

El club está ubicado en la Delegación Gustavo A. Madero.

- **Horario:**

En éste club las personas se reúnen por la tarde, en un horario de 16:00 a 19:00 p.m. de Lunes a Jueves.

- **Descripción del Lugar:**

Las personas del club se reúnen en el patio de una casa habitación techado y amplio, al fondo hay un escritorio en donde se sienta por lo regular la coordinadora del grupo, por en medio del patio hay una mesa en la que se colocan sillas alrededor para que las personas se acomoden ahí para tejer o hacer otro tipo de manualidades

- **Actividades:**

Las principales actividades que se realizan en el club son: tejer, realizar dibujos en papel aluminio para después realzar el contorno del dibujo (repujado), ejercicios de relajación, paseos, pero las asistentes se reúnen a platicar principalmente.

- **Conformación:**

MUJERES:

El club esta integrado básicamente por mujeres, aunque el número exacto de asociadas, no es posible que se determine estrictamente; ya que la asistencia de las integrantes varía. Sin embargo, si se puede decir que por lo regular son 16 mujeres las que asisten con frecuencia a las actividades del club.

- En lo que respecta a la asistencia a los talleres ha sido de 5 a 7 mujeres aproximadamente.

HOMBRES:

A este club sólo asisten tres hombres:

- Esposo de la coordinadora (asistió a todos los talleres de psicología)
- Maestro de repujado (se ha integrado a los talleres en las últimas sesiones)
- Un hombre de recién ingreso (desde que se integro al club asistió a los talleres de psicología) asistió aproximadamente a 4 sesiones.

• Datos Generales de la Población:

Edad.

Las edades de las personas que conforman este club se encuentran entre los 57 años y los 75 aproximadamente.

Escolaridad.

La mayoría de las personas tienen carreras técnicas, como secretariado o enfermería. Hay otras que sólo terminaron la primaria y sólo 3 personas no saben leer ni escribir.

Ocupación Actual.

Todos son jubilados, la mayoría se dedican a realizar labores en el hogar, pero hay otros que además ocupan parte de su tiempo para realizar algún servicio a la comunidad; ya sea con las personas del club, en la iglesia o en algún otro lugar.

Situación Económica.

En cuanto a la situación económica de estas personas pues la mayoría son pensionados y algunos reciben la ayuda que el actual gobierno del Distrito Federal les proporciona a los adultos mayores, además algunos también reciben ayuda económica de sus hijos. Pero también hay quienes sólo se mantiene con la ayuda económica de sus hijos. Hay también dos personas que trabajan por su cuenta y reciben una gratificación económica por éste trabajo.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.

FÍSICAS.

La mayoría de las personas padecen de hipertensión, diabetes, osteoporosis, sólo hay dos que tienen problemas de columna, y hay una persona a que sufrió una embolia y esta en rehabilitación física para superar las secuelas que le dejó esta situación.

La mayoría de ellos manifiesta sentirse cansado regularmente.

PSICOLÓGICAS.

En éste club la mayoría de las personas que asisten al taller aparentan estar y sentirse bien; sin embargo, conforme el taller ha ido avanzando ellas mismas han manifestando que se sienten descontentas con su situación actual, que se sienten solas, cansadas, tristes, que son muy inseguras, pero que les cuesta muchísimo trabajo aceptar frente a sus compañeros lo mal que se sienten.

También se ha encontrado a personas que están disgustadas con la edad que tienen, y que desean con todas sus fuerzas volver a la niñez y a la juventud; cabe aclarar que esto último lo dijo directamente una señora que recientemente se acaba de integrar a los talleres.

SOCIALES.

- **Situación al interior del grupo.**

La dinámica que ha existe al interior del grupo es la de guardar las apariencias, pues dicen que entre ellos no existe problema alguno, que todos se llevan bien. pero poco a poco ellos mismos han dejado ver que sus relaciones no son tan buenas como dicen o quieren creer, ya que son ellos mismos los que a través de diferentes actitudes y comportamientos han dejado ver que no se llevan bien entre ellos e incluso en su último viaje tuvieron algunos problemas; pero a pesar de todo esto las personas se toleran y guardan una relación de respeto hacía sus compañeros.

Poco a poco ellas mismas han ido manifestado que no existe confianza entre ellos, por lo que nuevamente insisto guardan la apariencia de que todo esta bien, para no ser rechazadas o criticadas por sus compañeras.

Por otro lado es importante mencionar que es un grupo cerrado en el cual les cuesta bastante trabajo aceptar a un nuevo integrante, aunque ellos insisten en decir que en su grupo todos son bien recibidos.

También, es importante decir que a pesar de que dicen que en el grupo todos son iguales y que las decisiones se toman democráticamente esto es sólo una falacia, ya

que ahí se hace lo que deciden la coordinadora y su esposo , y finalmente todos terminan aceptando ésta decisión; es decir, se conforman.

- **Dinámica Grupal.**

A pesar de que entre los integrantes del grupo no existe la suficiente confianza para contarse sus problemas, sentimientos, ideas, pensamientos o expresar libremente sus opiniones, ellos mismos manifiestan que ahí se sienten parte de algo; es decir que al reunirse con personas de su misma edad se sienten identificados, que acuden al club porque ahí olvidan aunque sea un rato sus problemas, “aquí encontramos amor”, nos distraemos pues “aquí nada más venimos a echar relajo”, “nos divertimos tanto en nuestras fiestas, que ya quisieran los jóvenes estar aquí”, “me siento acompañada con todos ellos”, “las quiero a todas”.

- **Situación fuera del club.**

Existe dificultad para reconocer cual es su verdadera situación en cuanto a sus relaciones con las personas que los rodean, por ejemplo, cuando inició el taller todas decían que se llevaban muy bien con su familia, con sus vecinos e incluso con sus compañeros del club, pero poco a poco ellas mismas han dejado ver que esto no es cierto, puesto que al interior de sus familias tienen problemas de comunicación o de otro tipo, también con sus vecinos existen ciertos roces.

CLUB DOS

DATOS ETNOGRÁFICOS.

- **Ubicación:**

Se encuentra ubicado en la Delegación Gustavo A. Madero.

- **Horario:**

Este club tiene un horario matutino de 9:00 a.m. a 13:00 p.m. Lunes, Miércoles y Viernes.

- **Descripción del Lugar:**

Este club se encuentra dentro de las instalaciones de un módulo del IFE que actualmente no se encuentra funcionando, las personas tienen asignado un salón amplio y largo en el que hay dos mesas largas acomodadas a lo largo del salón, al entrar hay una tercera mesa sólo que esta es chica, y enfrente de las mesas se encuentra el escritorio de la trabajadora social y al lado de ella hay dos ventiladores, un modular y otra mesa chica. Al fondo del salón hay una pequeña cocina, en la que hay de todo (estufa, fregador, alacena, mesa y todos los utensilios propios de una cocina).

- **Actividades.**

Lo primero que hacen las personas al llegar al club es desayunar, después algunas realizan algún trabajo de repujado, confeccionan algún artículo de piel, bailan o realizan ejercicios de gimnasia. Aunque las asistentes dicen que el principal motivo por el que acuden al club es para compartir un rato de su tiempo con sus compañeras.

- **Conformación:**

25 Mujeres.

1 Trabajadora Social.

1 Maestro de Repujado.

2 Maestras de baile.

1 Maestra de Gimnasia.

- Al Taller de Psicología asistieron de 20 a 25 personas.

- **Datos Generales de la Población:**

Edad.

Las edades de las personas que conforman este club se encuentran entre los 56 y los 85 años aproximadamente.

Escolaridad.

La mayoría de las integrantes de éste club sólo concluyeron la primaria, otras iniciaron o terminaron la secundaria y algunas de ellas estudiaron una carrera técnica. Sólo hay 4 personas que no saben leer ni escribir.

Ocupación Actual.

Todas las integrantes de éste club siguen realizando las labores domésticas a las que desde años atrás se dedican; es decir siguen asumiendo su rol de amas de casa.

Situación Económica.

La mayoría de las personas son pensionadas y reciben la ayuda económica que el actual gobierno del Distrito Federal les proporciona a las personas de la 3ª edad, además la mayoría de ellos reciben ayuda económica de sus hijos o familiares (hermanos principalmente).

Se utilizó el término de mayoría, debido a que en el grupo existe una mujer que es soltera, no tiene hijos y no cuenta con algún familiar, ya que desde muy joven emigró al Distrito Federal y desde ese entonces trabaja en una casa realizando las labores domésticas, sin embargo no recibe remuneración económica por sus labores, el pago por sus labores son un techo donde vivir, los alimentos y el vestido; por lo que su situación económica no es muy buena, sin embargo ella dice estar muy agradecida con su "patrona" por todo lo que le da.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.

AUTOCONCEPTO

Las personas de éste club tienen un autoconcepto negativo, que han manifestado a través de diferentes comentarios: “Me compadecen”, “me dicen la sorda”, “soy la señora del bastón”, “quiero hacer las cosas bien”, “soy peleonera”, entre otros. Sin embargo ellas dicen que se sienten a gusto con lo que son, “lo tienen todo y no me falta nada”, “soy bien feliz”, “soy una tonta e ignorante”.

FÍSICAS.

La mayoría padecen de presión alta y de diabetes, pero también, hubo otras personas que dijeron padecer otras enfermedades, como son:

- Dos dijeron padecer de osteoporosis.
- Una dijo padecer insuficiencia respiratoria.
- Otra dijo tener una lesión en las vértebras.
- Otra padece gastritis.
- Una bronquitis.
- Una depresión.

La mayoría manifestaron sentirse cansadas regularmente.

PSICOLÓGICAS.

Las mujeres de éste club dicen que se sienten bien con ellas mismas y con la vida que llevan, pero a través de diferentes comentarios han dejado ver que esto no es así, y no es que digan directamente que se sienten mal e inconformes con ellas o con lo que pasa a su alrededor. Además, son muy inseguras, con un carácter poco flexible y han manifestado abiertamente que no confían en la gente. Tiene un carácter hostil y poco tolerante,

SOCIALES.

• Situación al interior del Grupo:

La situación que se vive al interior de este grupo es un poco tensa debido a que las integrantes no se tienen confianza y la tolerancia que existe entre ellas es muy poco, por lo que cualquier cosa por pequeña que sea es motivo de discusión entre ellas.

El grupo está claramente dividido en subgrupos a los que les cuesta trabajo tolerarse, los cuales por lo regular buscan la forma de molestarse unos a otros, además casi no se hablan. Incluso cada subgrupo ya se apoderó de una mesa. Al respecto la trabajadora social comento lo siguiente: “están muy divididas, cada una ya tiene su lugar y no puede llegar otra a ocuparlo porque se molestan, y están tan apoderadas de sus mesas que se molestan si las mueven o si alguien que no pertenezca a ese lugar se sienta ahí, por ejemplo, hace tiempo el maestro de repujado necesitaba más espacio para trabajar y se le ocurrió jalar una de las mesas de este

lado pero las señoras que se sientan ahí se molestaron tanto que el maestro la tubo que regresar para acabar con la discusión, pues ellas empezaron a decir que no tenían donde desayunar o donde trabajar, yo incluso les dije que se sentaran en la otra mesa junto a las demás porque había mucho espacio, pero no quisieron”.

*** Dinámica Grupal.**

A pesar de que la confianza y tolerancia que existe entre las integrantes de este grupo ellas dicen que les gusta asistir porque ahí platican entre ellas (por supuesto que sólo con las que pertenecen a sus subgrupo), también dicen que les gusta ir porque ahí han aprendido a hacer manualidades que siempre quisieron hacer pero que por falta de tiempo habían pospuesto; por ejemplo una señora dijo “a mis más de 80 años aprendí a hacer el rococo que siempre había querido aprender a hacer y por fin se me hizo”, otra dicen que van ahí para distraerse un rato, para no estar solas en sus casas.

*** Situación Fuera del Club.**

Debido a que son personas con un carácter poco flexible tienen algunos problemas familiares, debido a que tienen una comunicación deficiente con su familia.

CLUB TRES

DATOS ETNOGRÁFICOS.

• **Ubicación:**

Esta es una institución que pertenece a la Delegación Cuauhtémoc, pero que esta asociada al INAPAM.

• **Horario:**

Las actividades de este club inician a las 10:00 a.m. y terminan a las 17:00 p.m. de Lunes a Viernes.

• **Descripción del Lugar:**

Las personas de este club se reúnen en una casa que pertenece a la Delegación Cuauhtémoc. La casa esta conformada por una planta baja y un primer piso. Al entrar hay un pequeño recibidor en el que hay una pequeña salita que se ocupa para las funciones de cine que se dan por la tarde. Al subir las escaleras hay unas oficinas y más adelante se encuentran los salones.

- **Actividades:**

En este club hay diferentes actividades, como son:

- Pintura.
- Tejido.
- Domino
- Gimnasia Perezosa.
- Yoga.
- Canto.
- Teatro.
- Corte y confección.
- Cocina
- Diferentes cursos.

- **Conformado:**

- * A este club asisten muchísimas personas; ya que hay diferentes actividades y servicios para sus asociados.
- * Hay varias trabajadoras sociales.
- * Una psicóloga clínica.
- * Médicos generales y de medicina alternativa.
- * Una maestra de yoga.
- * Dentistas.
- * Una maestra de cocina.
- * Una de teatro.
- * Una de música.
- * Un coordinador general.
- * Etcétera.
- * Al taller de psicología asistieron entre 10 y 15 personas.
- ** La mayoría las asistentes son mujeres.
- ** Sólo un hombre asistió a todas las sesiones.

- **Datos Generales de la Población:**

Edad.

Las edades de las personas que integran este club van de los 60 a los 87 años aproximadamente.

Escolaridad.

Debido a que el número de asociados es muy grande fue posible acceder a esa información; sin embargo, si se tiene la información que corresponde a las personas que acudieron al taller de psicología.

Las mayoría de los asistentes concluyeron la primaria e incluso hay una persona que actualmente esta cursando la secundaria abierta.

Ocupación Actual.

Las mujeres siguen ejerciendo su rol de amas de casa; en tanto que el único hombre que asiste al taller desde hace algunos años se ha dedicado también a realizar dichas labores. Pero la principal actividad de todos es acudir al club a realizar diferentes actividades.

Situación Económica.

La mayoría son jubilados (reciben pensión), y debido a que la mayoría no ha cumplido los 70 años sólo unos cuantos reciben la ayuda económica que el actual gobierno del Distrito Federal les proporciona a las personas de la 3ª edad. Pero reciben ayuda económica por parte de sus hijos.

Hay dos personas que sólo reciben ayuda económica de sus hijos, por lo que tienen que realizar alguna actividad para tener un ingreso extra, como por ejemplo tejer, confeccionar ropa o cultivar plantas con el objetivo de venderlas, etcétera.

También hay una señora que es soltera, que nunca tuvo hijos que recibe su pensión y además la ayuda económica del gobierno, pero como con esto no cubre sus gastos del mes se dedica a vender diferentes productos de forma informal.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.

AUTOCONCEPTO.

La mayoría de las personas que asisten al taller de psicología se ven a sí mismas como personas con defectos y virtudes, sin embargo, también se sienten mal por los cambios que sufre su cuerpo, por las enfermedades que padecen. Dicen sentirse inútiles; sin embargo dentro de todo buscan diferentes alternativas que los puedan ayudar a sentirse mejor.

FÍSICAS.

Las principales enfermedades que existen entre las personas que asistieron al taller de psicología son las siguientes:

- La mayoría son hipertensas.
- Una de ellas padece de mal de parkinson.
- Una sufre vitíligo.
- Otra Bronquitis aguda.
- Una sufre de Artritis y
- Varias padecen Diabetes.

La mayoría de ellos dicen sentirse regularmente cansados y con dolores musculares. Además manifiestan tener algunos problemas para dormir.

PSICOLÓGICAS.

Las personas que integran el taller de psicología tienen un carácter bastante flexible, buscan diferentes alternativas para mejorar aquellas situaciones con las que están a disgusto, por ejemplo toman clases de yoga, asisten al taller de psicología, acuden con su médico, juegan domino, cachibol, asisten a los diferentes cursos informativos, etcétera, con el fin de entender mejor lo que les está pasando y mantener el control de la situación o bien para aceptar y adaptarse a ellos.

SOCIALES.

- **Situación al Interior del Grupo.**

Si bien es cierto que existen algunas diferencias de opinión entre las personas que asisten al taller, también es cierto que entre ellos hay un grado elevado de tolerancia y de respeto; además la confianza que hay entre ellos ha ido creciendo conforme avanza el taller, se han reafirmado sus lazos de amistad y compañerismo.

Todos se consideran personas dignas de ser escuchadas y no hay un solo líder en el grupo, todos participan expresando dudas, comentarios, opiniones, incluso compartiendo algunas experiencias difíciles por las que están o han atravesado.

- * **Dinámica Grupal.**

La mayoría de los integrantes del taller dicen que sienten un gran apoyo en el grupo, que procuran asistir toda la semana pues ahí se olvidan de sus problemas, incluso de sus enfermedades, ahí tienen muchos amigos y aprenden diferentes manualidades.

Hay dos señoras a las que sus hijos no las dejan asistir al club, pero a pesar de todo ellas se escapan o bien discuten con sus hijos para poder ir, pues dicen que ahí se olvidan un rato de sus enfermedades o de sus problemas aunque después cuando llegan a su casa se acuesten a dormir o a descansar todo el día o bien llegan a enfrentarse a sus problemas diarios pero ya más descansados.

- * **Situación fuera del Grupo.**

La mayoría de las personas dicen llevarse bien con su familia a pesar de tener algunas dificultades con sus hijos debido a que estos o los ignoran o les imponen cosas.

Algunas personas dicen tener muchos amigos fuera del club, y dicen llevarse muy bien con sus vecinos.

CLUB CUATRO

DATOS ETNOGRÁFICOS.

- **Ubicación:**

El club se encuentra ubicado en la Delegación Cuauhtémoc.

- **Horario:**

Las personas de éste club se reúnen de 4:00 p.m. a las 17:00 p.m. los Lunes, Miércoles, Jueves.

- **Descripción del Lugar:**

El club se encuentra dentro de las instalaciones de una biblioteca, las personas se reúnen en un salón amplio que hay en el primer piso de una Biblioteca pública.

En el salón hay bastantes sillas, hay una mesita y un escritorio al fondo

- **Actividades:**

En éste club las personas se reúnen principalmente a platicar, entre ellos mismos también se dan cases de baile y canto y alguna que otra de las mujeres tejen, pero sólo son unas cuantas. Además desde hace varios años una psicóloga asiste a darles diferentes platicas (cabe mencionar que esta psicóloga no pertenece a ninguna institución gubernamental encargada de atender a las personas de la 3ª edad, según comentarios de los propios asociados al club ella va por gusto y por que han entablado una relación de amistad muy bonita desde el tiempo en que ella realizará sus servicio social con ellos, hace aproximadamente cuatro años).

- **Conformación:**

MUJERES:

Está conformado por 15 mujeres.

HOMBRES:

Y 5 hombres.

Regularmente todos asisten al club y por supuesto al taller de psicología.

- **Datos Generales de la Población:**

Edad.

Las edades de las personas que asisten al club se encuentran entre los 66 y los 83 años.

Escolaridad.

La mayoría de las personas de éste club concluyeron la primaria, sólo hay 3 personas no la concluyeron (dos cursaron hasta el 2º grado y otra hasta el 5º grado). Hay cuatro personas que tienen carrera técnica (comercio), otras concluyeron o iniciaron con sus estudios de secundaria y sólo una persona (un hombre) curso la preparatoria. Hay un hombre que actualmente está cursando el 2º año de secundaria abierta.

Ocupación Actual.

La mayoría de las personas de éste club se encargan de realizar las labores domésticas de su propio hogar. Uno de ellos continúa además con sus estudios, otro aun continua laborando en el taller mecánico de su propiedad. Y dos de ellos (una mujer y un hombre) se encargan de coordinar las actividades del club y otro de los hombres los apoya dando clases de canto y baile. También hay una mujer que se dedica a vender ropa de forma informal para ayudarse económicamente.

Situación Económica.

La mayoría de los asistentes son pensionados y además reciben la ayuda económica que el actual gobierno del Distrito Federal les proporciona a las personas de la 3ª edad, sólo cuatro de ellos no reciben esta ayuda gubernamental debido a que aun no cumplen los 70 años. Y como ya se mencionó arriba hay dos personas que continúan ejerciendo un rol laboral por el cual obtienen una gratificación económica. Además, la mayoría reciben apoyo económico por parte de sus hijos.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.

AUTOCONCEPTO.

Aunque si bien es cierto que el autoconcepto de las personas de este club no es del todo positivo, también es cierto que no es del todo negativo, y esto es gracias al carácter flexible que todos tienen, por lo que se permiten expresar abiertamente aquellas cosas que de ellos mismos les desagradan o inconforman, permitiendo que sus mismos compañeros o familiares les den su opinión al respecto con lo que muchas veces se dan cuenta que su percepción acerca de ellos mismos esta equivocada lo cual los lleva a una nueva revaloración de sí mismos o bien el expresar abiertamente lo que piensan o creen de ellos les ayuda a aceptarlo y a adaptarse o bien a buscar estrategias que les permitan cambiar esa situación.

PSICOLÓGICAS.

Algunas señoras manifestaron abiertamente sentirse regularmente tristes aparentemente sin razón alguna, otras si conocen el motivo de su tristeza (reciente viudez), otros dicen que su tristeza se debe a las enfermedades que tienen y al cansancio que esta les provoca, por lo que en muchas ocasiones no pueden asistir al club y esto les entristece más.

Sin embargo no les cuesta trabajo reconocer sus sentimientos frente a sus compañeros, lo cual les permite recibir un apoyo extra.

Además, todas las personas de este club tienen un carácter muy flexible.

FÍSICAS.

Las principales enfermedades que existen entre los asociados a este club son:

1. La mayoría son hipertensos.
2. Un hombre manifestó tener problemas de próstata.

3. Sólo dos personas son diabéticas.
4. Una sola persona dijo tener dolores frecuentes en los huesos de sus piernas
5. Una persona dijo tener problemas de circulación.
6. Una dijo ser depresiva.

Además, casi todos mencionaron tener problemas para dormir y sentirse cansados con regularidad. A pesar de tener problemas de salud las personas tratan de mantenerse activas ya sea en las labores del hogar o en el club bailando, cantando, etcétera, lo que les permite aceptar de mejor forma los cambios y enfermedades que tienen.

SOCIALES.

*** Situación al interior del Grupo.**

Las relaciones entre los integrantes del grupo son muy cordiales y respetuosas, independientemente del rol que cada uno juega dentro del club; es decir ahí las decisiones y actividades las toman entre todos, nadie impone nada. Todos se hablan y existe un alto grado de tolerancia entre ellos.

Además, las diferencias económicas que existen entre los integrantes de este club no son un motivo para que unos se sientan con más derechos que otros, pues ahí todos son iguales y tienen el mismo derecho de opinar y decidir sobre las actividades del club, y evitan hablar del aspecto económico, pues es importante mencionar que en el presente club algunas personas tienen mayores posibilidades económicas que otras; sin embargo esto no interfiere ni en el trato que se les da en el club ni mucho menos en las relaciones que entablan con sus compañeros, pues ellos mismos dicen que todos son iguales ahí.

*** Dinámica Grupal.**

Las personas manifiestan que van al club porque se sienten identificados con sus compañeros, porque compartieron una misma época y ahí reviven esos momentos, pueden intercambiar experiencias, etcétera.

En el club también encuentran apoyo y consuelo en los momentos difíciles. Por ejemplo unas señoras dijeron que cuando sus esposos murieron les fue de gran ayuda el que sus compañeros estuvieran con ellas todo el tiempo. Otras señoras comentaron que aun cuando no asisten al club porque están enfermas o tienen otros problemas sus compañeros siempre los visitan o si no les hablan por teléfono.

Todos nos preocupamos por todos y buscamos la forma de ayudarnos los unos a los otros en los momentos difíciles.

*** Situación Fuera del Club.**

En diversas ocasiones ellos mismos han comentado que “no les gusta meterse donde no les hablan”, dicen que son respetuosos con las decisiones de los demás y que sólo en caso de que su opinión se requiera la dan, de no ser así prefieren mantenerse al margen a pesar de no estar de acuerdo.

Según sus propias palabras se llevan muy bien con sus hijos.

Además, también mantienen buenas relaciones con los integrantes de otros clubs con los que van a diferentes convivencias o concursos.

DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES .

AUTOCONCEPTO.

A los integrantes de los clubs les cuesta bastante trabajo pensar en lo que son y en cómo son, por lo que cuando se trataba de realizar actividades que tuvieran que ver con esto se resistían a efectuarlas, ponían una serie de pretextos; como por ejemplo:

- “Nunca he pensado en mí, eso es egoísta”.
- “Pues yo soy yo y nada más”.
- “A nosotras nos enseñaron que es mejor hablar bien de los demás, porque si decimos que nosotras somos inteligentes o que hacemos bien esto o lo otro, entonces somos egoístas, vanidosas y por eso hablan de nosotras”.
- “Yo siempre he sido la hija de.., la esposa de .., la madre; pero decir que soy Isabel, no sé siento que hace falta algo.
- No estoy acostumbrada a pensar en mí, porque para mí lo primero son mis hijos, mi esposo, mis nietos. Y la verdad no tengo tiempo para pensar en cómo soy y lo que soy, eso es egoísta.
- Soy una persona, un ser humano.
- “Debo amar a los otros”.
- “Soy una persona exigente para hacer las cosas que tengo que hacer”.
- “Soy una persona que he vivido bastante, como para ahora estar entre el grupo de adultos mayores”.
- “Soy una compañera más”.
- “Yo desearía ser muy buena”.

- “Pienso que mis compañeros piensan que soy gestuda, enojona y que me dejo convencer fácilmente”.

Sin embargo; hubo unas cuantas personas que dijeron:

- “Soy una persona con virtudes y defectos”.
- “Soy una buena mujer”.
- “Soy una mujer con todos los defectos y también con muchas virtudes y cualidades”.
- “Soy un ser humano con cualidades y defectos. Agradable y desagradable a la vez”.

Sin embargo cuando se les pedía que mencionaran algunas de sus cualidades se quedaban callados. Algunos decía que nunca se habían puesto a pensar en sus propias cualidades aunque saben que ahí están pero pensar en ellas es vanidad es mejor esperar a que los otros te las digan. “Es más fácil que los otros conozcan nuestras cualidades”. Cuando se les pedía que dijeran algunas de sus cualidades no se encontraban una sola, pero lo que si encontraban en ellos eran varios defectos.

Otros simplemente decían:

- “Soy una persona llena de defectos”.
- “No maestra, yo no tengo ninguna cualidad”.
- “Tengo puros defectos”.
- “Se las necesitaría preguntar a mis hijos”.
- “Me va a ser muy difícil encontrar algo bueno en mí, porque no tengo nada”.

A través de las diferentes técnicas y ejercicios que se utilizaron en este taller se pudo observar que no es que no se hubieran dado un tiempo para pensar en ellos mismos, sino que más bien les cuesta trabajo aceptar que no tienen un buen concepto de sí mismos, sienten que carecen de cualidades y que están llenas de defectos; sin embargo esto no lo expresan abiertamente frente a sus compañeros, pues ante todo procuran aparentar que todo esta bien con ellos, que se sienten a gusto con lo que son o bien que no les importa lo que son o como son pues lo más importante es cuidar del bienestar de los otros.

- Otros en tanto sí dijeron lo que creían de sí mismos:
 - § “Soy una zoqueta”.
 - § Algunos que eran unos Inútiles debido a los cambios que su cuerpo ha sufrido por algunas enfermedades que padecen y desean con todas sus fuerzas regresar al pasado, para volver a ser jóvenes o niños y poder tener la misma agilidad..
 - § “No creo tener cosas buenas en mi persona”
 - § “Soy una tonta”.
 - § “Ya no deseo hacer nada”.
 - § “Ya es muy tarde para hacer lo que no me dejaron hacer de joven”
 - § “Soy enojona”.
 - § ”Soy enojona y olvidadiza”.
 - § “A veces el tiempo no perdona y somos menopausicos y alegres”.
 - § “Soy invalida, me siento triste porque estoy sola”:
 - § “Quisiera estar completa y feliz”.

Conforme fueron teniendo lugar las sesiones la situación empezó a cambiar en el sentido de que empezaron a pensar más en ellos, se dieron cuenta de que reconocer sus propias cualidades no es vanidad, sino todo lo contrario, ya que el reconocer sus propias cualidades los ayuda a quererse, valorarse y a cuidarse. Incluso hubo varias personas que empezaron a expresar varias de las cualidades que tienen.

Estos son algunos de los comentarios al respecto:

- “Tengo que pensar primero en mí para atender a los demás”
- “Como dice en la Biblia ‘Ama a tu prójimo como a ti mismo’, y si no nos queremos a nosotros mismos como podemos decir que queremos a los demás”.
- “Luego nos quejamos de lo que nos pasa, pero no nos damos cuenta de que nosotros no hacemos nada por mejorar esa situación y culpamos a los demás”.

- “Hay que ser coherentes con lo que decimos y hacemos, tenemos que luchar por lo que queremos, porque a nuestra edad todavía tenemos muchas ilusiones y hay que luchar para que sean realidad”.
- “Pienso que todos tenemos inteligencia, aunque no hayamos estudiado”.
- “Nadie tiene derecho a decirnos inútiles, porque el que estemos grandes no nos quita las cosas buenas que traemos”.
- “Nosotros mismos somos el ángel guardián que Dios nos mando a cada uno para que nos cuidara”.
- “Nunca tenemos tiempo para pensar en nosotros y si no empezamos por aquí allá afuera todo va a ser más difícil”.
- “Para estar bien con los demás primero tengo que estar bien conmigo”.

FÍSICAS Y FUNCIONALES.

El autoconcepto que tenían de su cuerpo y su memoria era el siguiente:

- “Los jóvenes piensan que porque estamos grandes ya no aguantamos”
- “Desde que me dio esta enfermedad (embolia), siento que soy una inútil, los demás me compadecen por como estoy, siento que les estorbo a mis hijos, quiero ser la de antes, quiero ser como los demás que corren, juegan, van y vienen”.
- “Ahora soy una inútil, ya no camino bien, me canso de todo”
- “Mis piernas ya no me dejan hacer las cosas que antes hacía”.
- “Esta enfermedad (artritis) me bajo mucho la moral”.
- “Me da mucho miedo que mis piernas se me descompongan mucho más y me haga más inútil”.
- “La gente me ve con miedo y me rechazan porque piensan que mi enfermedad (vitiligo) es contagiosa, sin saber que es sólo mía y no porque se acerquen a mí ya se les va a pegar”
- “Esta enfermedad que tengo (parkinson) es muy fea, me da mucha tristeza, me siento una inútil”.

- “A nuestra edad ya todo se nos olvida”.
- “Se me olvida hasta lo que me acaban de platicar mis hijos y luego les ando preguntando y se enojan conmigo porque dicen que ya me lo dijeron”.
- “A mí se me olvida hasta lo que acabo de decir que voy a hacer”.
- Yo no quiero vivir muchos años, si voy a estar “achacosa” no quiero, nada más quiero llegar a los 70 años para que me den mí tarjeta.
- Con salud y sin preocupación de enfermedades.

Cabe mencionar, que algunas personas prefieren aparentar que todo en su organismo está bien; por ejemplo:

- En caso de las enfermedades o malestares físicos: “Si usted le dice a la mente no tengo nada y si sabe controlar a la mente ella no lo deja entrar”.
- “Si piensas estoy sana lo estas”.
- “Yo tengo diabetes pero no voy con el doctor porque eso me enferma más, mejor todas las mañanas me tomo un jugo naturista y para mantener mi presión controlada me tomo todas las mañanas y por la noche una copa de vino tinto”.
- Sí le das importancia a la edad te acabas más

Estos son algunos de los cambios que se lograron en la percepción de las personas:

- “A pesar de nuestra edad podemos hacer las cosas bien, aunque ya no tan rápido como antes”.
- “Sí nos cansamos, ya no tenemos la misma agilidad, yo por ejemplo antes hacía el quehacer de mi casa todo en un día, pero ahora ya me canso, y por eso ahora hago un día una cosa y otro día otra”.
- “Yo descanso un rato y luego le sigo”.
- “Como los que van a bailar a los parques, que llevan sus bancos plegables, para descansar un rato, así cuando yo salgo busco un lugar para sentarme y descansar un rato”.
- “Hay que cuidar nuestra alimentación para estar sanas y bien el mayor tiempo”.

- En el caso de la señora que dijo que sentía que los demás la compadecían por como estaba y que era una inútil sus mismos compañeros le dijeron que de no ser porque ella comentó lo que le había pasado ellas no se hubieran dado cuenta; ya que siempre que la ven, la ven fuerte y sana, que no habían notado las secuelas de su enfermedad, y que ellas pensaban que con ejercicios especiales se va a mejorar.

Hubo otros tres casos en los que fue muy notorio el cambio de actitud en relación a las modificaciones que su cuerpo está sufriendo por las enfermedades que tienen: Uno de ellos fue en el señor que sufre de artritis, el otro en el caso de la señora que padece de parkinson y que además tiene problemas de circulación y el tercero es el de la señora que tiene vitíligo.

- El señor que padece artritis, dijo “ahora me estoy superando emocionalmente y me estoy atendiendo médicamente”.
- La señora que tiene vitíligo: “Les doy las gracias, porque aquí todos me aceptaron, se acercan a mí sin miedo y no como la gente que por ignorancia de no saber que mi enfermedad no es contagiosa me rechaza, pero ya no me importa, aquí yo me siento aceptada con todo y mis defectos y eso es lo único que cuenta para mí”.
- La señora que padece parkinson y problemas de circulación: Este caso fue muy especial, ya que cuando los talleres iniciaron ella siempre permanecía callada y procuraba sentarse en el lugar menos visible, no le gustaba participar, siempre ponía de pretexto que no podía escribir porque tenía mal sus manos, porque no veía o bien porque no sabía escribir y cuando se trataba de cambiarse de lugar para trabajar en equipo o para realizar cualquier otra actividad sencilla, ella decía que no podía, que su piernas no la dejaban, que su bastón se había caído, etcétera. Pero a través de las diferentes sesiones se procuró motivarla, hacerle ver que aun es capaz de realizar varias actividades, se procuro ayudarla a confiar en sus capacidades y habilidades tanto físicas como sociales y emocionales. Después de varias sesiones su actitud y comportamiento empezó a cambiar, pues ya se atrevía a expresar sus opiniones, empezó a tener mayor disponibilidad para trabajar en equipo e incluso para participar en aquellas técnicas que requerían de movimiento o de escribir alguna cosa. Incluso se inscribió en las clases de “gimnasia perezosa” y según comentarios de sus compañeras poco a poco se está atreviendo a realizar aquellos ejercicios que antes se negaba a realizar por miedo o porque ella creía que no era capaz de realizar por su situación física.

Por otro lado, también se dieron cuenta de que su edad no es una condición que determine el que tengan que empezar a perder la memoria y aprendieron algunas estrategias para ejercitarla. Se propiciaron algunas situaciones con el fin de que ellos mismos se dieran cuenta de que el que algunas cosas se les olvidaran no era una señal

de que les este fallando la memoria; sino que más bien se debía a que no ponían atención en lo que estaba pasando en el momento.

SOCIALES.

*** Situación al Interior de los Grupos.**

Con respecto a la situación social que se vivía al interior de cada grupo cuando los talleres dieron inicio es la siguiente;

En uno de los clubs el grupo realmente no existía, ya que aun cuando todos forman parte de la institución desde hace varios años no se conocían (es decir, si se identificaban como miembros del club pero no habían convivido nunca), y a partir del taller se empezaron a conocer y a sentirse identificados. Entre ellos empezó a surgir un gran sentimiento de apoyo, respeto, confianza y comprensión. Incluso una de las señoras estuvo la confianza de comentar en el grupo una situación muy difícil y penosa por la que estaba viviendo y en ese momento encontró el apoyo que le hacía falta:

Todos los integrantes del grupo le agradecieron a la señora la confianza que había tenido de comentarles lo que le estaba pasando:

- “Gracias por la confianza, ten la seguridad de que no te vamos a defraudar, yo en este momento quiero pedirles que todos nos comprometamos a que todo lo que se dijo aquí no salga de nosotros, que no lo andemos divulgando con los demás y que no andemos diciendo pobrecita de la señora, porque eso es muy feo”.

Esta misma situación pasó en todos los grupos a excepción del dos, pues como ya se mencionó anteriormente en este grupo existen bastantes problemas intragrupales, las integrantes casi no se toleran y el respeto que existe entre ellas literalmente pende de un hilo y a la menor diferencia de opinión que surja entre ellas deriva en un conflicto grupal en el que la mayoría saca rencores pasados. Sin embargo, es importante mencionar que aunque muy minimamente ésta situación ha empezado a mejorar, pues en cada sesión se ha procurado resaltar la importancia de contar con el apoyo mutuo al interior del grupo, también se han fomentado el respeto mutuo y la tolerancia hacía las diferencias de cada una. Por ejemplo:

- Cuando el taller inició no se escuchaban las unas a las otras cuando emitían sus opiniones respecto a los temas, se la pasaban hablando entre ellas, algunas se salían del salón y una que otra se quedaba dormida o se preocupaba más por bostezar que por escuchar a sus compañeras. Esta situación, ya cambio, pues ahora procuran poner atención a lo que dicen sus compañeras, ya no entran y salen del salón. Se puede decir que ahora si son receptoras activas, pues escuchan a sus compañeras y luego dan ellas su punto de vista. Otra de las cuestiones que se ha procurado mejorar en torno a sus relaciones sociales intragrupales es la tolerancia y aunque los cambios al respecto empiezan a

surgir (pues ya no discuten por todo, ni tratan de imponer sus decisiones u opiniones): es importante reconocer que en este sentido aun falta mucho por hacer en el presente grupo.

En cuanto a los otros dos grupos se puede decir que la confianza, el respeto y el apoyo mutuo se reafirmaron, si bien no al mismo grado que el primer grupo que se mencionó, pero si en un grado importante pues en uno de ellos no se tenían la suficiente confianza para hacer comentarios con respecto a aquello que le temen o les lastima emocionalmente. Sin embargo, llegó un momento en el que se permitieron confesar aquellas situaciones que para ellos son difíciles, al principio les costó bastante trabajo aceptar públicamente sus temores, inseguridades u otras situaciones que les afectan, pero al darse cuenta de que en sus compañeros encontraban comprensión ya porque comparten sus mismos miedos o alguna situación en particular o simplemente con que los escucharan y aconsejaran se sentían comprendidos y apoyados.

En todos los grupos (excepto en el dos) cada sesión se cierra con un fuerte abrazo, que siempre es muy emotivo, pues mientras todos están abrazados al menos uno de ellos dice alguna frase con la que se reafirma su apoyo mutuo; por ejemplo:

- “En esta ocasión les quiero decir a todos que pueden contar conmigo”.
- “Oigan, les quiero pedir que por favor me dejen darles un abrazo muy fuerte a cada uno, es que de pronto me nació y no quiero dejarlo para otro día”.
- “Me siento muy contenta y agradecida de haber llegado a este grupo”.
- “Que Dios los bendiga a todos”.
- “Les quiero decir que los quiero a todos, me siento muy bien con ustedes”.

*** Dinámica Grupal.**

Conforme las sesiones fueron teniendo lugar se empezaron a notar algunos cambios en la dinámica grupal; por ejemplo:

- Cuando el taller inicio en uno de los grupos había dos personas que se apoderaban de la conversación, pero poco a poco las demás se fueron integrando y aunque sus participaciones son muy pocas y concretas ya se atreven a expresar su opinión, con lo que el taller se ha ido enriqueciendo pues ya son más de dos personas las que comparten sus experiencias y expresan sus opiniones.
- En tanto que en los otros grupos también ha ido cambiando la situación al respecto:
 - Como es el caso de la señora que al principio se arrinconaba y no decía palabra alguna y conforme las sesiones fueron desarrollándose empezó a opinar y a compartir con el grupo algunas experiencias personales. Incluso hubo un momento en el que sus mismas compañeras manifestaron su sorpresa al verla como ahora ya habla, como se comporta:

- “Ahora ya se ríe”, “ya platica con todas”. Es importante mencionar que ahora juega y platica hasta con los niños que frecuentemente van al club a acompañar a sus abuelas.
- También hay otra señora que decía que a ella no le gustaba hablar, porque sentía que sólo decía tonterías, que su opinión no era importante puesto que ni siquiera la primaria había concluido, y que además en su familia siempre la habían menospreciado. Pero poco a poco el cambio surgió y ella misma se sorprendió y un día dijo:
 - Se acuerda de cómo era yo antes, véanme ahora ya no me importa lo que piensen de mí, ahora ya puedo hablar sin miedo”. Y efectivamente ahora es una de las que más habla.

Por otro lado, también empezaron a surgir otros cambios en cuanto a la forma en la que en algunos clubs se toman las decisiones.

* Como es el caso de los problemas que existen en unos de los clubs por las diferencias que la coordinadora hace entre las asociadas (a algunas les da la preferencia por sus características físicas y su poder adquisitivo). Esta situación impera desde hace varios años según comentarios que ellas mismas han hecho, y todas las aceptaban o se conformaban sin expresar su descontento. Pero apenas hace poco cinco de las integrantes se atrevieron a manifestar su inconformidad por la forma en como la coordinadora las trata, por lo que surgió un pequeño conflicto entre ellas y la coordinadora la cual intentó imponer una vez más su autoridad y decisiones, sólo que en esta ocasión las integrantes defendieron su posición y manifestaron abiertamente que no les gustaba el trato que les daba (menosprecio) por las limitaciones físicas que tienen. Finalmente estas cinco personas decidieron cambiarse de club al ver que la coordinadora no pretendía modificar de ninguna forma su posición.

* Situación Fuera del Grupo:

En la mayoría de los casos los problemas familiares que manifestaron tener no están directamente relacionados con ellos mismos, más bien están relacionados con los problemas propios de sus hijos, como son:

- “Mi mayor preocupación es tener tres hijos sin trabajo formal”.
- “A veces siento tristeza al ver que mis hijos en general tienen problemas en sus trabajos, por la situación que prevalece hoy en día”.
- “Tengo un hijo que vive conmigo, se separó de su esposa, toma mucho, pero no me molesta, me siento triste por su situación”.
- “Tengo una niña de 5 años, es de una de mis hijas, pero ella no se preocupa por la niña, la llevo al kinder, pero siento que tengo una gran responsabilidad”.

- “Mi hijo está en la cárcel, porque le robó a una señora y además es un drogadicto”.
- “Mi hijo esta en la cárcel desde hace varios años, le dijeron que ya iba a salir por su buen comportamiento, pero apenas ayer nos avisaron que no es posible que salga aun. Y ahora no sé cómo se lo voy a decir, el llora mucho y yo ahora me siento culpable”.

También hubo otras personas que manifestaron tener los siguientes problemas con sus hijos:

- “Cuando le platico algo a mi hija nunca me da la razón, porque dice que no la tengo y eso me deprime mucho”.
- “Me entristece no tener con quien hablar, porque, por ejemplo cuando uno quiere hablar con sus hijos ni nos hacen caso, parece que no nos oyen”.
- “Cuando uno quiere abrazar a los hijos para demostrarles que los queremos, pero no lo hace, bueno yo por ejemplo siempre he querido a mis hijos pero nunca los he abrazado, porque a mí así me educaron y además porque es una la que tiene que poner las reglas en la casa cuando son chicos o jóvenes, porque si no se pierden. Pero ahora, ya están grandes, quiero acercarme a ellos, abrazarlos; pero no lo hago porque van a decir que algo me pasa o ¿qué tal si me rechazan?”

A través de los comentarios que se hacían en las sesiones al respecto las personas empezaron a entender, por un lado que no son responsables de lo que a sus hijos les pasa, pues ellos ya no pueden controlar lo que pasa o deja de pasar con sus hijos. Por otro lado entendieron que nunca es tarde para demostrar el afecto que tienen guardado para sus seres queridos. Que no es conveniente adelantarse a los hechos; ya que las suposiciones muchas veces no nos permiten actuar o hacer algo para cambiar las situaciones.

- Por ejemplo la persona que dijo sentir el deseo de abrazar a sus hijos pero que no se atrevía, en una de las sesiones posteriores comentó muy contenta que ya se había atrevido a abrazar a sus hijos y que no la habían rechazado como ella creía. Dijo que se sintió muy bien cuando por fin lo hizo.
- El señor que dijo que sus hijos parecían no escucharlo cuando les platicaba algo, puso en práctica algunos de los consejos que sus mimos compañeros le dieron al respecto. Por ejemplo le dijeron que hablara seriamente con sus hijos y les hiciera ver la forma en cómo se estaban comportando con él y que además pusiera reglas; es decir, que les dijera a sus hijos que así como ellos querían que les pusiera atención cuando le cuentan sus cosas, también él quería la misma atención.

Otra situación que les provoca tristeza es la siguiente:

- “Me siento reemplazada por mi hija, porque ahora ella hace todo lo que yo antes hacía, y mis hijos cuando quieren algún consejo o tienen problemas siempre recurren a ella. Yo sé que lo hacen para que no me preocupe,

pero la verdad es que me siento una inútil, siento que ella me esta quitando mi lugar y que mis hijos me hacen a un lado, y eso me da mucho coraje. Yo quiero ayudarles, todavía puedo hacer cosas”.

-
Hubo varias personas que manifestaron su descontento por situaciones similares a la anterior; sin embargo, esto dio pauta para dejar ver la importancia de la comunicación abierta y directa con las personas que nos rodean, para así poder expresar sinceramente las situaciones que no nos agradan y nos gustaría cambiar. Por ejemplo, las personas se dieron cuenta de que efectivamente si querían que algo que les incomoda se modificara tenían que hablarlo, y surgieron comentarios como los siguientes:

- “Al que no habla Dios no lo escucha”.
- “Nuestros hijos no son adivinos para saber que es lo que nos pasa o que es lo que queremos”.
- “Tenemos que hablar si queremos que algo cambie de lo contrario nada más no vamos a estar quejando y hasta enojando con nuestros hijos y ellos ni van a entender por qué nos comportamos así y ellos también se van a enojar con nosotros y eso puede hacer que se alejen de nosotros, por eso lo mejor es hablar”.

A raíz de estos comentarios algunas personas se atrevieron a hablar de forma directa con sus hijos sobre aquellas situaciones que les incomodaban. Estos son algunos comentarios:

- “Al principio tenía miedo de decirle a mi hija que me dejara ayudarla a hacer las cosas, pero cuando se lo dije me di cuenta de que no era tan grave, ella no se enojo, al contrario me dijo que siempre había creído que yo estaba bien, que me agradaba que ella hiciera todo, pero que si yo quería ayudarla ella estaba de acuerdo, que además así iba a tener más tiempo para sus cosas. Y ahora ya me deja ayudarla a hacer la comida y otros quehaceres.”
- “Cuando me decidí a hablar con mi hija tenía miedo, pero lo hice y le dije que me sentía desplazada e inútil. Ella me dijo que nunca quiso ocupar mi lugar, que se había hecho cargo de todo para que yo no me molestara ni me cansara. Le dije que lo entendía pero que yo quería sentirme útil, que me tomaran en cuenta, porque yo soy la mamá y todavía tengo la fuerza y la capacidad para hacerme cargo de las cosas y para aconsejar a mis hijos en sus problemas. Finalmente nos pusimos a llorar las dos y nos abrazamos, y entendimos que por no hablarlo ambas pensábamos que hacíamos las cosas por el bien de la otra, siendo que las dos nos sentíamos incomodadas, pues ella me dijo que sentía que llevaba una carga muy pesada con tanto trabajo, pero que no decía nada para que yo no me

molestara. Que bueno que nos decidimos a hablar, yo espero que las cosas empiecen a cambiar, aunque todavía me falta hablar con mis demás hijos para decirles que me gustaría que me tomaran en cuenta, que no piensen en que me voy a enfermar o a preocupar de más porque me cuenten sus problemas; pero esto después lo voy a hacer”.

CAPITULO IV.

**INTERPRETACIÓN DE LOS
DATOS.**

Interpretación de los datos.

El principal factor que las personas relacionan con la vejez son los cambios orgánicos que en este periodo de la vida se experimentan paulatinamente.

Por ejemplo en los cuatro grupos en los que se intervino se mencionaba alguna preocupación por los cambios físicos que esta sufriendo su cuerpo, ya sea por alguna enfermedad o por el proceso natural del envejecimiento. con lo que podemos ver que el autoconcepto de las personas de estos grupos estaba más relacionado con su aspecto físico que con su aspecto interno.

- "Padecemos muchas enfermedades".
- "Pero podemos seguir haciendo cosas".
- "También ya hay arrugas, joroba".
- "Somos menos activos, más cansados".
- "Hay enfermedades".
- "Hay disminución del cuerpo".
- "Los dientes se caen, yo por eso casi no me río"
- "Las enfermedades que tienen son propias de la edad y no es cierto, pero tanto nos dicen que llegamos a creer que es cierto".
- "Tenemos que usar bastón aunque no nos guste".
- "La vista falla y hay que usar lentes".
- "Ya no se camina bien".
- "Ahora soy una inútil, ya no camino bien, me canso de todo":
- "Ya no tengo las mismas energías".
- "Con la edad hay muchos cambios como las arrugas, manchas en la piel, caída de pelo".
- "Hay dolores musculares, presión alta".
- "Estamos agotados, cansados, como que la enfermedad pega más porque no hay actividades, que debe tener uno porque son lo que nos hace olvidar".
- "Yo ya casi no oigo".
- "Yo no quiero vivir muchos años si voy a estar achacosa".
- "Hay veces que me siento muy pesada, con mucho sueño".

Por tanto, el cómo se perciben físicamente es un factor importante que determina el autoconcepto que el individuo tiene de sí mismo; es decir, refleja las experiencias actuales y los modos en que estas experiencias se interpretan. Y es precisamente de acuerdo a la propia percepción que el individuo tiene de sí mismo como se va a comportar públicamente.

- "Me da miedo enfermarme, estar en cama. No sería justo que ate a mi hijo a mi enfermedad, porque yo sé que no me dejaría, porque siempre que me ve mal ahí esta conmigo, pero no, no sería justo. Por eso cuando me siento enferma me levanto, me arreglo y me vengo para acá, y aquí se

me olvida porque platico, me río; aunque después llegue a mi casa a acostarme otra vez.”

- “Hay veces que me siento muy mal, pero trato de que no se me note para que mi hijo no se preocupe, pero hay veces que el venir me cuesta trabajo, y sí luego, luego voy con el doctor para que me revise, pero de todos modos...”
- “Desde que me dio esta enfermedad (embolia), siento que soy una inútil, los demás me compadecen por como estoy, siento que les estorbo a mis hijos, quiero ser la de antes, quiero ser como los demás que corren, juegan, van y vienen. Ahora nada más me la paso llorando por todo en cualquier lugar en el que estoy y con quien este”.

En la sociedad actual se sobrevalúa la actividad y capacidad física, pues mientras más productiva sea una persona el rol social que ocupa en la sociedad será más virtuoso; quizá por eso las personas mayores valoran bastante su propia autonomía, pues piensan tal vez que en la medida en la que ellos puedan valerse por sí mismos los otros también los valoraran.

- “La sangre no me circula bien y por eso hay veces que las piernas se me hinchan mucho y luego no puedo ni caminar, además padezco mal de parkinson y pues como vivo sola hay una vecina que siempre me ayuda a hacer las cosas que por mis enfermedades no puedo hacer, como por ejemplo cambiar las cortinas o bajar cosas. Tengo mucho miedo de que mi mal empeore y que me deje más inútil de lo que estoy, y de que mi vecina se cambie de domicilio pues entonces a nadie me va a ayudar y no sé que será de mí, me da mucha tristeza estar así tan inútil, aunque trato de hacer todas mis cosas yo sola, pero de todos modos estar así me entristece mucho y hay veces que pienso que lo mejor es que Dios me recoja y me pongo a llorar”. Es importante mencionar que esta señora no hablaba casi con nadie en el club y se arrinconaba y al principiar el taller lloraba mucho.
- Estamos bien contentos porque podemos trabajar, tenemos fuerza y salud, gracias a Dios”.
- Hay que buscar formas para hacer nuestras cosas y no depender de los demás; por ejemplo, yo ahora ya me canso de estar parada, y por eso cuando voy a hacer la comida junto en mí mesa todo lo que voy a ocupar (tabla para picar, cuchillo, cacerolas, verduras, licuadora, etcétera), y luego me siento a preparar todo así ya no me canso, y pues ya mi hija no se preocupa por hacer la comida, yo le ayudo en eso”.

A las personas mayores le preocupa bastante perder su independencia, tal vez porque con ello piensan que también pierden su valor o “utilidad” como personas, esto los entristece e incluso puede llevarlos a caer en un estado de depresivo.

“No quiero ser un estorbo.”

“Yo tampoco quiero que mi hijo cargue conmigo.”

“Tengo miedo de caer, fracturarme y no poder valerme por mí misma.”

“Soy invalida y me ayuda mi hijo.”

Al respecto Papalia, Wendkos y Feldman, (2001) dicen, que es probable que los padres de edad avanzada se depriman cuando por enfermedad, carencia económica o cualquier otro motivo se ven en la necesidad de depender de la ayuda de sus hijos. “La dependencia puede ser desmoralizante pues los padres no desean ser una carga para los hijos, ni agotar los recursos de éstos. Los padres también pueden deprimirse si sienten que sus hijos no los cuidaran.” (G. R. Lee, Netzer y Coward, 1995; citados por Papalia y Wendkos y Feldman, 2001, p. 705).

Por otro lado, las personas mayores procuran evitar que las transformaciones que esta sufriendo su organismo sean muy notorias e incluso en muchas ocasiones niegan u ocultan sus padecimientos; ya que no desean que se les identifique con aquellos estereotipos (negativos) que la sociedad actual relaciona con la vejez.

- Procuran disimular que se sienten cansados o enfermos.
- “Si le das importancia a la edad te acabas más”.
- “Ahora me pongo todos los días mascarillas y uso cremas para las arrugas, antes no lo necesita y por eso no lo hacia pero ahora sí, porque si no mi cara se va a arrugar más rápido”.
- “Todos los días lo primero que hago al levantarme es bañarme, arreglarme y maquillarme para verme mejor, y no verme cansada ni mal”.
- “Yo sí me pinto las canas seguido, porque si no se me ve más la edad y no me gusta”.
- Es importante mencionar que son varias las señoras que se tiñen el cabello de negro, incluso hay un señor que también se tiñe su pelo de negro, porque dice que así ya se siente todo un jovencito. Por cierto las señoras se maquillan muy bonito y se ven muy bien”.
- “Sí piensas que estas sana lo estas”.
- “Yo tengo diabetes pero no voy con el doctor porque eso me enferma más”.
- “Yo casi nunca me quejo, para que preocupar a los demás, no es bueno estar de achacosa”.
- “...cuando me siento enferma me levanto, me arreglo y me vengo para acá, y aquí se me olvida porque platico, me río, aunque después llegue a mi casa a acostarme otra vez”.
- “Hay veces que me siento muy mal pero trato de que no se me note ...”.

“Los valores y actitudes que se asocian con status particulares pueden ser incorporados a la estructura de la personalidad de un individuo y por consiguiente

ejercer una penetrante influencia en todas sus interacciones sociales.” (Deutsch, Morton y Krauss, 1994, p. 169). En la sociedad actual ser viejo es sinónimo de estigmatización, de proximidad de la muerte, de miseria material, de enfermedades indeseables, de soledad cotidiana y de otras realidades poco atractivas, en consecuencia nadie quiere llegar a viejo y, la gente mayor busca formas para ocultar los símbolos de la vejez, porque éstos son símbolos de marginación; es por esto que nadie quiere aceptar la vejez con toda su profundidad vital. (Fericgla, 1995).

Sin embargo, resulta más conveniente que los adultos de edad avanzada vivan sin evitación ni negación todos los cambios que sufren en esta etapa de su vida; pues con ello es más probable que se adapten de mejor forma a las transformaciones que están sufriendo no sólo a nivel orgánico, sino también a los cambios que a nivel social y psicológico se enfrentan constantemente.

Uno de los aspectos importantes para que las personas mayores comiencen a aceptar dichos cambios es que se sientan parte de un grupo social; ya que es la sociedad la que determina el significado que tiene la vejez para el individuo y si esta experiencia es vivida de forma más o menos satisfactoria. (Sánchez, Salgado, 2000).

Por ejemplo cuando las personas se sienten rechazadas, poco valorada o no escuchadas por las personas con las que se relacionan experimentan la vejez como una experiencia poco satisfactoria. La indiferencia de sus familiares hace que las personas mayores se sientan solas, tristes e incluso deprimidas.

- “Cuando le platico algo a mi hija nunca me da la razón porque dice que no la tengo, y eso me entristece mucho”.
- “Me entristece no tener con quien hablar, porque por ejemplo, cuando uno quiere hablar con los hijos ni nos hacen caso, parece que no nos oyen”.
- “Me entristece y me enoja que mis hijos y mis nietos sólo se acuerden de nosotros (refiriéndose a su esposa y a él mismo) cuando necesitan o quieren algo de nosotros, entonces ahí sí se acuerdan que existimos y cuando no nos ignoran, y aunque pasen junto a uno hacen como que no nos ven, como si ni nos conocieran”.

En cambio cuando las personas se sienten aceptadas, valoradas, queridas y comprendidas por su familia experimentan ésta etapa de su vida con mayor satisfacción.

- “Me siento feliz de tener la edad que tengo y tener y de tener hasta bisnietos que me quieren; además mis nietos, mi hija y mi yerno con los que vivo me quieren y me cuidan mucho. Yo me siento muy feliz y agradecida con Dios por permitirme vivir con esa familia tan hermosa”.
- “Siento que siempre di a mi esposo y a mis hijos todo mi cariño ,la muestra es que mis hijos y nietos demuestran también el cariño que sienten por mí”.

- “Me llevo muy bien con mi hijo, platico mucho con él, me aconseja y lo aconsejo, estamos muy unidos, le tengo mucha confianza, y esto me hace muy feliz”.

También las relaciones con los amigos son un factor importante de satisfacción e integridad en la vida de las personas mayores.

- “En el club empezamos a vivir otra vez por la convivencia y los paseos”:
- “Aquí me abrieron sus corazones, me aceptan como soy, no me tienen miedo ni me rechazan por mi vitíligo porque saben que es una enfermedad mía que no se contagia”.
- “Siento soledad, aunque aquí no estoy sola pero en mi casa sí”.

Myers, D. (2000), dice que “las relaciones cercanas que brindan apoyo, en las que uno siente que agrada, en las que hay reafirmación y estímulo de los amigos íntimos y de la familia predicen la salud y la felicidad. Fericgla (1995), en tanto dice que la falta de amor, comprensión, aceptación y apoyo por parte de la familia y los amigos puede ocasionar que las personas se depriman, se aíslen, se inactiven e incluso pueden llegar al suicidio. Por eso es importante que los adultos de edad avanzada se sientan valorados, queridos, aceptados y comprendidos dentro de los grupos sociales con los cuales tienen algún tipo de relación.

No obstante, que la familia representa el principal apoyo y grupo de pertenencia para las personas mayores, también representa una fuente importante de preocupación y tristeza; ya que los padres se sienten responsables del estilo de vida que sus hijos llevan y suelen sentirse culpables si estos experimentan algún fracaso o problema. Pues aunque los padres procuran brindarles su apoyo a sus hijos, ya sea ayudándoles económicamente, cuidando de sus nietos, dándoles consejos, etc., si éstos no logran resolver sus problemas los padres experimentan aun más ansiedad, tristeza y preocupación, pues no saben o no encuentran otra forma de ayudar a sus hijos y sienten gran responsabilidad por dicha situación.

- “Me interesa mucho lo que les pasa a mis hijos, aunque hay veces que digo que ya no me voy a preocupar por ellos, pero no se ...”
- “Mis hijos son lo más importante para mí su felicidad es lo primero y más importante”. En este punto coincidieron casi todas las personas.
- “Mi mayor preocupación es tener tres hijos sin trabajo formal”.
- “A veces siento tristeza al ver que mis hijos en general tienen problemas en sus trabajos, por la situación que prevalece hoy en día”.
- “Tengo un hijo que vive conmigo, se separó de su esposa, toma mucho, pero no me molesta, me siento triste por su situación”.
- “Mi hijo está en la cárcel, porque le robó a una señora y además es un drogadicto”.
- “Mi hijo esta en la cárcel desde hace varios años, le dijeron que ya iba a salir por su buen comportamiento, pero apenas ayer nos avisaron que no es posible que salga aun. Y ahora no sé cómo se lo voy a decir, él llora mucho y yo ahora me siento culpable”.

- “Tengo una niña de 5 años, es de una de mis hijas, pero ella no se preocupa por la niña, la llevo al kinder, pero siento que tengo una gran responsabilidad”.
- “Tengo miedo de que a mi nietecita de 5 años no la cuide bien su mamá, ya que se la lleva y luego la vuelve a traer cuando quiere”.

Al respecto Papalia, Wendkos y Feldman (2001), dicen que los padres de edad avanzada suelen sentirse preocupados por sus hijos y se deprimen cuando tienen grandes problemas, pues consideran tales problemas como signos de su propio fracaso.

Por otro lado, el entorno social en el que las personas de edad avanzada se desenvuelven es importante, debido a que es la sociedad la que les asigna ciertos papeles, comportamientos, lugares, privilegios, etcétera, a las personas de edad avanzada.

Incluso las actividades que las personas mayores realizan están íntimamente relacionadas con aquello que se espera de ellas; por ejemplo:

- “Siento que mi hija ocupa mi lugar, pues ella hace la comida, se encarga del gasto familiar, es a la que mis hijos le cuentan sus cosas y le piden consejos. Ella no me deja hacer nada, lo único que yo hago es limpiar mi cuarto, porque lo demás ella siempre lo tiene listo. Sé que mis hijos lo hacen para que yo no me canse ni tenga preocupaciones, pero yo me siento muy mal, pues siento que ya no les hago falta, me siento desplazada y, por eso estoy muy enojada con mi hija”.

Lo anterior tal vez responde al mito de que las personas mayores ya no son activas, a que tienen que dedicarse únicamente a descansar, estar tranquilas para conservar su salud. Sin embargo, lo más conveniente es que las personas de edad avanzada permanezcan activas, con el fin de mantenerse sanos tanto física como psicológicamente. Es importante que las personas se mantengan ocupadas, ya sea en las labores domésticas cotidianas, o bien saliendo a visitar a familiares o amigos, asistiendo a un club para personas mayores, jugando, viendo televisión, leyendo, etcétera, lo más importante es que estas actividades despierten el interés y la motivación de las personas mayores.

Los roles que las personas mayores desempeñan dentro de los grupos sociales a los cuales pertenecen juegan un papel básico en el concepto que tienen de sí mismos; ya que este depende en gran parte de la jerarquización y organización de los diferentes roles atribuidos y ejercidos que las personas tienen dentro de los grupos a los que pertenecen.

- “Aquí (en el club) somos auténticos y en nuestras casa no, porque ahí tenemos que ser los padres, los abuelos, las personas de edad que tienen que ser tranquilas, escuchar, ayudar, etcétera; y nos tenemos que comportar así, y si queremos echar relajo no lo podemos hacer

abiertamente, porque luego nuestros hijos que van a decir. En cambio aquí no, aquí somos como queremos, cantamos bailamos, platicamos de lo que queremos y no tenemos que cuidarnos”.

- “Aquí somos libres, nos divertimos como queremos, pero sin salirnos del guacal”.

Sin embargo, aunque los otros funcionen como un “yo auxiliar” es importante cuidar de que éste no reemplace al “yo principal”. (Ferrey, 1994).

Por ello es importante que se preste mayor atención a aquellos aspectos internos que sean de utilidad para que su autoestima mejore y con ello la percepción que tienen tanto de sí mismos como de su propio entorno; ya que esto les puede ayudar a adaptarse a su nuevo estilo de vida de una forma mucho más positiva.

- “Yo fui muy estricto al educar a mis hijos, siempre les exigí que estudiaran, y aunque ahora hay veces que ellos me reclaman por que los obligué a estudiar yo no me siento mal porque sé que hice lo mejor para ellos, así lo creía antes y aun ahora lo creo, aunque cuando me reclaman si me siento mal por como lo dicen, pero sólo me siento así un rato, porque después me acuerdo de lo que me dijeron aquí la primera vez que les platiqué el motivo por el que mis hijos me reclaman, y me digo que lo que hice estuvo bien y si ellos no lo reconocen ni modo”.
- “Yo fui estricta con mis hijos, casi no los dejaba salir a jugar en la calle y los ponía a estudiar, ellos a veces dicen que fui muy mala, pero luego reconocen ellos mismos que no fue así porque eso les ayudo a ser responsables y a no caer en los vicios o en la delincuencia”.
- “En mi casa hubo muchas carencias, y pues a mis hijos les faltaron muchas cosas, pero yo trabajaba para darles lo más que podía y finalmente salimos adelante y eso me da mucho gusto”.

Es conveniente, por tanto, propiciar la aceptación del sí mismo actual, con todos los cambios y pérdidas a los que se están enfrentando, pero también es muy importante que acepten al sí mismo que fueron. “Cuando una persona entra en la etapa final de la vida, dijo Erikson (1982), su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida y creer que lo hicieron lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego” (Stassen y Thompson, 2000, p.204).

Hay que aceptar lo que se ha vivido sin recriminaciones acerca de lo que pudo haber sido o de lo que debió de haberse hecho. Hay que aceptar tanto al sí mismo que se es actualmente como al que se fue en el pasado, con el fin de adaptarse de forma más positiva a los cambios, transformaciones y pérdidas que están teniendo en todos los niveles de su vida.

- “Siento que soy vida como el árbol porque es lo que yo di, y las hojas que se le caen son como mis años”.

- “Mí vida es plena, tengo felicidad y tranquilidad”.
- “Siento que tengo muchas cosas por hacer, tengo muchos sueños todavía”.
- “Aunque no nos tomen en cuenta somos parte de la misma sociedad. Sería bueno que nos escucharan, porque tenemos la sabiduría de la vida integra e integral y quien toma los consejos de los mayores tendrá una vida mejor y feliz”.
- “Hace siete años empecé a estar enfermo de artritis, esa enfermedad me bajo mucho la moral, pero ahora me estoy superando emocionalmente, me estoy atendiendo médicamente”.
- “Yo procuro hacer ejercicio, mantener ocupada mi mente, ir con el médico y tomar a tiempo mis medicamentos para estar bien dentro de los que cabe”.
- Es importante que nos cuidemos para mantener lo más que podamos nuestra salud y poder seguir viniendo”.
- “Hay que aceptar que nuestro cuerpo ya trabajo mucho y por varios años y ahora es tiempo de que nos dediquemos a él, que nos cuidemos”.

Cuando una persona está integrada sabe apreciar el valor de la sabiduría que ha adquirido a través de los años y también sabe aceptar de buena gana las limitaciones que tienen lugar en el transcurso de esta etapa de su vida y se adapta de mejor forma a su nuevo estilo de vida. “El adulto sabe cuando aceptar el cambio y cuando oponerse al mismo, cuándo sentarse en silencio y cuándo luchar” (Stassen y Thompson, 2000, p. 204).

“Hace falta que esta nueva vejez conserve suficiente placer de vivir, encuentre suficientes medios de lucha contra el sufrimiento, aporte suficientes razones buenas, en suma para que un hombre continúe ocupando su lugar más como ser humano que como organismo biológico. La nueva vejez tiene este precio: encontrar los medios para dar a la vida tardía el interés de ser aun VIDA”. (Ferrey, G., 1994, p. 2).

CONCLUSIÓN.

La aceptación interna es fundamental para enfrentar los cambios, pérdidas y deterioros que gradualmente se experimentan durante la vejez. Si las personas se sienten satisfechas con lo que son es más probable que se adapten de mejor forma a su momento actual.

En la presente investigación se propició la aceptación del sí mismo actual, con todos los cambios y pérdidas a los que se están enfrentando, también se fomentó la aceptación del sí mismo que fueron, pues de esta forma empezaron a disminuir los estados de ansiedad, tristeza y desesperación provocados por lo que no pudieron hacer o por aquellas cosas que se hicieron y que ahora han pensado que pudieron haber hecho mejor o actuado de forma diferente o bien porque creen que pudieron haber dado más de lo que dieron. Al respecto se propició una reflexión entre los participantes para que se dieran cuenta de que no es conveniente pensar en lo que se pudo haber hecho o lamentarse por lo que se hizo, pues esto a lo único que los lleva es a sentirse estresados, reflexionaron también sobre los beneficios y enseñanzas que podían sacar de esas experiencias y entendieron que aquellas cosas que hicieron, pensaron o dejaron de hacer pertenecen a un momento determinado de su vida en el cual estaban viviendo determinadas circunstancias y que en ese momento la forma en la que actuaron, pensaron o hablaron fue lo que de acuerdo a sus circunstancias pudieron hacer y que lo que hicieron, pensaron, sintieron o dejaron de hacer fue la respuesta más adecuada de acuerdo al momento que estaban viviendo. En este sentido se coincidió con lo que Erikson (1982), dijo al respecto: "Cuando una persona entra en la etapa final de la vida, su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida y creer que lo hicieron lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego" (Stassen y Thompson, 2000, p.204).

A través de los diferentes ejercicios que realizaron las personas reafirmaron su valor como seres humanos y mejoraron su percepción de sí mismos, se dieron cuenta de que sin importar la edad que tengan siguen siendo personas valiosas que tienen muchas cosas que aportar a la sociedad, al club, pero sobre todo a ellos mismos, ya que ellos son su principal fuente de satisfacción. Comprendieron que "mientras ellos se evalúan positivamente no habrán tus ni ellos que los puedan derrotar".

Se dieron cuenta de que son capaces de aprender y desarrollar una forma diferente de vivir la vida. Que la vejez es una etapa más de la vida ante la cual pueden aprender a adaptarse a su nuevo estilo de vida y buscar diversas alternativas que les permitan mantener y buscar aquellas situaciones, habilidades y capacidades que les ayuden a mejorar su calidad de vida.

Se dieron la oportunidad de redescubrir y revalorar aquellas habilidades y capacidades a las que con el paso del tiempo fueron restándoles valor e inhibiendo

porque creyeron que ya no tenía caso seguirlas conservando o desarrollando. Poco a poco fueron percatándose de que no tienen porque inhibir u “olvidarse” de esas habilidades, ya que estas pueden adaptarse e integrarse al estilo de vida que esta etapa de su vida requiere, por lo que resulta importante conservarlas y seguirlas desarrollando.

Comprendieron que la vida es un continuo aprendizaje, que si bien va cambiando en cada etapa de la vida esto no significa que porque se tienen tal edad una persona ya no es susceptible de seguir desarrollando su capacidad de aprender cosas nuevas. El aprendizaje por tanto no es cuestión de edad.

Las personas aprendieron también que su interés por la vida y sus deseos de vivir nuevas experiencias no tienen porque disminuir o terminar durante el proceso de envejecimiento. Aprendieron que pueden seguir soñando y luchando porque esos sueños se cumplan en la medida de lo posible.

También entendieron que es importante llevar un estilo de vida en el que exista coherencia entre aquello que se quiere y espera de la vida y aquello que se tiene, ya que es un factor importante para su propia estabilidad emocional, pues hay ocasiones en las que ellos aparentan aceptar un comportamiento o compromiso porque creen que es su obligación hacerlo o porque eso es lo que espera la sociedad de ellos; es decir aceptan las cosas más por deber que por querer, ocasionándose con eso estados de tensión, ansiedad y tristeza. Por tal motivo en el presente trabajo se promovió la búsqueda de la satisfacción personal, las personas entendieron que para estar bien con las personas que los rodean primero tienen que estar y sentirse bien con ellos mismos.

Entendieron el valor de la comunicación abierta con las personas que los rodean para sentirse comprendidos, aceptados y escuchados, y evitar de esta forma los conflictos por los malos entendidos que en ocasiones hay en los grupos por no preguntarle al o a los otros lo que en realidad quieren, piensan y sienten y conformarse con especulaciones o creencias propias acerca de lo que es, piensa, siente o quiere el otro y viceversa. Entendieron que es importante expresar sus propias necesidades, deseos y pensamientos para sentirse bien con ellos mismos y con aquello que esperan de las personas que los rodean.

Entendieron que la convivencia es muy importante para disfrutar de un buen envejecimiento, ya que, al compartir con los demás sus experiencias pueden aprender nuevas alternativas para sobreponerse a los cambios, además la convivencia les permite apoyarse los unos a los otros cuando están pasando por momentos difíciles; así como también compartir sus momentos de alegría y felicidad con la gente que los rodea.

PROPUESTAS.

Es conveniente que se preste atención a aquellos aspectos que propicien en las personas mayores la aceptación de todos los cambios a los que se enfrentan en esta etapa de su vida; ya que de esta forma les será más sencillo buscar alternativas que les permitan adaptarse su nuevo estilo de vida

Por lo tanto, es conveniente que se busquen estrategias que ayuden a propiciar esta aceptación interna, y propiciar que la persona se valore positivamente y vuelva a quererse y a confiar en sí misma, en sus capacidades y habilidades; ya que al mejorar la percepción que tienen sobre sí mismos también mejora la percepción que tiene sobre el entorno que los rodea, con lo que es muy probable que su comunicación con los demás mejore,

Es importante que se preste mayor atención a lo que piensan, sienten y creen acerca de sí mismos, para que a partir de esto se puedan buscar estrategias y alternativas que los motiven a buscar y mantener situaciones, pensamientos, actitudes y habilidades con las que mejoren su calidad de vida.

Es importante propiciar estrategias que les ayuden a estimular los sentimientos y pensamientos positivos acerca de ellos mismos para que de esta forma se sientan motivados a buscar y mantener su propia satisfacción.

REFERENCIAS.

Acevedo Ibáñez, Alejandro (1995), "Aprender Jugando: Dinámicas Vivenciales para Capacitación, Docencia y Consultoría", V. I, II, III; Limusa, México.

A. Alfons (1995), Envejecer bien: un estímulo ético – teológico, ed. Herder, Barcelona.

Alvaro, José Luis y Garrido, Alicia (1996), "Psicología Social Aplicada", Mc – Graw Hill, España.

Antuña, Lidia C (2001), La vejez, una etapa del desarrollo humano, <http://www.geragogia.net/editorial/vejez.html>

Bazo, M. Teresa (1990), La sociedad anciana, ed. Centro de Investigaciones Sociológicas y Siglo XXI, España.

Brown Doress, Paula y Laskiin Siegal, Diana –compiladoras- (1993), Envejecer juntas. Las mujeres y el paso del tiempo: Datos para afrontarlo con optimismo, conocimiento de causa y decisión, ed. Piados, Barcelona.

Carvajal Prieto, Julia M. (1980), La tercera edad, ed. Troquel, Argentina.

Craig, Grace, (1997), Desarrollo Psicológico, 7ª. Ed, ed. Pearson Educación, México, traducción al español de Dávila Martínez, José F.

C., Nicholas; Davison, William; Webster Stephen (1990), Geriatría, ed. Manual Moderno, 3ª edición, México, Traducción de Dr. Rivera Alonso Hugo.

De Dios, M. Teresa (1999), Orientación, Longevidad y Calidad de Vida, <http://www.geocities.com/CollegePark/Den/8472/Longebidad.html>

Deutsch, M, Krauss, R.m. (1994), Teorías en Psicología Social, ed. Piados, México.

Domínguez, Laura (1999), ¿Yo, sí mismo o autovaloración?, en Revista Cubana de Psicología, vol. 16, no.1, p.3-7.

Doval, M., Harnett, R., Stokes, Shirle A. (1984), Evaluación de la Salud en el Anciano: una guía para iniciar el plan de cuidados que requiere un paciente de edad avanzada, ed. La Prensa Mexicana, México.

* Educación hoy (1989), ed. Narcea. España.

El gran libro de la salud (1971), Enciclopedia médica de Selecciones del Reader's digest.

Ferrey, G. (1994), "Psicopatología del Anciano", Masson S.A., Barcelona.

Fericgla, M. Josep (1992), Una antropología de la ancianidad, ed. Antropos, Barcelona.

García Gastelum. M. Claribel (2001), Las voces de los ancianos del asilo San Vicente, Reporte desarrollado a partir del trabajo en servicio social para obtener el título de Licenciatura en comunicación, Universidad Iberoamericana, México,

Gómez de Giraud, M. Teresa (2000), Psicogeriatría Preventiva: Una forma de mejorar la calidad de vida y prevenir la institucionalización geriátrica, <http://www.salvador.edu.ar/ul1-9pub02-6-02.htm>

.Groues, Mazo Lilia M.(1997), "La tercera edad: ¿Mito, fantasía o realidad?", en Psicología Iberoamericana, vol.5, No. 2, México, p. 2-12.

- Hernández Zamora, Zoila (1997), Variables condicionantes en la calidad de vida de personas de la tercera edad, en Psicología Iberoamericana, vol. 5, No. 2, México, p. 23-32.
- Hernández Zamora, Zoila (2001), Por qué se deprimen los viejos, en Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. III, No. 2 art. 3, p. 31- 38, México.
- Hoffman, L., Paris, Scott, Hall, Elizabeth (1996), Psicología del desarrollo hoy, ed. Mc. Graw Hill, España, 6a. Edición.
- Kalish Richard (1996), La vejez: Perspectiva sobre el desarrollo humano, ed. Piramide, Madrid.
- Luna, T. Leonor, R. De Reyes C., T. De Rubio, Margoth,(1996), El anciano de hoy, ed. Instituto de ortopedia y fracturas, Colombia.
- Marcelino, Cerejido; Covarrubias, Luis; Black, Fanny; B., Manuel (1999), El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas, ed. Siglo Xxi, México.
- Marqués, Ramón (1993), Vivir la vejez: Lo que envejece y lo que no envejece, ed, Indigo, Barcelona.
- Mier y Teran Rocha, M. del Carmen, 1993, “Aspectos Psicosociales de la Migración Rural Urbana a la Ciudad de México, un estudio Longitudinal”, tesis para obtener el grado de Doctora en Psicología (especialización en Psicología clínica), Universidad Iberoamericana, México.
- Miranda Valenzuela, Laura F. (1997), Las fantasías de muerte del anciano, en Psicología Iberoamericana, vol. 5, No. 2, p. 33-38.
- Moragas Moragas, Ricardo (1991), Gerontología Social: Envejecimiento y calidad de vida, ed. Herder, Barcelona.
- Morales, J. F.; Moya, M.; Reboloso, E.; Fernández Dols, J.m.; Huici, C.; Marques, J.; Páez, d. Pérez, J.a. (1997), Psicología Social, ed. McGraw-Hill, Madrid.
- Morales, F.; Huici, C.; Moya, M.; Gavira, E. (1999), “Psicología Social”, Mc – Graw Hill, España.
- Munne, F. (1986), Psicología Social, ediciones CEAC, Barcelona
- Myers, David G., (2000), Psicología Social, sexta edición, traducción de Tejada T. Hugo. Mc Graw – Hill, México.
- Negre Rigol, Pere (1993), El ocio y las edades: estudios de vida y oferta lúdica, ed. Hacer, Barcelona
- Orosa, Fraiz Teresa (1999), “Una mirada de desarrollo para la tercera edad”, en Revista Cubana de Psicología, vol. 16, No. 3.
- Papalia, D., Wendkos, S. (1997), “Fundamentos de Desarrollo Humano” , Colombia, traducción Villamizar, G.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Feldman, D. (2001), “Desarrollo Humano”, 8ª. ed., Mc Graw-Hill, Colombia.
- Quiles del Castillo, M. Nieves; Marichal García, Fatima; Batanort, Verónica (1998), Psicología Social: procesos intrapersonales, ed. Pirámide, México.
- Rage, Atala Ernesto (1997), “La personalidad del anciano”, en Psicología Iberoamericana, vol. 5, No. 2, México, p.13-22.

Sánchez Salgado, Carmen D. (2000), Gerontología Social, ed, Espacio, Argentina.

Stassen, Berger Kahleen; Thompson Ross, (2000), Psicología del Desarrollo: Adulter y Vejez, 4a. Edición, ed. Médica Panamericana, España.

Vander, Cammen T.J.; Rai, A. N.; Exton, Smith, (1994), Manual Clínico de Geriatria, ed. Manual Moderno, México – Bogota, traducción al español del Dr, Francisco Balderrama Encinas (UNAM).

Hay que rebisarse periódicamente la visión para evitar una mala calidad de vida, <http://www.prodigyweb.net.mx/rolfi/page28.html>

Vejez y calidad de vida en, Hablamos con Usted: servicio personalizado y calidad médica, <http://www.ominit.com.ar/junio01/vejez.htm>

Vejez, Salud y Enfermedad / Un menú de cuidados / Algunos mitos, <http://www.latinsalud.com/inicio.htm?http://www.latinsalud.com/Temas/envejec-cv.htm>

ANEXO.

INTERVENCIONES

A CONTINUACIÓN SE PRESENTAN ALGUNAS DE LAS TÉCNICAS QUE SE UTILIZARON EN LOS TALLERES.

CARTA DESCRIPTIVA.

TEMA	SUBTEMA	OBJETIVO	TÉCNICA
PRESENTACIÓN DEL TALLER.	<ul style="list-style-type: none">* Presentación del facilitador* Encuadre.* Presentación Grupal.* Detección de expectativas.	<ul style="list-style-type: none">* Romper el hielo inicial.* Realizar el report efectivo.* Establecer reglas.* Detección de expectativas.	<ul style="list-style-type: none">* Presentación del facilitador.* Encuadre.* Las 5 palabras.* Detección de expectativas.

CARTA DESCRIPTIVA.		
TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA
* CONFIANZA	<ul style="list-style-type: none"> • Romper el hielo. • Expectativas grupales 	<ul style="list-style-type: none"> * Mi experiencia en el grupo. * Detección de expectativas.

Detección de Expectativas.

- Nombre.
- 1: Por qué estoy aquí.
 - 2: Qué temas me gustaría que se trataran en el taller.
 - 3: Qué estoy dispuesta a aportar durante el taller.
 - 4: Qué no quisiera que ocurriera durante el taller.
 - 5: Qué sí me gustaría que pasara durante el taller.

CARTA DESCRIPTIVA.			
TEMA	SUBTEMA	OBJETIVOS	TÉCNICAS
CONOCIMIENTO DE SI MISMO	AUTOVALORACIÓN	* FOMENTAR EL CONOCIMIENTO DE UNO MISMO.	* LA PALMA DE LA MANO. * PERSONALIDAD (7 REFERENCIAS).

La Palma de la Mano.

Ésta técnica consiste en que se trace el contorno de su mano izquierda y luego la colocaran en su espalda para que sin verla dibujen las líneas de la palma de su mano.

Personalidad: (7 Referencias).

Se contestan de forma individual las siguientes preguntas:

1. ¿Qué pienso que soy?
2. ¿Qué es lo que mis compañeros piensan que soy?
3. ¿Qué desearía ser yo?
4. ¿Qué desearían los demás que yo fuera?
5. ¿Qué hay de común en lo que dicen negativamente de mí?
6. ¿Qué hay de común en lo que dicen positivamente de mí?
7. Reflexionando sobre todo, finalmente, quién soy yo?

CARTA DESCRIPTIVA

TEMA	SUBTEMA	OBJETIVOS	TÉCNICA.
¿Por qué envejecemos?	<ul style="list-style-type: none"> * Definición de envejecimiento. * Mitos y realidades acerca de la vejez. 	<ul style="list-style-type: none"> * Propiciar una reflexión de lo que significa para cada uno de ellos el estar viviendo -- éste período de la vida. * Que las personas reflexionen acerca de los mitos que existen en la sociedad sobre la vejez y cómo los afectan. 	<ul style="list-style-type: none"> * Reflexión por equipos acerca de lo que piensan de estar viviendo esta etapa de su vida. * Reflexión en plenaria sobre los estereotipos que hay en la sociedad en relación a la vejez.

CARTA DESCRIPTIVA.			
TEMA	SUBTEMA	OBJETIVOS	TÉCNICAS
CAMBIOS ORGÁNICOS Y FUNCIONALES EN LA VEJEZ.	<ul style="list-style-type: none"> * Principales cambios físicos. * Principales enfermedades * Alternativas para sobrellevarlos y/o evitarlos o prevenirlas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que las personas conozcan los principales cambios físicos y funcionales que tienen lugar en ésta etapa de la vida. • Que a partir de su propia experiencia las personas propongan diferentes alternativas para sobrellevarlos y/o evitar o prevenir las enfermedades. 	<ul style="list-style-type: none"> * Cuestionario de salud. * Exposición por parte del facilitador. * Discusión plenaria.

Cuestionario de Salud.

Preguntas:

1. Regularmente ¿Cómo te sientes de salud?
2. ¿Con frecuencia te sientes cansado?
3. ¿Padeces alguna enfermedad? No ____, Sí ____ ¿Cuál o cuáles?
4. En caso de padecer alguna enfermedad, ¿Tomas algún medicamento?
5. ¿Te mareas o has perdido alguna vez el conocimiento alguna vez?
6. ¿Te duelen los huesos?
7. ¿Cuándo fue la última vez que fuiste con un médico?
8. Existe alguna razón por la cual tu médico te haya dicho que no puedes iniciar una rutina de ejercicios
9. ¿Comes bien?
10. ¿Duermes bien?

CARTA DESCRIPTIVA.				
TEMA	SUBTEMA	OBJETIVO	TÉCNICA	MATERIAL
AUTOESTIMA	<ul style="list-style-type: none"> * Autoconocimiento. * Autovaloración, 	<ul style="list-style-type: none"> * Fomentar el autoconocimiento con el fin de propiciar la aceptación de sí mismos. * Propiciar la valoración de las propias habilidades y capacidades. 	<ul style="list-style-type: none"> * El Espejo 	<ul style="list-style-type: none"> * Cajas de cartón con espejos adentro.

El Espejo.

A cada una de las personas se les da una cajita forrada y cerrada que contenga un espejo adentro, pero por supuesto ellos no lo deben saber.. Se les pide que no lo habrán hasta que se les indique. Posteriormente se les empiezan a decir una serie de “cosas” positivas acerca de ese alguien que van a encontrar ahí adentro, para que finalmente a la hora de abrirlo sea su reflejo el que encuentren.

CARTA DESCRIPTIVA.				
TEMA	SUBTEMA	OBJETIVO	TÉCNICA	MATERIAL
CAMBIOS FUNCIONALES	LA MEMORIA	*Estimular la memoria a corto plazo.	* Una cosa y algo más * Operaciones algebraicas.	* Diferentes objetos.

Una cosa y Algo Más.

Consiste en que los participantes reciben del facilitador un objeto, diciéndole al primero una característica del mismo y el que recibe el objeto le agrega otra palabra y así sucesivamente. La condición es que los participantes vayan diciendo también las características anteriores en el orden que se dijeron y el que lo altere tendrá que pasar al final de la fila para repetir todo lo que ya dijeron sus compañeros.

Escuchar y Mirar de Otra Manera.

Consiste en preguntarle a los participantes la solución de una cuestión sencilla; con el objetivo de se den cuenta de que existen diferentes formas de afrontar una misma situación a la forma en como nosotros estamos acostumbrados a hacerlo.

CARTA DESCRIPTIVA

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA	MATERIAL
ATENCIÓN Y MEMORIA	* Ejercitar la Memoria. * Motivar a los participantes para que se mantengan atentos en las diferentes actividades.	* Ejercicios de atención y memoria (sopa de letras, juego de palabras).	* Crucigramas.

CARTA DESCRIPTIVA.			
TEMA	SUBTEMA	OBJETIVOS	TÉCNICAS.
CAMBIOS FÍSICOS Y FUNCIONALES	Salud Mental (Principales miedos)	*Que los participantes exterioricen sus principales miedos, para que los enfrenten de modo más efectivo. *Que los participantes conozcan diferentes alternativas para enfrentar sus miedos.	* Escuchar y Mirar de otra manera. * Situaciones a enfrentar.

SITUACIONES A ENFRENTAR.

El ejercicio consiste en que cada participante debe escribir en un pedazo de cartón las cosas que actualmente le dan miedo.

- Para lo cual les hice algunas sugerencias en relación a los miedos que podían tener: a su familia, a su ambiente que les rodea, a sus amigos, a su propia persona, a sus hijos, etc.

Cada miedo debía ir escrito en una tarjeta o cartoncito diferente y con letras grandes.

CARTA DESCRIPTIVA.			
TEMA	SUBTEMA	OBJETIVO.	TÉCNICA
SALUD PSICOLÓGICA	*ENFRENTAMIENTO DE MIEDOS.	* Que los participantes conozcan algunas alternativas para enfrentar sus miedos.	* Ejercicio de Relajación.
	*APOYO MUTUO	* Que los participantes reconozcan la importancia del apoyo mutuo para resolver una situación difícil.	* Levantar la hoja de papel.

Levantar la Hoja de Papel:

Se trata de transportar de una silla a otra, una hoja de papel. Pero las condiciones son las siguientes:

1. El voluntario puede usar únicamente un dedo (de una sola mano).
2. Las sillas están bastante separadas una de la otra.

Se pide un voluntario para realizar la tarea; al no conseguirla se pide otro voluntario y si este no consigue realizarla, se piden entonces varios voluntarios que juntos usando cada quien únicamente el dedo de una sola mano cumplan la tarea, así pues son muchos dedos simultáneamente.

Se evalúa el sentido de esta experiencia en relación a la colaboración, a la integración y a la mutua ayuda.

CARTA DESCRIPTIVA			
TEMA	SUBTEMA	OBJETIVO	TÉCNICA.
SALUD	* Buscar diferentes alternativas.	* Que las personas se den cuenta de que aunque una situación parezca difícil y se tenga que invertir más tiempo para resolverla siempre habrá una solución.	*Atravesar el Río con lo que se tiene. * Ver, Pensar y Actuar.

Atravesar el Río con lo que se Tiene.

Se representa un río, un barco y una persona que tiene un lobo, una oveja y vegetales; debe hacer que todo eso llegue al otro lado del río, pero no los puede llevar a todos de una sola vez.

El lobo no puede ir pues la oveja quedaría con la verdura y se la comería.

Si lleva el cesto, el lobo se queda con la oveja y se la come.

Si lleva del otro lado la oveja, ya no puede llevar la siguiente vez ni al lobo ni la verdura por la misma razón.

Se les pregunta ¿Qué se hace entonces

CARTA DESCRIPTIVA.		
TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA.
AUTOVALORACIÓN	* Que las personas aprendan a valorarse y cuidarse a ellas mismas.	* Quién cuida a quién.

Quién Cuida a quién.

Se les pide a las personas que escriban las cinco cosas más importantes para ellos. Para luego hacer un análisis grupal acerca de esas respuestas.

CARTA DESCRIPTIVA.

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA	MATERIAL
EL DUELO	<ul style="list-style-type: none">* Que las personas conozcan las diferentes fases del duelo, con el fin de que entiendan sentimientos que experimentan cuando hay una pérdida son parte de dicho proceso.	<ul style="list-style-type: none">* Exposición (grabada) por parte de una psicóloga en la que se explican las fases del duelo.* Exposición por parte del facilitador.	<ul style="list-style-type: none">* Reproductor de casetes.* Casete con la grabación.

CARTA DESCRIPTIVA

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA	MATERIAL
LA FAMILIA	<ul style="list-style-type: none">• Que las personas se den cuenta de la importancia que tiene en sus vidas la pertenencia e integración a la dinámica de la familia.	<ul style="list-style-type: none">* Dibujando a mi familia.* Carta para mi familia.	<ul style="list-style-type: none">* Hojas blancas tamaño carta.* Lápices.* Colores.

CARTA DESCRIPTIVA			
TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA	MATERIAL
ACEPTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Que las personas acepten sin evitación ni negación los cambios que están sufriendo en todos los niveles de su vida, para que con ello se adapten de mejor forma a su momento actual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ese soy yo. • Completar Frases. 	<ul style="list-style-type: none"> • Espejos. • Copias fotostáticas de las frases que tienen que completar.

Ese soy yo.

Mientras el facilitador dice frases positivas acerca de los participantes, ellos se observan en un espejo, y van repitiendo las frases que el facilitador les dice.