



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C.**



INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“CURSO-TALLER CONDUCTUAL DE AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES
DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II, ADSCRITOS AL DIF
DE ALMOLOYA DEL RÍO, ESTADO DE MÉXICO.”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA:

CONTRERAS GÚZMAN EMMANUEL

ASESOR DE TESIS:

MTRA. EN C. S. PERLA MORALES GONZÁLEZ

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO SEPTIEMBRE DE 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A mis padres:

Quiero agradecer a mis padres que siempre han estado apoyándome en las buenas en las malas, agradecerles por todos los sacrificios que han tenido que realizar para poder brindarme la oportunidad de estudiar, este trabajo está dedicado para ellos que cuando yo me desvelaba por realizar algún trabajo ellos también se desvelaban conmigo.

A mis amigos:

Quiero agradecerles a esas personas que de una u otra manera estuvieron pendientes a lo largo de este proceso, brindado todo su apoyo incondicional.

A mis amigos porque siempre estuvieron pendientes de mi progreso universitario día con día y me dieron su apoyo cuando lo necesite sin pedirme nada a cambio. Ustedes me acompañaron a lo largo de este proceso estuvieron pendientes de que todas las cosas me salieran bien y de que no tomara una mala decisión, les agradezco la confianza que depositaron en mí para poder estar siempre en las buenas y las malas juntos. Gracias por confiar y creer en mí y haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto de vivencia que nunca voy a olvidar.

A mis compañeros:

En el transcurso de la vida uno se da cuenta que lo más importante son la familia, los hermanos y no porque este de último sea menos prioritario están los compañeros.

Tuve la dicha de tener al mejor grupo de compañeros universitarios, ¿por qué digo esto? se preguntarán muchos, pues por la simple razón de que gracias a ellos logre

sacar mis estudios universitarios sin ningún problema, ellos me brindaron su apoyo incondicional a lo largo de esta trayectoria, lo hicieron de diferentes maneras.

A mis profesores:

Esta dedicatoria va directamente para mis profesores, gracias a ellos por enseñarme, aconsejarme e instruirme en el camino del buen estudiante, por darme su apoyo y su comprensión en los momentos difíciles, ellos siempre estaban dispuestos a ayudar en los momentos más duros sin pedir nada a cambio. Ellos son parte de este logro, ya que ustedes lo trabajaron y espero que su esfuerzo y empeño sea reflejado en esta tesis.

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento forma parte del desarrollo normal y natural de cada especie, siendo parte del plan genético. A medida que una persona envejece, experimenta muchos cambios que van desde los más superficiales, como la alteración de la estatura, la silueta y el peso corporal, hasta los más complejos, como la disminución en el contacto y desarrollo social, así como la pérdida de destrezas y capacidades que hasta cierto momento se sentían como propias (Stassen Berger, 2001; Florenzano, 1993).

Estos cambios van acompañados de una serie de prejuicios y estereotipos contra los individuos de edad avanzada, siendo éstos percibidos como personas débiles, pasivas, carentes de energía y motivación. Así, el imaginario social se carga de elementos negativos que impiden reconocer a la vejez como un periodo de integración, bienestar y satisfacción, ubicándola más bien como una etapa de discapacidad, abatimiento, resignación y lástima (Stassen Berger, 2001; Salvarezza, 1998).

Como resultado, la población adulta mayor ha sido relegada a un plano secundario, no dándole la debida atención ni la debida oportunidad de desarrollo, manteniéndola apartada y con el estigma de ser de poca utilidad dentro de la sociedad. Esta actitud de exclusión podría privarlos de sentirse integrados dentro de un grupo, generando una sensación de aislamiento y soledad que podría afectar tanto su bienestar psicológico, como su motivación por salir adelante. Incluso, ello podría impedir que el adulto mayor logre uno de los principales objetivos del ser humano, el poder lograr un estado de equilibrio que permita mantener una sensación de bienestar y tranquilidad.

Frente a todo esto, durante los últimos años muchas organizaciones han puesto en marcha proyectos dirigidos hacia la población adulta mayor, con el propósito de brindarles un espacio que promueva su desarrollo y bienestar, tanto a partir de actividades físicas y manuales, como de oportunidades para la interacción, participación y apoyo social. Si bien las primeras han sido señaladas como elementos promotores del bienestar durante el envejecimiento (Lannuzzelli & England, 2000), aquellas correspondientes al aspecto social parecerían ser aún más importantes.

Como se planteó previamente, la etapa adulta mayor está cargada de muchas pérdidas a nivel social, lo cual podría resultar en una progresiva desvinculación de las redes de soporte, dejando al adulto mayor en una posición de desventaja y, hasta cierto, punto de soledad. En este sentido, los esfuerzos por reintegrar al adulto mayor a una red social podrían traerle muchos beneficios, tanto a nivel fisiológico como a nivel psicológico.

De acuerdo con esto, investigaciones como las de Ho Matsubayshi en 2003 han indicado que la integración y participación social dentro de la comunidad juegan un rol muy importante para incrementar la satisfacción vital del adulto mayor.

En la misma línea, se ha planteado que la autoestima del adulto mayor y su satisfacción con la vida guardan una gran relación con la cantidad y calidad de las relaciones amicales (amistades), así como con su grado de socialización y participación social (Stassen Berger, 2001). Así mismo, investigaciones como las de (Bowling & Farquhart, 1991) indicaron que el conjunto de redes sociales y el soporte social mantienen el bienestar emocional no sólo directamente, sino también de manera indirecta a través de la reducción del efecto de altos niveles de estrés.

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: EL ADULTO MAYOR.....	1
1.1. Cambios físicos.....	3
1.1.1. Menopausia.....	10
1.1.2. Andropausia	13
1.2. Cambios cognitivos.....	15
1.3. Cambios emocionales.....	19
CAPÍTULO II: AUTOESTIMA EN EL ADULTO MAYOR.....	22
2.1. Autoconcepto	27
2.2. Autopercepción	31
CAPÍTULO III: ELABORACIÓN DEL CURSO TALLER.....	33
CAPÍTULO IV: PRINCIPALES ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR.....	44
4.1. Diabetes mellitus en el adulto mayor.....	47
CAPÍTULO V: METODOLOGÍA.....	65
5.1. Planteamiento del problema.....	66
5.2. Justificación.....	67
5.3. Objetivo de estudio.....	68
5.4. Hipótesis.....	69
5.5. Tipo de estudio de la investigación.....	69
5.6. Tipo de enfoque.....	71
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	73
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	95
BIBLIOGRAFÍAS	97
ANEXOS	102

CAPÍTULO I

EL ADULTO MAYOR

Con el crepúsculo y la puesta del sol, el día y la vida envejecen y abre espacios para todo aquello que a uno le ha alegrado un día o una vida entera”.

Dahlke.

La vejez es una etapa de la vida como cualquier otra. Hay definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas, etc. de la vejez.

Según la OMS (Organización de las Naciones Unidas) las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobre pasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.

Para INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores) el concepto de envejecimiento, es el reconocer la dignidad de los adultos mayores, así como valoración de su experiencia y sus capacidades, considerándolos como gente productiva que pueden trabajar.

La adultez mayor constituye la última etapa del ciclo vital e implica una serie de cambios biológicos, cognitivos y sociales a los que el adulto mayor deberá adaptarse poco a poco (Florenzano, 1993).

Si bien comúnmente se ha tenido a situar a todos aquellos mayores de 65 años bajo la única categoría de “adulto mayor”, autores como Neugarten (1999) han resaltado la importancia de dividir a la vejez en dos subetapas, viejos jóvenes (55 a 85 años) y viejos viejos (mayores de 85 años), siendo los primeros los que gozan de buena salud y se encuentran integrados a su familia y comunidad. Sin embargo, otros argumentan que esta división es fundamentalmente práctica, pues en realidad las

etapas no están claramente delimitadas, pudiendo incluso sobreponerse una sobre otra.

Otra manera de entender el proceso de envejecimiento es distinguir entre el envejecimiento primario, secundario y terciario (Perlmutter, 1992). El *envejecimiento primario*, también conocido como “envejecimiento normal”, constituye todos aquellos cambios que van produciéndose con el paso del tiempo y que no pueden ser evitados, tal como la pérdida de la agudeza visual. El *envejecimiento secundario* es un proceso que atañe a casi todas las personas, pero no es universal ni irreversible, siendo el resultado de un proceso de vida que involucra la enfermedad o los malos hábitos de salud. Finalmente, el *envejecimiento terciario* se refiere a un proceso rápido de deterioro en la salud, que comúnmente culmina con la muerte.

Resulta importante distinguir que estos procesos no se desarrollan consecutivamente, sino que interactúan entre sí y dependen de las características de personalidad, de los estilos de vida, de los ambientes en que se desarrolle el adulto mayor, entre otros (Belsky, 1996).

Ahora bien, más allá de las sub-etapas previamente planteadas, de los estilos de vida, genética, alimentación, economía, cultura, sociedad, etc.; que lleve el adulto mayor o de la interacción entre el proceso primario, secundario o terciario, cada organismo envejece y sus sistemas gradualmente se deterioran (Perlmutter, 1992). Al respecto, se presentan algunas características generales del envejecimiento que pertenecen en su mayoría al proceso primario previamente descrito.

1.1 Cambios físicos

Envejecer es como escalar una gran montaña, mientras subes las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.
Ingmar Bergman

La vida es movimiento y cambio. Todo ser vivo presenta continuos cambios en sus procesos biológicos como lo son, respiración, nutrición, crecimiento, maduración, entre otros.

El estado de salud es uno de los aspectos que más importancia tiene en la vida de las personas. La salud influye en todos los aspectos de nuestra vida. Un estado de salud pobre convierte a los individuos en dependientes.

Al llegar a la tercera edad lo primero a destacar es el proceso básico de envejecimiento. No se puede negar la evidencia de que existe una gradualidad decremental tanto en lo físico como en lo psicológico que acompaña al ciclo vital humano.

En esta etapa de la vida sobresalen dos tipos de procesos: la evolución y la involución, que corresponderían al crecimiento y al envejecimiento. A partir de los 35 años más o menos, aparece la involución: el desempeño de varios órganos se ve afectado a causa una disminución paulatina, el corazón bombea menos sangre; los pulmones presentan una hematosiis inadecuada; la piel pierde elasticidad, el tono muscular declina, se endurecen las coyunturas y los vasos sanguíneos, disminuye la secreción hormonal de las glándulas endocrinas.

Con el pasar de los años los diferentes órganos y sistemas van a sufrir alteraciones, sin embargo todas las personas no envejecemos igual: hay personas que a los 80-90 años se encuentran en un estado saludable, sin mayores enfermedades crónicas, y con una capacidad funcional adecuada, esto es lo que se denomina el envejecimiento exitoso; sin embargo, va a haber otro grupo, portadores de múltiples enfermedades crónicas, muchas veces con gran discapacidad: eso es lo que se denomina envejecimiento patológico, y el tercer grupo lo constituyen aquellas personas que tienen alguna que otra enfermedad crónica con menor o mayor grado de discapacidad, y esto es lo que se denomina el envejecimiento normal, en el cual están la mayoría de las personas que envejecen.

A partir de los 60 años el metabolismo es lento. Hay mucho de fatalidad en el envejecimiento. Ningún hombre llega a los cien años en plenitud, pero también hay mucho que depende de nosotros, por ejemplo:

a) La falta de uso de los órganos va a atrofia las funciones del mismo: personas de 60 años se mantienen más hábiles en ciertas áreas que otros de 50 años.

b) Cada modo de vivir engendra su modo de enfermar, ahora se acepta que hasta el 36% de todos los cánceres en el hombre están relacionados con su ocupación.

c) El moderado nivel de ingestión alimenticia (comer y beber) exige al organismo un esfuerzo menor; poco generador de envejecimiento.

d) En las enfermedades crónico degenerativas presentan “un estado emocional caracterizado por la desesperanza y el desamparo” (Ortiz Quezada, F. 1997) Esto equivale a decir que la vida viciosa, desordenada y los pensamientos destructivos llevan al envejecimiento prematuro, por el contrario, aquellas personas que no tiene

una vida viciosa, desordenada y de pensamientos destructivos no lo llevarán al envejecimiento prematuro.

La evaluación de salud señala que la valoración de la persona se realiza de la cabeza a los pies, es decir, primero se indagan aspectos sensoriales o externos para posteriormente, realizar la valoración interna (sistemas, órganos, etc.). Por lo que a continuación se mencionaran algunas capacidades sensoriales que se deterioran con el envejecimiento:

- Vista:
 - a) Opacidad del cristalino (cataratas).
 - b) Presbicia (dificultad para ver de cerca “vista cansada”).
 - c) Es frecuente el glaucoma (aumento de la presión intraocular).
 - d) Degeneración de la retina.

- Oído (Presbiacusia): Disminuye la capacidad para escuchar los tonos agudos).

- Olfato (Hiposmia): En el viejo disminuye el sentido del olfato por atrofia de la mucosa nasal.

- Gusto (Hipogeusia): Disminuye la capacidad de la lengua para distinguir sabores y temperaturas.

- Algunas características de la piel y tejidos conjuntivos que se ven afectados:
 - a) Atrofia de las glándulas sudoríparas (resequedad).
 - b) El pelo y las uñas disminuyen su crecimiento, el pelo tiende a caerse.
 - c) Disminuye la grasa subcutánea.
 - d) Es frecuente el prurito senil (comezón).
 - e) Hay tendencia a la calcificación.

f) Disminuye la elasticidad y la resistencia muscular.

Muchos rasgos de la vejez tienen que ver con una deshidratación tisular progresiva. Basta comparar la piel del niño con la del anciano como son la hidratación, elasticidad, la resistencia esta disminuida en las personas de la tercera edad. También hay evolución hacia la fibrosis, y se presentan neoplasias en las células epiteliales, en los tejidos de sostén (huesos, venas, etc.) y en algunas glándulas. Como se mencionó anteriormente los cambios a nivel sensorial presentan una aparición temprana en el ser humano, a continuación, se mencionarán algunas alteraciones que se dan en los diferentes sistemas del cuerpo humano.

Sistema nervioso

Desde la tercera década de la vida mueren diariamente por millares las neuronas de un ser humano. No se nota porque tenemos un excedente como reserva. Es natural que la muerte de tantas células corticales provoque disminución de los reflejos y torpeza general de los movimientos. Disminuye la reserva de oxígeno y la circulación cerebral.

El sistema nervioso se afecta de manera importante con el paso del tiempo. El peso cerebral disminuye con la edad y el flujo cerebral se reduce en un 20% produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación de flujo.

Existe pérdida de neuronas no generalizada. La circunvolución temporal superior pierde la mitad de su masa neuronal, mientras que la inferior sólo un 10%. Las mayores pérdidas son de los grupos de neuronas largas como los haces piramidales, células de Purkinje, haces extrapiramidales; por el contrario los grupos de núcleos del tronco, neuronas pontinas e hipotalámicas tienen pérdidas reducidas.

La mielina disminuye al igual que la densidad de conexiones dendríticas enlenteciendo al sistema. Aparecen inclusiones de lipofucsina en el hipocampo y la corteza frontal.

Hay disminución de la síntesis de catecolaminas, VIP y sustancia P. Los receptores de catecolaminas, serotonina y opioides se reducen.

Estos cambios en los neurotransmisores y sus receptores no se traducen necesariamente en cambios intelectuales y conductuales, sino que es el conjunto de cambios lo que provoca dichas variaciones. Los reflejos osteotendíneos disminuyen en intensidad de respuesta.

La arquitectura del sueño se altera con reducción de la fase 3 y en especial de la fase 4 de sueño profundo, con lo cual se observa dificultad en la conciliación del sueño, despertar precoz, reducción del número de horas de sueño y disminución del efecto reparador del mismo.

Sistema músculo-esquelético

Se encorva la columna. El deterioro de las funciones musculares es tanto mayor cuanto menor haya sido la actividad física en las etapas anteriores, disminuye el volumen óseo (debido a la muerte de las células óseas), disminución de la masa muscular (pérdida de células).

Sistema cardiovascular

La primera causa de muerte en los ancianos está constituida por las enfermedades cardiovasculares:

- a) Crece el ventrículo izquierdo; aumentan las zonas de fibrosis (Cardiomegalia).
- b) Se calcifican las válvulas (Fibrosis valvular).
- c) Hay tendencia a la arteriosclerosis, excedentes de grasa y calcio se van acumulando en el interior de los vasos sanguíneos, y con ello dificultan la circulación. Pero por otra parte, los elementos de la sangre casi no se modifican con la edad, a menos que intervengan factores patológicos específicos.

Sistema respiratorio

Algunos cambios en el sistema respiratorio son: Baja la elasticidad de los músculos y, por consiguiente, la capacidad respiratoria, Epoc (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Sistema gastrointestinal

- Boca:
 - a) Pérdida de dientes.
 - b) La saliva escasea.

- Esófago: sus movimientos peristálticos disminuyen (dificultad para deglutir).

- Estómago:
 - a) Disminuye su secreción de ácidos.
 - b) Se retrasa el vaciamiento hacia el intestino.

- Intestino delgado:
 - a) La glucosa se absorbe lentamente.
 - b) El calcio se absorbe pobremente.
 - c) Dificultad para que se absorba el hierro (anemia).

- Colon:
 - a) Aumenta la incidencia de divertículos, que son pequeñas hernias en su pared.
 - b) Disminuye su tono muscular y se vuelve lento, lo que favorece el estreñimiento.

- Hígado:
 - a) Reduce sus dimensiones.
 - b) Disminuye su poder de regenerarse.
 - c) Se ve expuesto a la litiasis biliar (piedras en la vesícula).

Sistema genitourinario:

- a) Disminuye el tono muscular de la vejiga y suele haber incontinencia urinaria.

Dentro de la plataforma fisiológica, cualquier programa encaminado a alargar la vida y a mantenerla en niveles aceptables de calidad, debe enfocarse hacia los métodos que reduzcan la muerte.

La progresión del desarrollo individual a través del ciclo de la vida es solamente una fuente de los cambios relacionados con la edad. Podemos destacar algunos de los eventos centrales biológicos y sociales que sirven o influyen en un "tiempo" o "momento" preciso individual el ciclo de la vida (Kimmel, 1974).

Desde el punto de vista del estudio de la psicología del desarrollo podemos señalar: la concepción, el nacimiento, la pubertad, la menopausia y la muerte. Desde el punto

de vista social: la iniciación de la escuela, el voto, la iniciación del trabajo remunerado, el matrimonio y la muerte de los padres.

La menopausia, como la pubertad o el embarazo, generalmente son eventos significativos en la vida de una mujer. Esto es conocido por reflejar cambios endocrinos y somáticos profundos y que presumiblemente involucran concomitantes fisiológicos y sociales. Por lo que a continuación se presentan los cambios asociados a la menopausia.

1.1.1. Menopausia

El climaterio femenino y la menopausia empieza alrededor de los 45 años las mujeres entran en un periodo conocido como climaterio que dura de 15 a 20 años el climaterio femenino marca la transición de ser capaz de tener hijos o no poder hacerlo.

El signo más notable del climaterio femenino es la menopausia o cese de la menstruación. Para la mayoría de las mujeres, los periodos menstruales empiezan a ocurrir de manera irregular y con menos frecuencia durante un periodo de dos años que empieza alrededor de los 47 o 48 años aunque este proceso puede empezar desde los 40 o hasta los 60. Después de que pasa un año sin periodo menstrual, se dice que ha ocurrido la menopausia.

La menopausia es importante por varias razones. En primer lugar, marca el punto en el cual ya no es posible el embarazo tradicional (aunque es posible que los óvulos implantados en una mujer posmenopáusica produzcan un embarazo). Además, la producción de estrógeno y progesterona, las hormonas sexuales femeninas, empieza

a decaer, produciendo una variedad de cambios de la edad relacionados con las hormonas (Wise, Krajnak y Kashon, 1996).

A medida que el individuo envejece los cambios en la producción de hormonas dan lugar a una variedad de síntomas aunque el grado en que una mujer los experimenta varía de manera significativa. Uno de los síntomas mejor conocidos y más comunes son los bochornos, en los cuales la mujer experimenta un sentimiento inesperado de calor de la cintura para arriba: la mujer enrojece y comienza a sudar. Después, siente escalofríos. Algunas mujeres experimentan los bochornos varias veces al día; otras no los experimentan en absoluto.

Durante la menopausia, los dolores de cabeza, la sensación de mareo, las palpitaciones y el dolor en las articulaciones son otros síntomas relativamente comunes, aunque lejos de ser universales. Por ejemplo, en una encuesta solo la mitad de las mujeres informaron que experimentaban un malestar severo durante la menopausia. Y muchas, quizá la mitad, no tiene ningún síntoma significativo (Hyde y DeLamater, 2003).

Para muchas mujeres, los síntomas de la menopausia empiezan una década antes de que en realidad ocurra la menopausia. La perimenopausia es el periodo que empieza alrededor de 10 años antes de la menopausia en que empieza a cambiar la producción de hormonas. La perimenopausia es marcada por fluctuaciones en ocasiones radicales en la producción hormonal, lo que da por resultado algunos de los síntomas que se encuentran en la menopausia.

Los síntomas de la menopausia también difieren según la raza. En comparación con las caucásicas, las mujeres japonesas y chinas reportan por lo general menos síntomas. Las mujeres afroamericanas experimentan más bochornos y sudores nocturnos y las mujeres hispanas reportan un nivel más alto de otros síntomas,

incluyendo palpitaciones fuertes y sequedad vaginal. Aunque no está clara la razón para esas diferencias, podrían estar relacionadas con diferencias raciales sistemáticas en los niveles hormonales (Deutsch, 2000; Avis et al., 2001; Cain, Johannes y Avis, 2003; Winterich, 2003).

Las consecuencias psicológicas de la menopausia. De manera tradicional, los expertos, así como la población en general, creían que la menopausia tenía un vínculo directo con depresión, ansiedad, periodos de llanto, falta de concentración e irritabilidad. De hecho, algunos investigadores estimaron que hasta 10 por ciento de las mujeres menopaúsicas sufrían depresión severa. Se suponía que los cambios fisiológicos en el cuerpo de las mujeres menopaúsicas producían esos desagradables resultados (Schmidt y Rubinow, 1991).

Sin embargo, en la actualidad la mayoría de los investigadores ven la menopausia desde una perspectiva diferente. Ahora parece más razonable considerarla como una parte normal del envejecimiento que no produce por sí sola síntomas psicológicos. Es cierto que algunas mujeres experimentan dificultades psicológicas, pero también lo hacen en otros momentos de su vida (Dell y Stewart, 2000; Matthews et al., 2000; Freeman, Sammel y Liu, 2004).

Según la investigación, las expectativas de una mujer acerca de la menopausia inciden significativamente en la forma en que la experimenta. Las mujeres que esperan tener dificultades durante la menopausia son más proclives a atribuirle cualquier síntoma físico y oscilación emocional. Por otro lado, las que tienen actitudes más positivas hacia la menopausia son menos proclives a atribuir las sensaciones a los cambios fisiológicos de la menopausia. La mujer que atribuye los síntomas físicos a la menopausia tiene una percepción distinta de los rigores de la menopausia, y de sus experiencias durante esta fase (Dell y Stewart, 2000; Breheny y Stephens, 2003).

La naturaleza y grado de los síntomas menopaúsicos también difieren de acuerdo con los antecedentes étnicos y culturales, las mujeres de culturas no occidentales a menudo tienen experiencias menopaúsicas muy diferentes a las de las culturas occidentales. Por ejemplo, las mujeres de las castas superiores de la India reportan pocos síntomas. En efecto, ellas desean la menopausia porque ser posmenopáusica produce varias ventajas sociales, como el fin de un tabú asociado con la menstruación y la percepción de mayor sabiduría debida a la edad. De manera similar, las mujeres mayas no tienen idea de los bochornos y por lo general desean el fin de sus años fértiles (Beck, 1992; Avis, Crawford y Johannes, 2002; Robinson, 2002).

1.1.2. Andropausia

En el año de 1939 fue descrito por primera vez un término denominado “climaterio masculino” usado por Werner, siendo este pionero al utilizarlo y catalogarlo de esa manera, quien lo describió como una serie de síntomas que englobaba síntomas psicológicos (depresión, insomnio y pérdida de memoria y concentración), físicos (fatiga) y sexuales (menor vigor sexual) (Werner, 1939)

Kolodny, Masters y Johnson en 1979 observaron que alrededor del 5% de los varones después de los 60 años presentan síntomas de andropausia como lo son: debilidad general, cansancio, falta de apetito, disminución del deseo sexual, pérdida de potencia, insomnio, irritabilidad, dificultades de concentración y disminución del hematocrito

En el climaterio masculino. Los hombres experimentan algunos cambios durante la adultez que se conocen colectivamente como climaterio masculino, el periodo de

cambio físico y psicológico en el sistema reproductivo que ocurren durante la edad madura avanzada por lo general pasados los 50 años de un hombre.

Puesto que los cambios suceden de manera gradual es difícil precisar el periodo exacto del climaterio masculino. Por ejemplo, a pesar de la disminución progresiva en la producción de testosterona y esperma, los hombres siguen siendo capaces de engendrar hijos a lo largo de la edad adulta. Además, no es más fácil para los hombres que para las mujeres atribuir los síntomas psicológicos a cambios fisiológicos sutiles.

Un cambio físico que ocurre con mucha frecuencia es el agrandamiento de la glándula próstata para la edad de 40 años, alrededor de 10 por ciento de los hombres tienen próstatas agrandadas y el porcentaje se incrementa a la mitad de los hombres para la edad de 80 años. El agrandamiento de la próstata produce problemas con la micción (Es el término médico para el acto de evacuación de la orina de la vejiga). Incluyendo la dificultad para empezar a orinar y la necesidad de hacerlo con frecuencia por la noche.

Cambios psicológicos Síndrome de Irritabilidad Masculina. El Síndrome de Irritabilidad Masculina es un cuadro depresivo con cuatro características distintivas: exagerada sensibilidad, cólera, frustración y angustia". Otros síntomas habituales de la depresión de la andropausia son los siguientes: hostilidad (con pérdidas del control de la agresividad), rencor (no perdona, pero generalmente luego se arrepiente), ansiedad, enojo, impaciencia, aplanamiento afectivo (disminuyen las demostraciones de los sentimientos), impenetrabilidad (cara de piedra), desesperanza, sentimiento de fracaso, aumenta el consumo de alcohol y tabaco, refugio en la televisión, rabieta, práctica excesiva de deportes o por el contrario decaimiento total, exigencia excesiva en la relación con los miembros de su familia y desconfianza. A todo esto lo acompaña una conducta demandante y desafiante.

El Dr. R. Petty, Director de la Wellman Clinic de Londres, Inglaterra, define que el 50% de los hombres mayores de 45 años presentan algunos de los síntomas del Síndrome de Irritabilidad Masculina.

También opina que como la causa son los descensos de testosterona mayores que los esperados, los tratamientos de reemplazo hormonal en hombres, en poco tiempo van a ser tan populares como los que se aplican en las mujeres.

Generalmente, quienes más notan los cambios físicos, de la respuesta sexual y principalmente los psicológicos son las esposas. Es muy importante que ellas entiendan que sus parejas están pasando por una crisis frecuente y propia de la edad y pueden ser ayudados por especialistas.

1.2. Cambios cognitivos

Si bien durante la juventud y la adultez las capacidades intelectuales aumentan o se mantienen relativamente estables, a medida que una persona ingresa a la etapa adulta mayor empieza a experimentar ciertos cambios cognitivos. Aunque resulta importante reconocer que éstos no serán homogéneos entre esta población, se ha podido constatar que el deterioro cognitivo suele ser común a la mayor parte de personas (Stassen Berger, 2001).

Más allá de la disminución de la memoria, los cambios que tienen el mayor impacto sobre el aspecto cognitivo están relacionados con la disminución de la velocidad de los procesos de comunicación cerebral. Esto impide procesar la información rápidamente y dificulta el que ésta pueda ser asimilada por completo o analizada de manera secuencial (Stassen Berger, 2001). Todo ello da cuenta de la disminución de

la rapidez mental del adulto mayor y permite comprender por qué a esta edad, el aprendizaje de material nuevo es más lento y dificultoso que en años anteriores (Florenzano, 1993).

Otro de los elementos que ha sido ampliamente estudiado en la etapa adulta mayor es la inteligencia. Florenzano (1993) indica que si bien las investigaciones han demostrado que la capacidad intelectual disminuye con la edad, el mayor deterioro realmente comienza a partir de los 67 años en adelante. Ahora bien, más allá de poder identificar los cambios intelectuales desde una perspectiva cuantitativa, resulta más interesante poder aproximarnos a ellos desde un punto de vista cualitativo.

Dentro de este campo, Florenzano (1993) hace alusión a las investigaciones llevadas a cabo por Nettlebeck y Rabbit (1992), quienes demostraron que durante la etapa adulta mayor la inteligencia de tipo fluida (capacidad instantánea de razonamiento que depende del estado de los sistemas fisiológicos) tiende a disminuir. Por el contrario, la de tipo cristalizado (la cual depende del aprendizaje basado en la cultura y experiencia), no sólo se mantiene estable, sino que incluso podía mejorar hasta edades avanzadas (Belsky, 1996).

Por otro lado, también se ha planteado que durante la adultez mayor se produce un incremento en la inteligencia práctica, la cual se encuentra relacionada con la facultad de sabiduría. Ésta última implica cinco características esenciales: amplios conocimientos fácticos relativos a la experiencia humana, conocimientos de los “principios pragmáticos de la vida”, enfoque holístico para entender la vida de manera global, aceptación de la incertidumbre en la definición y resolución de problemas y una mayor flexibilidad para aceptar las diferencias individuales en torno a las creencias, valores y prioridades de cada persona (Stassen Berger, 2001).

Así, podemos ver que los cambios intelectuales que ocurren durante la vejez no son siempre negativos, sino más bien resultan diferentes a los que predominaban en las etapas anteriores de la vida.

Son muchos los factores que pudiesen intervenir en un mal desempeño del adulto mayor, si observamos a nuestro alrededor nos daremos cuenta de que esta disminución cognitiva forma parte más de un mito que de la realidad, ya que la mayoría de los ancianos no experimentan disminuciones significativas en su capacidad intelectual, si no por el contrario, se pueden mantener estables o llegar incluso a un incremento; todo lo cual estará dado por las diferencias individuales.

Sin embargo observar que todo este deterioro físico-intelectual va a depender, en gran medida, de tres factores: la genética, las condiciones ambientales y el estilo de vida que se ha llevado durante la vida. Al respecto, debemos señalar que este último factor es fundamental, puesto que es el único que podemos manipular para alcanzar una vejez saludable.

Si evaluamos las capacidades cognitivas por separado en el envejecimiento podemos encontrar:

Procesado de la información. Existe un enlentecimiento en general que puede ocasionar un enlentecimiento también en la emisión de respuestas. Hay una serie de factores que pueden afectar negativa al procesamiento de la información: estados de ánimo negativos, ansiedad, preocupación ante las pérdidas que se detectan lo que incrementa la ansiedad.

Inteligencia. Se mantiene estable durante la etapa de la vejez aunque suele aparecer un enlentecimiento y un aumento del tiempo de respuesta frente a un problema. Este enlentecimiento puede manifestarse como fatiga intelectual, pérdida de interés, dificultades en la concentración. No obstante los cambios significativos en

la inteligencia se apreciarían a partir de los 70 años. Existen dos tipos de inteligencia: la fluida y la cristalizada.

- Inteligencia cristalizada. Esta no se modifica con el paso de los años. Está relacionada con los conocimientos adquiridos previamente.
- Inteligencia fluida. Se ocupa de procesar la nueva información y adquirir nuevos conocimientos. Puede verse disminuida sobre todo en tareas que impliquen concentración, rapidez, atención y pensamiento inductivo

Memoria. La memoria inmediata (han pasado días) se mantiene relativamente bien preservada. La memoria a largo plazo (años) se mantiene conservada. Es la memoria reciente (minutos) la que empieza mostrar déficits, con dificultad de la persona para recordar hechos muy recientes. Estos pequeños olvidos cotidianos suelen ser el signo más característico de los cambios psíquicos en el mayor.

Lenguaje. La capacidad de lenguaje se mantiene. La forma (sintaxis) no se altera y el proceso comunicativo se mantiene razonablemente bien, aunque puede estar enlentecido.

Los cambios en el desarrollo cognoscitivo y emocional a lo largo de toda la vida expresan la diversidad del carácter individual de lo psíquico y el envejecimiento no escapa a esta condición. Cada persona como protagonista de su historia de vida, dispone de recursos con los cuales auto dirige y participa en su propio desarrollo; pero el envejecimiento es también una creación y un fenómeno sociocultural, la determinación social atraviesa la individualidad donde es reelaborada al tomar un sentido personal, convirtiéndose entonces en factor de desarrollo.

1.3 Cambios emocionales en el adulto mayor

La principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y utilizar su gran experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdida.

Después de los 65 años el individuo vive una etapa normal del desarrollo, los principales problemas que enfrentan los adultos mayores, son los que le creamos a través de la sociedad, cultura, familia, economía, etc. que afectan su status en mayor grado que el mismo envejecimiento. Debemos tener claro que las personas claves en el problema de envejecimiento son los grupos de edad más joven, porque ellos son los que determinan el status y la posición de tales personas en el orden social (Papalia, 1990). Sin embargo, la vejez no tiene por qué ser el punto más bajo del ciclo de vida ya que el envejecimiento satisfactorio es posible, siendo la sociedad quien debe descubrir los componentes de ella, reorganizando nuestros pensamientos y estructuras sociales.

Durante la vejez acontecen una serie de factores interrelacionados que tienen una importante incidencia en los cambios psicológicos durante el envejecimiento.

Los cambios psicológicos pueden estar sujetos a percepciones subjetivas tanto de la persona que los manifiesta como de la persona que puede evaluarlos. Hay personas que viven con seria preocupación el declive de algunas funciones y otras que no lo valoran adecuadamente. En general con el envejecimiento existe un declive y un entecimiento de las capacidades cognitivas, aunque existe una enorme variabilidad y depende de numerosos factores (nivel educativo, dedicación laboral, actividad física, etc.). Afectividad emocional. La vejez está marcada por las pérdidas (familiares, laborales, sociales, físicas, etc.). La afectividad depende de la personalidad del propio individuo y de su capacidad para enfrentarse a los cambios y pérdidas.

La vida afectiva del adulto mayor se caracteriza por un aumento de las pérdidas, entendiéndolas como vivencias por las cuales siente que ya no tiene algo que es significativo para él a nivel real y subjetivo. Como parte de las mismas se refieren la pérdida de la autonomía (valerse por sí mismo, hacer lo que desea) y las pérdidas referidas a la jubilación, muerte del cónyuge y de seres queridos, las cuales afectan a todos los ámbitos e implican para el adulto mayor un proceso de elaboración de duelo (*Reacción de pérdida de un ser amado. El término “duelo” viene del latín dolus (dolor) y es la respuesta emotiva natural a la pérdida de alguien o de algo. Se manifiesta en el proceso de reacciones personales que siguen a una separación o a cualquier tipo de pérdida, separaciones de ambientes, bienes materiales, roles sociales, valores afectivos, lazos afectivos, la salud y la separación de las personas queridas. Arnoldo Pangrazzi (2005).*

Otro aspecto de suma preocupación en esta etapa de la vida y que constituye a su vez, una de sus principales neoformaciones, es la representación de la muerte (*la muerte es el destino inevitable de todo ser humano, una etapa en la vida de todos los seres vivos que constituye el horizonte natural del proceso vital. La muerte es la culminación prevista de la vida, aunque incierta en cuanto a cuándo y cómo ha de producirse, y, por lo tanto, forma parte de nosotros porque nos afecta la de quienes nos rodean y porque la actitud que adoptamos ante el hecho de que hemos de morir determina en parte cómo vivimos. Comité para la defensa de la vida (2007)*) como evento próximo, la cual también debe tenerse en cuenta desde una concepción del desarrollo humano, ya que el adulto mayor comienza a pensar en la inminencia de su propia muerte, siendo presa de un miedo terrible con tan sólo pensar en lo “poco que le queda de vida” y no en lo que puede hacer día a día para vivir de una mejor manera. Así este temor o miedo a la muerte será una especie de miedo al examen de la vida, al mayor de los exámenes, aunque también se esté ante el mayor de los miedos el cual se va acrecentando en la medida en que transcurren los años.

De los llamados “conflictos intergeneracionales” se tiene mucha tela por donde cortar, fundamentalmente porque los adultos mayores se ven expuestos a enfrentar la experiencia de los años vividos con diversos criterios y opiniones de la adolescencia y juventud. Por ello suelen verse inmersos en diversos conflictos matizados por barreras comunicativas, prejuicios y estereotipos que desencadenan sentimientos de malestar y sufrimiento en todas direcciones; la convivencia se ve afectada en muchos casos por la falta de comunicación, de tolerancia y benevolencia.

Los problemas de salud también configuran el marco de las principales preocupaciones de la adultez mayor, entrelazadas con el cierto deterioro físico al que se ven expuestos los ancianos y a través del cual vislumbran los últimos albores de su vida. La enfermedad es percibida como un freno, el dolor que puede ponerle fin a la existencia, de ahí que se preocupen constantemente por sus dolencias y malestares, abogando por la salud de otros tiempos.

Algunos adultos mayores suelen ponerle trabas a la intención de mantener un estilo de vida activo y productivo, propiciando el deterioro de sus capacidades físicas e intelectuales, por lo cual limitan el acceso al disfrute y recreación de su tiempo libre. En la Tercera Edad, la actividad física-intelectual y el interés por el entorno canalizadas a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos.

Una de las primeras necesidades de todos ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, perteneciente a algo y a alguien, sentimientos en los que se basa la autoestima. Por lo tanto, no puede haber autoestima, si el individuo percibe que los demás prescindan de él. A continuación se presentaran las características de la autoestima en los adultos mayores.

Capítulo II

AUTOESTIMA EN EL ADULTO MAYOR

“De todas las trampas en la vida la falta de autoestima es la peor y la más difícil de superar, debido a que está diseñada por tus propias manos y se centra en la idea: No vale la pena, no lo puedo hacer.”

Maxwell Maltz

La autoestima es un sentimiento valorativo de nuestro ser, de cómo nos percibimos corporal y mentalmente; una adecuada autoestima es sentirnos bien con nosotros mismos; es una adecuada imagen de uno mismo.

Un aspecto muy importante de la personalidad, del logro de la identidad y de la adaptación a la sociedad, es la autoestima; es decir el grado en que los individuos tienen sentimientos positivos o negativos acerca de sí mismos y de su propio valor. La época importante para el desarrollo de la autoestima es la infancia intermedia. El adulto mayor, aquí, compara su yo real con su yo ideal y se juzga a sí mismo por la manera en que alcanza los patrones sociales y las expectativas que se ha formado de sí mismo y de qué tan bien se desempeña. Las opiniones de los adultos mayores acerca de sí mismos tienen un gran impacto en el desarrollo de la personalidad, en especial en su estado de ánimo habitual.

Para la tercera edad, la autoestima es clave, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás. La dificultad radica principalmente en el contexto en el cual se realiza esta evaluación, ya que el anciano se encuentra en una situación física, social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio de los

valores asociados a la belleza juvenil por parte de la sociedad y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la ancianidad.

La autoestima es un componente fuertemente afectado en los adultos mayores por el deterioro en las capacidades funcionales de forma integral y sumado a esto la gran descarga emocional que representa el hecho de sentirse improductivo, poco querido, pertenecido, amado etc., si tenemos en cuenta este aspecto.

Garay (2009), señala: “Que el adulto mayor ve afectada su autoestima dada la inseguridad que vive a partir de las pérdidas asociadas a sus vivencias afectivas, físicas y sociales como son: la independencia de los hijos, la pérdida del cónyuge, la disminución de capacidades, la salud a veces afectada, la jubilación, la disminución de ingresos, entre otras.”

La autoestima está relacionada con muchas formas de conducta. Las personas con una autoestima positiva suelen reportar menos emociones agresivas, negativas y menos depresión, manejan mejor el estrés y cuando son expuestas al mismo experimentan menos efectos negativos en la salud que las personas con una autoestima negativa.

Desde el punto de vista cognitivo, los adultos mayores tienden a mostrar una mayor cantidad de pensamientos o creencias sesgadas. Por ejemplo, tienden a atribuir los fracasos a causas externas y los éxitos a causas internas. Además, cuando reciben una información negativa sobre sí mismas (p. ej., se les hace creer que un test corrobora su poca habilidad con respecto a un tema) muestran una gran variedad de mecanismos de defensa, tales como: a) el cuestionamiento de la exactitud y validez de la información (dudan del test); b) la devaluación de la fuente de la información (otorgan poca credibilidad a la persona que les ha comentado la información negativa); c) restar importancia al área o tema sobre el que se ha recibido la

información negativa (consideran que el área de habilidad en el que han recibido 'mala nota' no tiene relevancia); y, d) la explicación del bajo rendimiento por causas externas (p.ej., atribuyen su 'mala nota' al cansancio temporal). En cambio, las personas con menor autoestima tienden a aceptar la información crítica o negativa que se da sobre ellas (Crocker y Wolfe, 2001).

Entre los aspectos más importantes de la autoestima se encuentran todas aquellas conductas promotoras de salud, la que actuaría por medio de un efecto directo a través del enfrentamiento a retos y amenazas o indirectos a través del afrontamiento al estrés, por tal motivo es trascendental su mantención y promoción para mantener niveles de bienestar adecuados, con adultos mayores participando activamente en la consecución de tareas relacionadas principalmente con su estado de bienestar y salud, a continuación se presentaran en la siguiente tabla algunos rasgos que caracterizan a las personas con una autoestima positiva y a las personas con una autoestima negativa.

Características de la autoestima

Rasgos que caracterizan a personas con autoestima positiva	Rasgos que caracterizan a personas con autoestima negativa
<ul style="list-style-type: none"> ● Sentimiento de agrado y satisfacción consigo mismas. ● Se conocen, se aceptan y se valoran con todas sus virtudes, defectos y posibilidades. ● Las limitaciones no disminuyen su valor como personas, se sienten "queribles" por lo que son y descubren la importancia de cuidarse a sí mismas. ● Aceptan y valoran a los demás tal y como son. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Las apreciaciones de autoevaluación y de autovaloración les hacen daño y hay carencia de estima hacia ellas mismas. ● Autocrítica dura y excesiva que les mantiene en un estado de insatisfacción permanente. ● Sentimiento de descontento y falta de confianza en sí mismas, se consideran de poco valor o sin valor alguno y por lo tanto "no queribles".

- No sienten la necesidad de mostrarse superiores al resto de las personas.
- El rostro, la actitud, la manera de hablar y de moverse, reflejan el placer que sienten de estar vivas.
- Serenidad al hablar de los logros y fracasos directa y honestamente, ya que mantienen una relación de amistad con los hechos.
- Comodidad al dar y recibir cumplidos, expresiones de afecto y de aprecio.
- Facilidad para establecer relaciones de sana dependencia, comunicándose de forma clara y directa con los demás.
- Tendencia a ser independientes.
- Apertura a las críticas y flexibilidad para reconocer errores.
- Sus palabras y acciones tienden a ser serenas y espontáneas.
- Armonía entre lo que dicen y lo que hacen y en su aspecto y sus gestos.
- Capacidad para gozar los aspectos humorísticos de la vida.
- Actitud abierta y curiosa hacia las ideas, experiencias y posibilidades de una vida nueva.
- Flexibilidad para responder a las situaciones y desafíos, al confiar en su propia mente y no ver la vida como una fatalidad o derrota.
- Valor y resistencia para asumir riesgos y enfrentar los fracasos y frustraciones.

- Convencimiento de que no poseen aspectos positivos para enorgullecerse, tienen conciencia de sus defectos, pero tienden a sobre dimensionarlos.
- No conocen ni saben quiénes son, ni cuáles son sus capacidades o habilidades que les hagan dignas de ser queridas por ellas mismas y por los demás.
- Dificultad para aceptar y valorar a los otros como son, tratan de cambiarlos para satisfacer sus necesidades y expectativas a través de ellos.
- Actitud excesivamente quejumbrosa y crítica, triste, insegura, inhibida y poco sociable, perfeccionista, desafiante, derrotista, parecen poco vitales, les falta espontaneidad y presentan agresividad.
- Necesidad de llamar la atención y de sentirse valoradas y apoyadas por los demás, por lo que presentan una especial sensibilidad ante actitudes de rechazo.
- Ocultan sus verdaderos sentimientos y pensamientos cuando creen que no concuerdan con los del resto de las personas.
- No logran establecer sanas relaciones, ni plantear las ideas claramente por miedo a ser rechazadas.
- Indecisión crónica, temor excesivo a equivocarse por lo que son poco creativas,

<ul style="list-style-type: none"> ● Aprenden de los errores cometidos tratando de no repetirlos. ● Ausencia de preocupación por lo que haya ocurrido en el pasado o por lo que pueda ocurrir en el futuro. ● Si surgen sentimientos de ansiedad o inseguridad, es menos probable que les intimiden o abrumen porque no les suele ser difícil aceptarlos, dominarlos y superarlos. ● Capacidad para mantener la armonía y dignidad en condiciones de estrés. 	<p>prefieren decir "no sé".</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Marcado sentido del ridículo. ● Prefieren ser descritas como "flojas" y no como "tontas", por lo que tienen un bajo rendimiento. ● Irritabilidad frente a personas entusiastas con respecto a la vida. ● Buscan la seguridad de lo conocido, no corren riesgos, no hay intentos de superación por lo que desembocan más fácilmente en sentimientos de frustración. ● La reacción frente a un error particular se transforma en una crítica generalizada a todo lo que son como personas.
--	--

Fuente: Favorecer la autoestima desde la estimulación cognitiva. Dra. Amalia Claudio Puerto. León septiembre 2008.

La importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida, en algunas investigaciones se propone que ésta va disminuyendo durante la edad madura y la vejez.

Por todo lo anterior, es importante el estudio de la autoestima, así como la presentación de patrones de conducta que lleven al individuo a establecer una autoestima positiva, que le permita un mejor desarrollo de sí mismo.

En conclusión, la autoestima nos hace más sanos psíquicamente, nos hace menos acomodados, menos inseguros, facilita la comunicación, nos hace menos

rencorosos, nos ahorramos disfraces, nos facilita la originalidad y espontaneidad, se percibe mejor la realidad, porque no tenemos que filtrarnos por muchas defensas.

Se debe considerar más aspectos de la autoestima, pero para efecto de la investigación solo se abordarán lo que son el autoconcepto y la autopercepción.

2.1. Autoconcepto

El autoconcepto es la suma de creencias de un individuo sobre sus cualidades personales. La suma del autoconcepto y la autoestima nos lleva al concepto de nosotros mismos, es una visión de nuestra persona y esta visión va modificándose a lo largo de la vida en función de las experiencias, las circunstancias y el contexto que nos rodea.

(Markus,1977) menciona que el autoconcepto es una estructura cognitiva organizada que se forma a partir de la experiencia que uno tiene de sí mismo. Así como los individuos retienen nociones estereotipadas y generalizadas acerca de otras personas, también mantienen nociones estereotipadas de sí mismas. Y que el intento para organizar, resumir o explicar la propia conducta resulta en la formación de estructuras cognitivas acerca de sí mismo, a las que llama esquema del sí mismo u organización del sí mismo. Estas son generalizaciones cognitivas derivadas de la experiencia social del individuo. Esto distingue a personas con un esquema fuerte para autodefinirse, de aquellos que no lo poseen. Las primeras pueden procesar información de sí mismos con rapidez, predecir sus conductas futuras, resistir la información incongruente, y evaluar la relevancia de la misma información.

El autoconcepto ha sido objeto de estudio desde distintos campos del saber: filosófico, sociológico y psicológico. Las raíces remotas acerca de cómo se produce

el propio autoconocimiento y cómo tal conocimiento afecta a la conducta, se encuentran en las especulaciones filosóficas de muchos autores; y los primeros psicólogos aceptaron su estudio como un legado. Precisamente, la elaboración, por parte de la psicología del constructo del “autoconcepto”, término acuñado en el siglo XX, representa un modo de acercamiento a la antigua cuestión filosófica de “¿quién soy yo?” (González & Tourón, 1994).

La felicidad siempre ha sido motivo de inspiración para el individuo y para la filosofía ya que desde tiempos de Aristóteles, él hacía referencia al “Sumo bien” o la “Felicidad suma” sosteniendo que la felicidad era el único valor final y suficiente en sí mismo (García, 2007), sin embargo, es hasta hace poco más de treinta años que la psicología adopta el término como parte de su repertorio de estudio del comportamiento humano, haciendo referencia a él de lo que es fundamental para la felicidad de los individuos y sociedades, construyendo un conjunto de herramientas teóricas y empíricas que pueden contribuir como objeto de estudio, referentes al Bienestar subjetivo, orientación al logro y una mejor percepción de autoconcepto.

El interés por estudiar el autoconcepto se deriva de que las personas que se ven positivamente, se conducen e interpretan el mundo de diferente manera, a las que se ven de manera negativa, hay entonces una relación directa entre autoconcepto y conducta, pues en base al primero, las personas se forjan metas y estrategias. Así mismo, se reflejan variables personales, sociales, ambientales, intelectuales y afectivas (Jurado de los Santos, 1993).

En las últimas décadas se ha venido subrayando la importancia del autoconcepto en el bienestar subjetivo desde diferentes ámbitos de la psicología y esto ha contribuido para que el autoconcepto tenga un lugar central en la explicación del comportamiento humano (Tesser, Felson & Suls, 2000).

También influye, la presencia corporal que cada individuo aporta a las relaciones sociales, por lo que es un factor determinante de las mismas que puede colaborar para alcanzar el éxito personal. Debido a que cada persona posee una imagen de su físico, que en parte, puede contrastar por sí mismo o bien con comparaciones con los demás. La presencia física tiene una repercusión social inevitable que se proyecta en poseer determinadas cualidades físicas que varían entre las culturas (Lugo, 2002).

(Burns, 1990) afirma que, el autoconcepto implica considerar la conducta del individuo no sólo a través de la perspectiva de personas externas, sino también y desde la perspectiva interna o subjetiva del individuo, de cómo actúa y se comporta. De la manera en que percibe y construye el medio donde se desenvuelve y del cual su autoconcepto constituye el punto central en una construcción significativa y única en el individuo.

El autoconcepto puede ser generalmente positivo o generalmente negativo. Si es generalmente positivo para que el individuo logre una adecuada adaptación, alcance felicidad personal y para un funcionamiento eficaz. Si la persona no posee un autoconcepto adecuado, no puede estar abierta a sus propias experiencias afectivas, especialmente a los aspectos desfavorables de su carácter.

Los estudios que llevó a cabo el psicólogo investigador (Stanley Coopersmith, 1995) sugiere que es en la infancia donde residen algunos de los antecedentes principales de la autoestima. (Villa y Auzmendi, 1999) mencionan que una persona con escasa autoestima no se muestra tal y como es ante los demás, sino que representa ante ellos los papeles que considera oportunos en cada momento. La falta de autoestima influye notablemente en el bienestar espiritual, en el propio nivel de satisfacción y, sobretodo, en la propia salud y capacidad psíquica. La posesión o no posesión de un autoconcepto fuerte influye tanto sobre la propia persona como sobre los demás. En la relación con los demás, el autoconcepto influye ya que una persona con un buen

autoconcepto adopta menos actitudes de defensa, puede percibir la realidad con mayor autenticidad y puede aceptar a los otros con mayor facilidad.

El adulto mayor determinará el modo de autoconcepto con base en la interacción con el entorno y las experiencias vividas; su auto coherencia, libre ideal y ética moral espiritual, serán la base para que pueda determinarse y elegir el comportamiento que ha de tomar. Su condición física y percepción de autoimagen serán la verbalización del nivel adaptativo de los aspectos de lo personal; y es a través de la observación del comportamiento que se podrá inferir el modo adaptativo del adulto mayor. La interacción recíproca entre el físico y el personal en conjunción, determinarán al adulto mayor y su integridad en este modo adaptativo.

Los conocimientos y creencias sobre sí mismo están estructuradas en la memoria como: a) el recuerdo de eventos personales y sus contextos (memoria autobiográfica); y, b) el recuerdo de los atributos abstractos que nos caracterizan (memoria semántica).

(Rosenberg, 1979) argumenta que la dimensión cognitiva integra las creencias sobre varios aspectos de sí mismo, como por ejemplo la imagen corporal, la identidad social, los valores, las habilidades y los rasgos que el individuo considera que posee; el componente evaluatorio se compone de los sentimientos positivos y negativos que el individuo experimenta sobre sí mismo, esto se observa como la autoestima del sujeto. Así, tenemos que el bienestar personal está determinado por el concepto que el individuo tiene de sí mismo y éste está ampliamente influido por la imagen corporal, la autoestima y la dimensión social o la percepción que el sujeto crea que los demás tienen de él.

Un estudio sobre la importancia que tiene la percepción de control y el autoconcepto para el bienestar del anciano (Antequera y Blanco, 2003), los autores mencionan que es innegable que los cambios morfológicos que ocurren durante el envejecimiento

van a contribuir en gran medida a que el sujeto se perciba en mayor o menor grado así mismo como un anciano, pero también se ha demostrado que los cambios ambientales y sociales ejercen una mayor presión para hacer que el geronte, asuma o no el rol de viejo. Sin embargo, parece ser que son otros grupos de edad los que se encargan de que se vean como particularmente adversas aquellas pérdidas que se tienen en la última etapa de la vida (dimensión social del autoconcepto). Pérdidas que en muchos casos pueden ser reales, entre las que se incluyen pérdida de los contactos familiares y sociales, pérdida de la ocupación laboral y/o consecuente pérdida económica, el deterioro fisiológico de la salud, el decremento del estatus social y cultural y la disminución general de la autoestima entre otros.

El autoconcepto juega un importante papel en la vida de las personas. Los éxitos y los fracasos, las satisfacciones de uno mismo, el bienestar psíquico y el conjunto de relaciones sociales llevan su sello. Tener un autoconcepto positivo es importante para la vida personal, profesional y social. El autoconcepto favorece el sentido de la propia identidad, constituye un marco de referencia desde el que interpreta la realidad externa y las propias experiencias, influye en el rendimiento, condiciona las expectativas y la motivación y contribuye a la salud y el equilibrio psíquico de las personas. Por lo tanto entre más favorable sea el autoconcepto de un individuo mayor será la posibilidad de vivir con calidad, aprovechando cada uno de los recursos internos y externos para su bienestar y por lo tanto mayor satisfecho estará con esta vida y vivirá la etapa de la vejez con mayores posibilidades de ser feliz y estar en armonía consigo mismo y con lo que le rodea.

2.2. Autopercepción

A través del tiempo la psicología y otras ciencias se han preocupado por estudiar el envejecimiento y los cambios que surgen alrededor de esta etapa del ciclo vital. Este momento conlleva un sinnúmero de acontecimientos que demarcan el nivel de vida

de manera positiva o negativa en cada una de estas personas. Así por ejemplo, encontramos variables como la autopercepción de la salud que se ha convertido en un factor fluctuante y modificable dentro del esquema de vida del adulto mayor.

La adultez mayor como un estado más de la vida, nos refiere que existe una gran correlación entre lo que se ha vivido y lo que posteriormente se obtendrá a partir del mantenimiento de una conducta saludable. De tal forma que cuando se habla de envejecimiento, este nos remite a una serie de factores asociados, como el estado de salud, el incremento de cambios físicos y psicológicos, entre otros. El concepto de salud que tenga el adulto mayor se relacionará de manera determinante con una valoración subjetiva; es decir, que además de los cambios físicos visibles, este percibe su salud de acuerdo con sus habilidades funcionales, el bienestar psicológico y el soporte social con el que cuente (Gallegos, García, Durán, Reyes & Durán, 2006).

La autopercepción de la salud como elemento base en el funcionamiento integral del ser humano se generan transiciones de tipo psicosocial, que afectan el estilo de vida por el incremento de agentes que acompañan esta etapa, como son el contexto, la familia, los factores económicos, los cambios culturales y políticos y todas aquellas acciones que directa o indirectamente aluden a la salud percibida.

La autopercepción de la salud constituye otro de los elementos relevantes que conforman el conglomerado del bienestar general de la persona durante el ciclo vital. Se entiende autopercepción de la salud según (Suárez, 2004) como: La percepción de sí mismo en tanto sujeto físicamente existente, así como del sistema de atributos físicos que caracterizan al individuo de manera relativamente estable. Incluye la evaluación de lo percibido en forma de aceptación o rechazo de la representación física de la persona.

Según el estudio realizado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2008, citado por Rubio, Marín, De la Fuente, Cerquera y Prada, 2009) la autopercepción de la salud está regulada por la cantidad de enfermedades que padezca una persona, características como edad, sexo, estado civil, red social, por su implicación social y bienestar psicológico. Este indicador se considera como una útil herramienta para determinar el estado de salud global de la persona, predecir sus necesidades y organizar programas de intervención.

Capítulo III

ELABORACIÓN DEL CURSO-TALLER

El objetivo que tiene el curso-taller es el de aumentar la autoestima de los adultos mayores que acudan a este curso-taller, para efectos de este se aplicara una serie de tres test de que miden autoestima para así saber el grado de autoestima que poseen los adultos mayores, posterior mente se darán una serie de ponencias sobre diferentes temas relacionados con la autoestima, así como una serie de actividades para el mejoramiento de la autoestima en los adultos mayores.

Concepto de curso: Es un programa de una determinada disciplina donde se agota el aprendizaje de temas establecidos previamente y que pueden seguir o no para la promoción o aprobación de la misma. Todas las materias que se imparten en una institución docente se cumplen mediante cursos que con frecuencia y periodicidad (también previstas) se llevan a cabo mediante un programa, con la intervención de maestros que examinan a los alumnos para determinar sí obtuvieron los conocimientos mismos para ser aprobados. (Ismael Rodríguez C., 1997).

Concepto de taller: El taller es una actividad para el trabajo en grupo con un vasto número de opciones. Permite a los participantes diversas formas de evaluar los proyectos de los demás, así como proyectos-prototipo. (Ramón García-Pelayo y Cross, 1992)

Concepto de curso-taller: Es la forma de impartir un curso haciendo aplicaciones prácticas de la teoría respectiva, con la característica fundamental de que todos las personas participen activamente durante el desarrollo del

mismo, de forma tal que los niveles de aprendizaje son más altos en comparación con la clase teórica (Arturo Torres Bugdud, 1997).

Un curso-taller representa una opción de enseñanza-aprendizaje dentro de un plan de estudios para desarrollar y reforzar en las personas las habilidades, destrezas, hábitos y procedimientos de conocimientos adquiridos previamente utilizándolos como herramientas para la consecución de los objetivos y metas establecidas en el diseño del mismo.

Un curso-taller para cumplir con sus objetivos y metas requiere durante su desarrollo la interacción activa de todos sus miembros, procurando establecer en el aula un clima cuyas características principales sean el trabajo y la participación.

ACTIVIDAD No. 1: Aplicación de los instrumentos

NOMBRE DEL PROGRAMA: Curso-taller de autoestima cognitivo conductual en adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus II, adscritos al DIF de Almoloya Rio, Estado de México.						
INSTRUCTOR: Emmanuel Contreras Guzmán						
OBJETIVO GENERAL: analizar el nivel de autoestima en los adultos mayores que participaran en el curso-taller mediante la aplicación de las escalas de autoestima de Coopersmith y Rosenberg.						
FECHA: abril 2015				DURACIÓN: 40 minutos		
TEMAS	TÉCNICA DIDÁCTICA	DESARROLLO	TIEMPO	RECURSOS Y MATERIALES	EVALUACION	OBSERVACIONES
Autoestima	Aplicación de las escalas de autoestima de Coopersmith y Rosenberg	<p>Inicio: Se les dará una pequeña introducción a los adultos mayores sobre los test que se les aplicaran, posteriormente se realizara un ejercicio de respiración para la relajación. 10 min.</p> <p>Desarrollo: Se realizará la aplicación de los test de autoestima, la escala de autoestima de Coopersmith así como la escala de autoestima de Rosenberg para adultos mayores. 40 min.</p> <p>Termino: para concluir con la sesión se realizará un ejercicio de relajación. 10 min.</p>	50 a 60 min	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Copias suficientes de la escala de autoestima de Rosenberg ➤ Copias suficientes de la escala de Coopersmith ➤ Lápiz ➤ Goma ➤ Sacapuntas 	La evaluación de esta actividad se realizó posteriormente al momento de interpretar los instrumentos aplicados a los adultos mayores	Al momento de presentarme con las personas se podía observar que estas se mostraban un poco nerviosas posteriormente al explicarles sobre que trataba el curso y los instrumentos que se iban a aplicar se tranquilizaron un poco y comenzaron a contestar los instrumentos.

ACTIVIDAD No. 2: Dinámica de autoestima

NOMBRE DEL PROGRAMA: Curso-taller de autoestima cognitivo conductual en adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus II, adscritos al DIF de Almoloya Rio, Estado de México.						
INSTRUCTOR: Emmanuel Contreras Guzmán						
OBJETIVO GENERAL: analizar los cambios en la autoestima de los adultos mayores mediante la implementación de la dinámica mensajes con afecto.						
FECHA: abril 2015				DURACIÓN: 40 minutos		
TEMAS	TÉCNICA DIDÁCTICA	DESARROLLO	TIEMPO	RECURSOS Y MATERIALES	EVALUACION	OBSERVACIONES
Autoestima	MENSAJES CON AFECTO.	<p>Inicio: para dar comienzo se realizará un pequeño ejercicio de relajación de Schultz para posteriormente dar comienzo con la dinámica de autoestima. 10 min.</p> <p>Desarrollo: Se coloca en medio de un gran círculo la persona mayor (puede ser elegida por el responsable de la actividad o por el mismo grupo) y cierra los ojos. Todo el que tenga un sentimiento positivo hacia ella debe dar de inmediato un paso adelante y expresarle, en forma no verbal, tal sentimiento. Si se prefiere, puede hacerse un pequeño comentario. 30 min.</p> <p>Termino: para finalizar la sesión se realizará un ejercicio de relajación con los adultos mayores. 10 min.</p>	40 a 50 min	<ul style="list-style-type: none"> ➤ salón amplio ➤ sillas 	La evaluación de esta dinámica se realizó en base a una serie de preguntas que se les realizo después de la técnica a los adultos mayores.	Al iniciar la dinámica se podía observar que los adultos no se sentían en confianza para realizar la actividad para ello se realizó un ejercicio de respiración para relajarlos y posteriormente realizar la actividad, durante la actividad se observó a varias personas que les ocasionaba pena decirles a otras personas algo positivo, al finalizar la dinámica las personas se observaban muy contentas y más comunicativas.

ACTIVIDAD No. 3: Plática sobre autoestima con adultos mayores

NOMBRE DEL PROGRAMA: Curso-taller de autoestima cognitivo conductual en adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus II, adscritos al DIF de Almoloya Río, Estado de México						
INSTRUCTOR: Emmanuel Contreras Guzmán						
OBJETIVO GENERAL: aumentar los conocimientos que las personas tengan acerca del tema de autoestima mediante la clase magistral de autoestima.						
FECHA: abril 2015				DURACIÓN: 40 minutos		
TEMAS	TÉCNICA DIDÁCTICA	DESARROLLO	TIEMPO	RECURSOS Y MATERIALES	EVALUACION	OBSERVACIONES
Autoestima	Clase magistral sobre autoestima	<p>Inicio: para dar comienzo se realizará un pequeño ejercicio de relajación de Jacobson para posteriormente dar comienzo con la plática de autoestima. 10min.</p> <p>Desarrollo: se dará inicio a la plática de autoestima a mitad de la plática se dará un breve receso a los adultos mayores, después del descanso se retomará la plática al concluir se abrirá la sesión de preguntas y respuestas para resolver las dudas que hayan surgido. 30 min.</p> <p>Termino: para finalizar la sesión se realizará un ejercicio de relajación con los adultos mayores. 10 min</p>	40 a 50 min	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Laptop ➤ Cañón ➤ Presentación en power point ➤ Salón amplio ➤ Sillas 	La evaluación de la plática se realizó en base a los resultados obtenidos en la segunda aplicación de los instrumentos aplicados.	Se observó a las personas participativas, preguntando sobre el tema que se exponía pero a la vez un poco tímidos, con el transcurso del tiempo comenzaron a sugerir ejemplos con sus propias experiencias.

ACTIVIDAD No. 4: Dinámica para mejorar la autoestima en los adultos mayores

NOMBRE DEL PROGRAMA: Curso-taller de autoestima cognitivo conductual en adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus II, adscritos al DIF de Almoloya Rio, Estado de México.						
INSTRUCTOR: Emmanuel Contreras Guzmán						
OBJETIVO GENERAL: analizar los cambios en la autoestima de los adultos mayores mediante la implementación de la dinámica lluvia de elogios.						
FECHA: Mayo 2015				DURACIÓN: 40 minutos		
TEMAS	TÉCNICA DIDÁCTICA	DESARROLLO	TIEMPO	RECURSOS Y MATERIALES	EVALUACION	OBSERVACIONES
Autoestima	“LLUVIA DE ELOGIOS”	<p>Inicio: para dar inicio a la dinámica se realizará una dinámica de respiración abdominal o diafragmática y poder relajar a los adultos mayores. 10 min.</p> <p>Desarrollo: El responsable de la actividad comienza explicando cómo el afecto se basa en la formación de vinculaciones emocionales y, generalmente, es la última fase que emerge en la evolución de las relaciones humanas.</p> <p>Concluida esta explicación u otra semejante, se pide a los participantes que se coloquen en círculo y digan a una persona determinada todos los sentimientos positivos que tienen sobre ella. La persona referida en cada momento sólo escucha; puede seguir en su sitio en el círculo o salir de él y ponerse de espaldas a la persona que habla. El impacto es más fuerte cuando el que habla se coloca delante de la persona que escucha, la toca, o le habla directamente. A veces es útil expresar lo vivenciado al final del ejercicio, pero, en general, las emociones son tan intensas que al expresarlas se diluyen y el grupo prefiere no hacer comentarios.</p> <p>Termino: para terminar la dinámica se le pedirá a alguna persona del grupo que exprese su experiencia al expresar lo que sentía y viceversa que la otra persona exprese lo que sintió al escuchar las cosas que le decía la otra persona. 10 min.</p>	30 min	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Salón amplio ➤ Sillas 	La evaluación de esta dinámica se realizó en base a los testimonios realizados por los adultos mayores al término de la dinámica.	Al iniciar la dinámica se podía observar que los adultos no se sentían en confianza para realizar la actividad para ello se realizó un ejercicio de respiración para relajarlos y posteriormente realizar la actividad, durante la actividad se observó a varias personas que les ocasionaba pena decirles a otras personas algo positivo, al finalizar la dinámica las personas se observaban muy contentas y más comunicativas.

ACTIVIDAD No. 5: Dinámica para mejorar el autoconcepto

NOMBRE DEL PROGRAMA: Curso-taller de autoestima cognitivo conductual en adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus II, adscritos al DIF de Almoloya Rio, Estado de México						
INSTRUCTOR: Emmanuel Contreras Guzmán						
OBJETIVO GENERAL: analizar los cambios en el autoconcepto de los adultos mayores mediante la implementación de la dinámica concepto positivo de sí mismo.						
FECHA: abril 2015				DURACIÓN: 40 minutos		
TEMAS	TÉCNICA DIDÁCTICA	DESARROLLO	TIEMPO	RECURSOS Y MATERIALES	EVALUACION	OBSERVACIONES
Autoconcepto	Concepto positivo de sí mismo	<p>Inicio: para dar comienzo se realizará un pequeño ejercicio de relajación para posteriormente dar comienzo con la dinámica de autoconcepto. 10 min.</p> <p>Desarrollo: I. Divida a los asistentes en grupos de dos. Pida a cada persona escribir en una hoja de papel cuatro o cinco cosas que realmente les agradan en sí mismas. (NOTA: La mayor parte de las personas suele ser muy modesta y vacila en escribir algo bueno respecto a sí mismo; se puede necesitar algún estímulo del instructor. Por ejemplo, el instructor puede revelar en forma "espontánea" la lista de cualidades de la persona, como entusiasta, honrada en su actitud, seria, inteligente, simpática.)</p> <p>II. Después de 3 ó 4 minutos, pida a cada persona que comparta con su compañero los conceptos que escribieron.</p> <p>III. Se les aplicará unas preguntas para su reflexión: ¿Se sintió apenado con esta actividad? ¿Por qué? (Nuestra cultura nos ha condicionado para no revelar nuestros "egos" a los demás, aunque sea válido hacerlo). ¿Fue usted honrado consigo mismo, es decir, no se explayó con los rasgos de su carácter? ¿Qué reacción obtuvo de su compañero cuando le reveló sus puntos fuertes? (por ejemplo, sorpresa, estímulo, reforzamiento). 30 min.</p> <p>Termino: para finalizar la sesión se realizará un ejercicio de respiración costal o torácica para la relajación de los adultos mayores. 10 min</p>	40 a 50 min	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Salón amplio ➤ Sillas ➤ Hojas ➤ Bolígrafos 	La evaluación de esta dinámica se realizó en base a los resultados obtenidos en las preguntas de la dinámica que se les aplico a los adultos mayores.	Se observó que las personas ya no mostraban pena de realizar la actividad y así la realizaron con más fluidez y mejor disposición.

ACTIVIDAD No. 6: Plática sobre autoconcepto y autopercepción con adultos mayores

NOMBRE DEL PROGRAMA: Curso-taller de autoestima cognitivo conductual en adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus II, adscritos al DIF de Almoloya Rio, Estado de México.						
INSTRUCTOR: Emmanuel Contreras Guzmán						
OBJETIVO GENERAL: aumentar los conocimientos que las personas tenga acerca del tema mediante la clase magistral de autoconcepto.						
FECHA: abril 2015				DURACION: 40 minutos		
TEMAS	TÉCNICA DIDÁCTICA	DESARROLLO	TIEMPO	RECURSOS Y MATERIALES	EVALUACION	OBSERVACIONES
Autoconcepto autopercepción	Clase magistral sobre autoconcepto y autopercepción	<p>Inicio: para dar comienzo se realizará un pequeño ejercicio de relajación muscular progresiva, para posteriormente dar comienzo con la plática de autoconcepto y autopercepción. 10 min.</p> <p>Desarrollo: se dará inicio a la plática de autoconcepto y autopercepción a mitad de la plática se dará un breve receso a los adultos mayores, después del descanso se retomará la plática. 30 min.</p> <p>Termino: para concluir se abrirá una sesión de preguntas y respuestas para resolver las dudas que hayan surgido. 10 min.</p>	40 a 50 min	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Laptop ➤ Cañón ➤ Presentación en power point ➤ Salón amplio ➤ Sillas 	La evaluación de la plática se realizó en base a las preguntas o dudas que surgieron y se aclararon en la sesión de preguntas y respuestas al finalizar la clase magistral.	Se observó a las personas muy participativas durante la plática preguntaban mucho sobre el tema y ponían ejemplos de si mismos.

ACTIVIDAD No. 7: Dinámica para mejorar el autoconcepto

NOMBRE DEL PROGRAMA: Curso-taller de autoestima cognitivo conductual en adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus II, adscritos al DIF de Almoloya Rio, Estado de México.						
INSTRUCTOR: Emmanuel Contreras Guzmán						
OBJETIVO GENERAL: analizar los cambios en el autoconcepto de los adultos mayores mediante la implementación de la dinámica como nos ven.						
FECHA: abril 2015			DURACIÓN: 40 minutos			
TEMAS	TÉCNICA DIDÁCTICA	DESARROLLO	TIEMPO	RECURSOS Y MATERIALES	EVALUACION	OBSERVACIONES
Autoconcepto	“Cómo nos ven”	<p>Inicio: para dar comienzo se realizará un pequeño ejercicio de relajación de Schultz, para posteriormente dar comienzo con la dinámica de autoconcepto. 10 min.</p> <p>Desarrollo: A) Todos los miembros del grupo se colocan en círculo.</p> <p>B) Se entrega una fotocopia de la hoja “Cómo nos ven” a cada uno.</p> <p>C) Cada uno pone su nombre en el apartado correspondiente.</p> <p>D) Se pasa la hoja al compañero de la derecha, quién deberá escribir en las diferentes columnas (le gusta..., no le gusta..., cualidades, a mis compañeros les pediría para él...) pensando en el compañero cuyo nombre encabeza la hoja.</p> <p>E) Cuando ha terminado, pasa la hoja a su correspondiente compañero de la derecha.</p> <p>F) El proceso se repite hasta que la hoja ha dado la vuelta completa al círculo y ha llegado al participante cuyo nombre aparece en la misma.</p> <p>G) Por turno, cada uno lee lo que le han puesto sus compañeros y dice si coincide o no con la visión que él tiene de sí mismo. 30min</p> <p>Termino: para finalizar la sesión se realizará el ejercicio de relajación de Jacobson los adultos mayores. 10 min.</p>	40 a 50 min	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Salón amplio ➤ Sillas ➤ hoja “como nos ven” ➤ Bolígrafo para cada participante 	La evaluación de esta dinámica se realizó en base a los comentarios realizados por los adultos mayores al término de la dinámica.	Se observó que las personas ya no mostraban pena de realizar la actividad y así la realizaron con más fluidez y mejor disposición.

CAPÍTULO IV

PRINCIPALES ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR

Toda enfermedad acaba tarde o temprano, pero debemos plantearnos si somos lo suficientemente fuertes como para superarla.

(Anónimo).

El envejecimiento patológico se acompaña de fragilidad y enfermedades crónicas que conducen a discapacidad y menoscabo de la independencia funcional de los adultos mayores con resultados adversos para su salud. Ambos procesos pueden cursar independientes, paralelos o combinar sus efectos lo que tiene implicaciones en la patogenia, curso y pronóstico.

Una imagen global, a partir de la información disponible, sobre la situación de salud del anciano, será inevitablemente incompleta considerando sólo los datos de mortalidad, en los que obviamente no se reflejan los problemas que no conducen a la muerte. Se requiere, además, analizar los datos de morbilidad que proviene de la consulta médica en unidades de primer nivel y la morbilidad que generó atención hospitalaria. La primera expresa la demanda de consulta, por la patología que el médico o el paciente consideraron como el principal motivo de consulta; y la morbilidad hospitalaria expresa la enfermedad que, por su gravedad, llevó al paciente a una institución de segundo o tercer nivel.

En 1900, el total de muertes en la población de 65 años y más en México representó apenas 8.3% del total de defunciones; para 1980 subió hasta 31%; y en el año 2008 las defunciones en este grupo fueron más de la mitad del total (54%).

A continuación se mencionaran algunas enfermedades que presentan mayor incidencia y morbilidad en los adultos mayores.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos.

Hipertensión arterial ($120\pm 10/80\pm 10$ mmhg) sistémica. La hipertensión arterial sistémica es la enfermedad más prevalente en los ancianos, existen reportes de hasta 60% de prevalencia en grupos de adultos mayores de 60 años. La hipertensión es considerada uno de los principales factores de riesgo para desarrollar insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular y enfermedad vascular cerebral. No obstante, se ha encontrado en algunos estudios que los sujetos que permanecen hipertensos suelen sobrevivir más que aquellos que tienen cifras controladas; sin embargo, esto a expensas de una mayor discapacidad.

Insuficiencia cardiaca. La insuficiencia cardíaca es un síndrome consecuencia de la incapacidad del corazón para bombear la cantidad de sangre que necesita el organismo. Como resultado, se puede acumular líquido en las piernas, los pulmones y en otros tejidos del cuerpo. La prevalencia de la insuficiencia cardiaca se encuentra alrededor de 10% en los adultos mayores de 60 años de edad, y dicha prevalencia suele sostenerse semejante en los grupos de edad más avanzada. Uno de los principales factores de riesgo para la presentación de insuficiencia cardiaca es la hipertensión arterial. Asimismo, esta enfermedad es una de las más discapacitantes en los ancianos.

Enfermedad vascular cerebral. La enfermedad vascular cerebral (EVC) es una alteración neurológica, se caracteriza por su aparición brusca, generalmente sin

aviso, con síntomas de 24 horas o más, causando secuelas y muerte. La enfermedad vascular cerebral es una de las mejor estudiadas en los adultos mayores. Se considera que la prevalencia es de aproximadamente 4.5%, con una variabilidad entre diferentes grupos étnicos muy importante, en relación con el resto de factores de riesgo cardiovasculares (diabetes, hipertensión arterial sistémica) y la incidencia se calcula entre 238 y 938 casos por 100 000 habitantes en un año. En un estudio realizado en México se encontró que una de las principales causas de discapacidad en los ancianos era la enfermedad vascular cerebral, junto con las artropatías, depresión y el deterioro cognoscitivo.

Al igual que en otras etapas de la vida, en la vejez no solo aparecen enfermedades físicas si no también pueden aparecer trastornos afectivos y de ansiedad, aunque también puede suceder que esos trastornos ya estuvieran presentes en la vida de la persona y al llegar a una determinada edad volvieran a surgir. A continuación se describen dos de los trastornos mentales con más prevalencia entre los mayores, como son la depresión y la ansiedad.

Depresión: Es el trastorno de la afectividad más frecuente, con una prevalencia de entre el 5 % y el 15 %. Las tasas de prevalencia de depresión entre las personas mayores se sitúan en el 10,3 % (5,8 % hombres y 13,7 % mujeres) según el Informe del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2005). En el caso de mayores que viven en residencias las cifras de prevalencia se sitúan en el 12,4 % para los criterios de depresión mayor y hasta un 30,5 % para la sintomatología depresiva.

En las personas mayores la depresión puede no manifestarse de forma típica y quedar enmascarada por síntomas atípicos como la desesperanza, las quejas de fatiga o síntomas de ansiedad entre otros. En ocasiones la dificultad diagnóstica de este trastorno sucede por la co-morbilidad con enfermedades somáticas, los

problemas cognitivos y la presencia de acontecimientos vitales negativos en las personas mayores (Sable, Dunn y Zisook, 2002).

Ansiedad: Es un estado emocional que se caracteriza por tensión, aprensión y preocupación excesiva que se inicia por una amenaza potencial, imaginada o real y que hace que la persona se vea incapaz de controlar la situación. Cuando se dirige a un objeto concreto se denomina fobia o miedo. La persona con ansiedad suele manifestar trastornos somáticos como sudoración, taquicardia, trastornos del sueño, etc.

Suele ser frecuente que la ansiedad en el anciano aparezca asociada a otros trastornos, como la depresión o las demencias, más que como entidad única, y este aspecto puede ser el responsable de que la literatura indique tasas menores de prevalencia de trastornos de ansiedad en los mayores que en otras edades.

4.1 Diabetes mellitus en el adulto mayor

**“No necesito azúcar para vivir una vida dulce”
(Anónimo)**

Según la American Diabetes Association (ADA) la diabetes es una enfermedad en la que el organismo no produce insulina o no la utiliza adecuadamente. Esta enfermedad se caracteriza por los altos niveles de glucosa en la sangre causados por defectos en la producción de insulina, en la acción de la insulina, o en ambas. La insulina es una hormona necesaria para transformar el azúcar, el almidón y otros alimentos en la energía que necesitamos para nuestra vida cotidiana. Aunque tanto los factores genéticos como medioambientales, tales como la obesidad y la falta de ejercicio, parecen desempeñar roles importantes, la causa de la diabetes continúa siendo un misterio.

Dentro de los tipos de diabetes se encuentran los siguientes con los cuales se trabajará en este estudio:

Diabetes mellitus tipo I (insulino dependiente)

Se diagnostica en la juventud pero puede presentarse a cualquier edad. Es mucho menos común que la diabetes tipo II. Se origina por la destrucción autoinmune de las células del páncreas. En el organismo no hay insulina, por lo que se utilizan medios externos para trabajar los alimentos. También se le denomina diabetes infanto-juvenil. El factor de riesgo principal es lo hereditario. Otro factor de riesgo es un proceso inmunológico donde el páncreas deja de funcionar, es un proceso viral. Se presenta de forma brusca, independientemente de que existan antecedentes familiares.

Diabetes mellitus tipo II

Es la clase de diabetes más común. En este tipo de diabetes, el organismo no produce suficiente insulina en calidad o en cantidad. La insulina es necesaria para que el organismo pueda utilizar el azúcar, siendo este el combustible esencial para las células del organismo, la insulina trabaja como medio para transportar el azúcar en la sangre hacia las células. Si bien las personas de todas las edades y razas pueden padecer diabetes, algunos grupos corren más riesgos que otros de desarrollar diabetes tipo II.

La diabetes tipo II es más común entre los afroamericanos, los latinos, los nativos americanos y los asiáticos americanos de las islas Pacífico, así como en personas de avanzada edad. Los niveles normales de insulina oscilan entre 70 y 110 miligramos

por decilitros. También se dice que es una enfermedad conductual y que los factores de riesgo principales son genéticos.

La Diabetes Mellitus tipo II constituye un problema de salud pública de primera magnitud, que ha pasado de ser una enfermedad característica de los países desarrollados a una epidemia en países en desarrollo (Castro, 2006).

En México, de 1998 al 2012 se ha observado una tendencia hacia el incremento en un 4.7%, pasando de una tasa de morbilidad de 342.1 a 358.2 casos por cada 100 mil habitantes, específicamente en el año 2012 se reportaron 418,797 pacientes diagnosticados con diabetes (lo cual representa el 0.4% de la población mexicana), el 59% de los casos fueron del sexo femenino, siendo el grupo etario de 50-59 años de edad el más afectado, con una tasa de morbilidad de 1,237.90 casos por cada 100 mil habitantes. Cabe señalar que el comportamiento que presenta esta patología es hacia el incremento, si la tendencia permanece igual se espera para el año 2030 un aumento del 37.8% en el número de casos y 23.9% en la tasa de morbilidad.

De acuerdo con la encuesta nacional de salud pública realizada por el instituto nacional de salud pública (ENSA) realizada en el 2000 y a la encuesta realizada por el instituto nacional de estadística geografía e informática con podemos observar que la diabetes en adultos mayores es una de las principales enfermedades que se presentan en esta población como lo podemos observar en la siguiente tabla.

Veinte principales causas de enfermedad en el grupo de 65 años y más; México, 2008.			
No.	Padecimiento	Casos	Incidencias
1	Infecciones respiratorias agudas	1 130 765	18 896.70
2	Infección de vías urinarias	345 152	5 767.98

3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	291 328	4 868.51
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	167 321	2 796.17
5	Hipertensión arterial	139 989	2 339.42
6	Diabetes mellitus	86 039	1 437.84
7	Gingivitis y enfermedades periodontales	37 276	622.94
8	Amebiasis intestinal	29 553	493.87
9	Neumonías y bronconeumonías	29 306	489.75
10	Conjuntivitis	25 150	420.29
11	Otitis media aguda	23 914	399.64
12	Enfermedades isquémicas del corazón	23 168	387.17
13	Asma y estado asmático	18 481	308.84
14	Enfermedades cerebrovasculares	18 076	302.08
15	Otras helmintiasis	17 462	291.82
16	Intoxicación por picadura de alacrán	16 594	277.31
17	Mordedura por perro	8 334	139.27
18	Quemaduras	6 092	101.81
19	Paratifoidea y otras salmonelosis	5 437	90.86
20	Candidiasis urogenital	4 842	80.92

Fuente: SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos.2008.

De acuerdo a los criterios de agrupación de la lista mexicana la Diabetes Mellitus, las cifras preliminares emitidas por el INEGI para el año 2012, esta enfermedad constituyó la segunda causa de muerte en la población mexicana, con una tasa de mortalidad de 75 defunciones por cada 100 mil habitantes, además de que su comportamiento ha presentado un incremento acelerado en los últimos 15 años, ya que en el año de 1998 presentó una tasa de mortalidad de 42.5 defunciones por cada 100 mil habitantes.

De acuerdo con lo establecido por la American Diabetes Association (ADA) los síntomas de la diabetes son los siguientes: poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida de peso. La poliuria o volumen urinario excesivo, se refiere a la emisión anormal de grandes cantidades de orina. La polifagia, se refiere a un trastorno de la alimentación que consiste en un aumento considerable del apetito, las personas que padecen esta enfermedad no controlan sus ganas de ingerir alimentos e incluso lo hacen minutos después de comer. La polidipsia, es una sensación anormal de requerir siempre el consumo de líquidos. Otro de los síntomas característicos de la diabetes es la pérdida de peso, en el cual la persona manifiesta una disminución en el peso corporal que no se hace de manera voluntaria. En otras palabras, la persona no trató de perder peso haciendo dietas o ejercicio. Otros de los síntomas presentados por las personas que padecen de diabetes mellitus son fatiga, mareo y visión borrosa.

El adulto mayor vulnerable es aquel con alto riesgo de perder su autonomía funcional y por ende su independencia. Se caracteriza por la presencia de 2 o más síndromes geriátricos así como alguna de las siguientes: alteración cognoscitiva, múltiples patologías, estrato socioeconómico bajo, residente de asilo y aquel con pobre apoyo social o aislamiento. La fragilidad es una condición de vulnerabilidad en la cual cualquier factor de estrés físico o psicológico es capaz de causar deterioro en el estado funcional y desenlaces adversos. Los adultos mayores diabéticos tienen mayor riesgo de desarrollar síndrome de fragilidad, incluso a una edad más temprana.

Se debe tomar en cuenta que en el adulto mayor, la presencia de varios de los síntomas de hiperglucemia (polidipsia, polifagia, poliuria), no suelen presentarse de la misma forma que en el adulto joven. Los síntomas de la diabetes en los adultos mayores son inespecíficos y de aparición tardía, entre los cuales se han documentado: fatiga o somnolencia, letargia, deterioro cognoscitivo, pérdida de peso,

incontinencia urinaria, pérdidas del plano de sustentación, síntomas genitourinarios y alteraciones del estado conciencia.

A continuación se mencionaran algunas enfermedades y síndromes en el adulto mayor relacionados con la diabetes.

Deterioro cognoscitivo:

El adulto mayor diabético tiene hasta 1.5 veces más riesgo de pérdida en funciones cognoscitivas y hasta 1.6 veces más riesgo de desarrollar demencia. La evolución crónica de diabetes y niveles séricos elevados de HbA1c (Hemoglobina glucosilada) se asocian a deterioro cognoscitivo. La detección de deterioro cognoscitivo en pacientes con diabetes se puede llevar a cabo con cualquiera de las herramientas clínicas disponibles: Examen Mini Mental de Folstein, Prueba de dibujo del Reloj, Escala de Montreal, Cuestionario de Pfeiffer. Posterior a la evaluación inicial del estado cognoscitivo en paciente con diabetes mellitus, se recomienda realizar una nueva evaluación cada año o antes en caso necesario. La función cognoscitiva deberá ser evaluada en adultos mayores con diabetes mellitus en caso de: No existir adherencia al tratamiento, alteraciones en alguna de las funciones mentales superiores, presencia de episodios frecuentes de hipoglucemia o descontrol glucémico sin una causa aparente. Un adecuado control metabólico y de picos de hiperglucemia en adultos mayores con diabetes mellitus disminuye el riesgo de desarrollar deterioro cognoscitivo o demencia.

Depresión: El adulto mayor diabético tiene el doble de riesgo de padecer depresión, se asocia con un pobre control glucémico y discapacidad funcional. La valoración inicial del adulto mayor con diabetes mellitus debe incluir el estado de ánimo, mediante herramientas de tamizaje como la escala de depresión geriátrica (GDS). La evaluación del estado de ánimo deberá repetirse cada año y/o en caso de una declinación del estado funcional.

La interacción de diabetes y depresión es sinérgica; predice mayor incidencia de mortalidad, complicaciones vasculares y discapacidad en las actividades de la vida diaria, independientemente de las características sociodemográficas. El tratamiento de depresión debe ser parte de las intervenciones diseñadas para mejorar el autocuidado en los adultos mayores diabéticos. Se acepta que la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico tiene mejor efecto que cualquier componente de manera individual, sin embargo, la evidencia sugiere que el mantenimiento del medicamento para prevenir la recurrencia es mejor que la psicoterapia sola. Se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina para el tratamiento de la depresión en el adulto mayor diabético. En el caso de neuropatía diabética y depresión se recomienda el uso de antidepresivos tricíclicos, utilizando dosis bajas y con las precauciones necesarias.

Trastornos del sueño: El adulto mayor diabético suele tener sueño fragmentado siendo algunas de sus causas la presencia de nicturia (Expulsión involuntaria de orina durante la noche), dolor neuropático, polifarmacia y calambres, también tiene mayor probabilidad de padecer apnea obstructiva del sueño (obstrucción física en las vías respiratorias superiores. Se caracteriza por interrupciones recurrentes del sueño y por series de bocanadas al despertar). Además, la prevalencia de síndrome de piernas inquietas y movimientos periódicos de extremidades es mayor en los adultos mayores diabéticos. Los trastornos del sueño se relacionan en sentido bidireccional con otros síndromes geriátricos de tal forma que, asociado a las alteraciones del sueño, puede presentarse síndrome de caídas con la consecuente inmovilidad y dependencia funcional. De igual forma, puede coexistir con fragilidad y depresión, ambas con efectos deletéreos en el estado de bienestar del anciano y riesgo de morir. Se recomienda ofrecer por escrito las medidas de higiene de sueño como tratamiento inicial a los adultos mayores diabéticos con trastorno del sueño tipo insomnio.

Síndrome de Privación Sensorial: El adulto mayor diabético tiene mayor riesgo para el desarrollo de retinopatía, glaucoma y cataratas, por ende privación sensorial y sus consecuencias, tales como: caídas, fracturas, errores en la toma de medicamentos, deterioro de la movilidad, limitación en actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, inicia o perpetúa el deterioro psicosocial y depresión. En el adulto mayor con diagnóstico reciente de diabetes, se recomienda realizar un examen visual con dilatación pupilar por un oftalmólogo para evaluar el estado de la retina y al menos una valoración anual con el fin de identificar tempranamente el daño ocular asociado a la diabetes para prevenir la pérdida de la visión.

Fragilidad: La diabetes mellitus acelera la pérdida de la fuerza muscular asociada al envejecimiento, condicionando mayor deterioro de la funcionalidad. La pérdida de la fuerza y masa muscular (sarcopenia: pérdida degenerativa de masa muscular y fuerza al envejecer o al llevar una vida sedentaria) son componentes importantes del síndrome de fragilidad. Se recomienda realizar una búsqueda sistematizada sobre la presencia o ausencia del síndrome de fragilidad en todos los adultos mayores con diabetes mellitus.

Polifarmacia: Se considera polifarmacia cuando el adulto mayor consume más fármacos que los que están clínicamente indicados. Los efectos secundarios derivados del tratamiento de diabetes mellitus aumenta el riesgo de presentar síndromes geriátricos como: riesgo de caídas, fractura de cadera, incontinencia urinaria, dolor crónico y depresión en los adultos frágiles. En el caso de depresión, caídas, deterioro cognoscitivo o incontinencia urinaria deberá revisarse, y en su caso modificarse, la lista de medicamentos cada 3 meses. Los efectos negativos podrían atribuirse a la mayor probabilidad de interacciones farmacológicas que es proporcional a la cantidad de medicamentos consumidos. Se recomienda que los adultos mayores diabéticos y sus cuidadores mantengan un listado actualizado de

los medicamentos utilizados para ser evaluados por su médico e identificar polifarmacia, eventos adversos y fármacos potencialmente inapropiados.

Síndrome de caídas: El síndrome de caídas es más frecuente entre los adultos mayores diabéticos en comparación con los no diabéticos, y de estos en mujeres quienes presentan dolor, sobrepeso y menor fuerza de las extremidades inferiores. Otros factores de riesgo son: privación sensorial, deterioro de la función renal, fragilidad, disminución de la funcionalidad, polifarmacia, comorbilidad (hipertensión, cardiopatía, osteoartrosis, etc.), episodios de hipoglucemia por leves que sean, control glucémico estricto y neuropatía periférica y/o autonómica. Debe identificarse durante la evaluación de síndrome de caídas si éste último es secundario a hipoglucemia provocada por tratamiento farmacológico.

Trastornos de la marcha y pie diabético: Los ancianos con diabetes tienen una velocidad menor de la marcha, pasos más cortos y una base de sustentación más amplia. Además son más proclives al desarrollo de enfermedades como Insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular cerebral, deterioro cognoscitivo, obesidad, mayor ingesta de medicamentos y menor índice Tobillo/Brazo, condicionando un incremento en el riesgo de caídas.

La gran prevalencia que presenta en la actualidad la diabetes mellitus tipo II y el crecimiento que se espera en el futuro, así como la morbilidad asociada que presenta, le dan a esta enfermedad un gran relieve en la práctica médica actual. Tras muchos años en los que apenas aparecían nuevos fármacos para su control y tratamiento, estamos asistiendo en las últimas décadas a un gran auge en la investigación y desarrollo de nuevas moléculas y de nuevas vías de administración que ejercen su acción en los distintos aspectos fisiopatológicos de esta enfermedad.

Los pilares fundamentales en los que se basa el tratamiento de la DM son: 1) el tratamiento dietético; 2) el ejercicio físico adaptado a las circunstancias biológicas del individuo; 3) el tratamiento con medicamentos (insulina, hipoglucemiantes orales y otros fármacos); 4) la educación diabetológica y el adiestramiento en el autocontrol y cuidado de su enfermedad.

TRATAMIENTO.

Un tratamiento es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo. El concepto es habitual en el ámbito de la medicina.

En este caso, la noción de tratamiento suele usarse como sinónimo de terapia. Puede tratarse de un conjunto de medios de cualquier clase: quirúrgicos, fisiológicos, farmacológicos, etc. Su objetivo es paliar o curar los síntomas detectados a través de un diagnóstico.

Para el caso de la diabetes se va a dividir en Tx. dietético, Tx. físico, y Tx. farmacológico, Tx. psicológico.

TRATAMIENTO DIETÉTICO.

El diabético posee hoy una flexibilidad y adaptabilidad de sus planes dietéticos mucho mayor, lo que les permite llevar prácticamente una vida sin grandes restricciones en este aspecto. Las recomendaciones dietéticas son, salvo situaciones especiales como la presencia de nefropatía o hipertensión, similares a la dieta “cardiosaludable” recomendada a sujetos sin diabetes, lo que evidentemente favorece una mayor adscripción y un mejor control del diabético. La tabla que a

continuación se muestra esquematiza las recomendaciones nutricionales para la DM.

Calorías: las necesarias para mantener el peso deseable.

Hidratos de carbono: entre el 55-60% del total de calorías.

Proteínas: entre 12-20% del total de las calorías.

Fibra: no superior a los 40 g. día

Sodio: ≤ 3.000 mg./día y adecuando a situaciones medicas especiales.

Vitaminas y minerales: cubrir las necesidades fisiológicas.

Fuente: Recomendaciones Nutricionales, Gil Roales Nieto 1993.

Los objetivos de la dieta para la DMID son, además alcanzar el peso corporal deseado, adaptar correctamente la ingesta calórica y de principios inmediatos a los picos de acción máximos y mínimos de la insulina.

EJERCICIO FÍSICO

El ejercicio físico constituye uno de los aspectos más importantes en el tratamiento de la DM. Conocer sus beneficios y riesgos y establecer una adecuada prescripción del mismo es fundamental ya que, si bien el ejercicio aeróbico potencia la acción de la insulina y hace reducir los depósitos grasos del organismo, la práctica inadecuada o excesiva puede favorecer tanto los episodios de hipoglucemia como de cetosis (Gil Roales Nieto, 1993).

Los beneficios del ejercicio en los diabéticos son:

- 1) La disminución de la glicemia durante y después del ejercicio.
- 2) Disminución de la concentración basal y postprandial de insulina.
- 3) Mejoría de la sensibilidad periférica a la insulina.
- 4) Mejoría de los niveles de HbA1c.

- 5) Mejoría de los niveles de lípidos plasmáticos y por consiguiente de uno de los principales factores de riesgo cardiovascular.
- 6) Mejoría de las cifras de tensión arterial.
- 7) Aumento del gasto energético (pérdida de peso, pérdida de grasa, preservación de masa muscular).
- 8) Mejoría de la función cardiovascular (menor frecuencia cardíaca, aumento del volumen de eyección, reducción del gasto cardíaco).
- 9) Aumento de la elasticidad corporal.
- 10) Mayor sensación de bienestar y calidad de vida.

Los riesgos incluyen:

- 1) Hipoglucemias durante o después del ejercicio.
- 2) Hiperglucemia tras ejercicios violentos.
- 3) Hiperglucemias y cetosis en pacientes insulinoopénicos.
- 4) Precipitación o agravamiento de enfermedades cardiovasculares (arritmias cardíacas, angor, infarto de miocardio, muerte súbita).
- 5) Empeoramiento de las complicaciones crónicas (hemorragias del vítreo, desprendimiento de retina, aumento de la proteinuria, lesiones de articulaciones, ligamentos y piel;
- 6) Inadecuada respuesta orgánica al ejercicio por presencia de neuropatía autonómica (respuesta cardiovascular inadecuada, descenso de la capacidad aeróbica, hipotensión, etc.) que pueden limitar hasta los ejercicios más sutiles.

Todo ello obliga a un minucioso estudio del paciente antes de recomendar cualquier tipo de ejercicio o práctica deportiva. Se prefiere aconsejar en líneas generales los ejercicios de moderada intensidad, aeróbicos y realizados de forma continua, frente a aquellos violentos, de resistencia (halterofilia), los practicados de forma intermitente,

los que puedan provocar lesiones de tipo ortopédico o vascular o requieran un contacto violento (boxeo, lucha grecorromana, etc).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Se refiere al uso de medicamentos sintéticos de los cuales existen una gran variedad para el caso de la investigación solo se mencionarán los más frecuentes.

TRATAMIENTOS CON HIPOGLUCEMIANTES ORALES:

SULFONILUREAS

Las sulfonilureas son fármacos hipoglucemiantes de un núcleo común (bencenosufanil-urea) por sustituciones en sus radicales, que actúan de forma aguda provocando un aumento de la secreción de insulina, pero este efecto se pierde con el paso del tiempo, permaneciendo entonces un efecto crónico extrapancreático caracterizado por aumentar la eficacia biológica de la insulina circulante (Caroy cols.,1987).

La diabetes tipo II, que se caracteriza por una disminución relativa de la secreción de insulina y una resistencia periférica a la misma, es teóricamente la tributaria del tratamiento con sulfonilureas cuando la dieta, educación y el ejercicio físico han fallado en alcanzar un adecuado control, y como fármacos de primera elección en DMNID no obesos con elevados niveles de glucosa.

BIGUANIDAS

Están indicados en diabéticos tipo II obesos y con fracaso en el tratamiento inicial dietético. Pueden ser asociados a las sulfonilureas cuando con estos fármacos no se consigue el control metabólico adecuado. No están libres de efectos secundarios, siendo los más importantes las molestias gastrointestinales (anorexia, náuseas,

diarrea) que suelen regresar con el paso del tiempo, el riesgo de acidosis láctica (menor con la metformina) y la mala absorción de vitamina B-12 y ácido fólico. Están contraindicados en presencia de insuficiencia renal, hepática y enfermedad cardiovascular grave. Cuando se emplean se debe monitorizar periódicamente la función renal y cuantificar el nivel de lactato (Jackson y cols., 1989).

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

La diabetes no solo afecta la salud física del paciente que lo padece; ya que por constituir una condición que requiere cambios en el estilo de vida de las personas, influye notablemente en el funcionamiento psicológico y social de quienes la padecen. Además, el sistema nervioso y el endocrino no actúan de forma autónoma, sino que están estrechamente relacionados; ambos constituyen un sistema psiconeuroendocrino, capaz de integrar y coordinar las funciones metabólicas, fisiológicas, neurológico y sociales del individuo.

En la mayoría de los pacientes que han sido diagnosticados como diabéticos se observa un impacto emocional y conductual por dos razones, primero por tener que asumir una enfermedad que durará toda la vida y segundo por tener que modificar su repertorio comportamental con el propósito de sobrellevar saludablemente todas las situaciones que se le presenten.

Buena parte del trabajo psicológico con pacientes diabéticos deberá destinarse a reparar los efectos de los diferentes tipos de circunstancias e interacciones que impactan sobre el diabético provocando que su propia conducta sea el mayor y principal obstáculo para su salud.

Por lo anterior cada día en el tratamiento psicológico se llevan a cabo procesos de intervención en estos pacientes teniendo en cuenta la previa observación y evaluación de las esferas emocional, conductual y cognitiva; gracias a este

procedimiento se establece una línea base que comprende las variables individuales que podrían generar barreras y/o servir como fortalezas frente al tratamiento médico.

Después de abordar las esferas mencionadas anteriormente, es necesario evaluar 4 aspectos importantes para el diseño posterior de las estrategias de intervención, estos son:

- Evaluación de habilidades de autocuidado. Con esta evaluación se determina que tan habilitado se encuentra el paciente para mantener una dieta, inyectarse la insulina y analizar sus niveles de glucosa diariamente.
- Evaluación de adherencia al tratamiento. Permite establecer que conductas frente a la dieta, medicación y ejercicio (con sus respectivas dimensiones de adherencia como frecuencia, duración, intensidad, distribución en el tiempo) se encuentran en óptimo estado para proporcionar una mejor adquisición en el repertorio comportamental del paciente.
- Evaluación de barreras de adherencia. Esta se realiza con el fin de identificar, que obstáculos puede tener el paciente en su cotidianidad o personalidad para adherirse al tratamiento.
- Evaluación de situaciones estresantes en la diabetes. A través de esta evaluación se determina cuáles son las situaciones que generan estrés en los pacientes (el inyectarse diariamente, el cumplir con su dieta o analizar su glucosa en sangre), las cuales pueden ser evitadas por el paciente y perjudicar su estado de salud.

Sabemos que existen diferentes tipos de terapias para el tratamiento psicológico del paciente diabético que siguen a las diferentes corrientes psicológicas (psicoanálisis,

gestal, etc.) a pesar de la existencia de estas por las características del trabajo nos enfocaremos a la descripción de la terapia de la corriente conductual.

INTERVENCION CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE LA DIABETES

A continuación se describirán algunas de las principales intervenciones conductuales realizadas con pacientes diabéticos:

INTERVENCIÓN PARA PROMOVER Y MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

En este punto se hace necesario desarrollar la adquisición de conocimientos y habilidades de autocuidado por fases. Se realiza una Intervención previa con el propósito de estimular la sensibilidad a las señales (ganas de orinar constantemente, mucha sed, debilidad, mareos, mucha hambre) procedentes del organismo del paciente.

De igual forma se desarrollan sesiones de entrenamiento en la que el paciente establece su patrón de señales y elimina las falsas alarmas (cuantificar los niveles de glucosa en sangre, recordar la cantidad del consumo de alimentos durante el día y el tipo alimentos consumidos).

Así mismo es necesario mejorar los niveles de conductas de autocuidado, teniendo en cuenta los factores que disminuyen la adherencia al tratamiento entre los cuales se encuentran: La complejidad de régimen, la duración de la terapia, los efectos colaterales desagradables y la falta de refuerzos naturales.

Por otra parte existen procedimientos operantes y de autocontrol. En este punto de la intervención se deben fijar objetivos, se realizan contratos conductuales y se realizan entrenamientos para desarrollar habilidades de autorregulación.

INTERVENCIONES PARA LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS.

Este punto de la intervención se centra en el interés que se tiene en dotar a los pacientes diabéticos de habilidades que les permitan afrontar las situaciones de estrés. El desarrollo de estas habilidades se hace necesario por la existencia de evidencia experimental y clínica del efecto desestabilizador del estrés sobre el control glucémico y su tratamiento como potenciales condiciones generadoras de estrés.

En este proceso se tienen en cuenta los diferentes programas existentes para el manejo del estrés como la inoculación de estrés, la relajación en biofeedback y el entrenamiento de habilidades sociales con lo cual el paciente obtiene resultados positivos que le permiten dotarse de capacidades adecuadas que les permitan hacer frente a aquellas situaciones que pueden actuar negativamente sobre la adherencia al tratamiento y sobre su estabilidad glucemia.

Ribes (1990), con base en el Modelo Interconductual propuesto por Kantor (1953), se creó un Modelo Psicológico de la Salud, en el cual especifican los factores conductuales pertinentes a la salud/enfermedad. Este modelo sirve como guía para la acción e intervención, prácticas en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, así como para esclarecer la relación de los diversos elementos psicológicos participantes de ellas. El modelo presenta dos etapas: una de proceso y otra de resultantes. El proceso psicológico de la salud se rastrea desde la historia de cada persona y se relaciona con dimensiones biológicas afectando a las competencias presentes. Esta relación lleva a la etapa de resultantes. En ésta, a nivel psicológico, se identifican las conductas instrumentales, que son acciones concretas relacionadas con la salud y que pueden ser directas o indirectas, de riesgo o preventivas; estas conductas afectan la vulnerabilidad biológica de la persona, y el

resultado final de todo el proceso es la presencia de alguna enfermedad biológica y conductas asociadas a ella (Ribes, 1990), o bien un estado de salud.

Partiendo de este modelo y de su posible aplicación a la diabetes, hay que considerar que cuando una persona es diagnosticada como diabética, la incursión del psicólogo se ubica conceptualmente en la fase de resultantes, es decir, sobre la alteración de conductas instrumentales de riesgo en un nivel de prevención secundario y sobre comportamientos de adherencia terapéutica y de conductas asociadas a enfermedad en un nivel de prevención terciario.

La prevención es la labor fundamental de la psicología y el objetivo ideal sería incidir en la prevención primaria, esto es, con personas que no tienen la enfermedad. Si esto fuera posible, habría que institucionalizar esta labor y enfocarse en dotar a las personas de competencias para el cuidado de su salud. Por ejemplo, de proporcionar conocimientos sobre diabetes, sus consecuencias, sus formas de prevención, qué es y qué implica seguir una dieta saludable, entre otros; y la institucionalización de esta labor consistiría en incorporar estos programas a las escuelas y dirigirlos a la población infantil.

A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, la educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de la diabetes.

La gente que sufre de diabetes, a diferencia de aquellos con muchos otros problemas médicos, no puede simplemente tomarse unas pastillas o administrarse insulina por la mañana, y olvidarse de su condición el resto del día. Cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés emocional, u otros factores psicológicos o personales pueden afectar el nivel de glucosa en la sangre. Por lo tanto, cuanto mejor conozcan los pacientes los efectos de estos factores, mejor será el control que puedan ganar sobre su condición.

CAPÍTULO V

METODOLOGIA

5.1. Planteamiento del problema

El proceso de envejecimiento forma parte del desarrollo normal y natural de cada especie, siendo parte del plan genético. A medida que una persona envejece, experimenta muchos cambios que van desde los más superficiales, como la alteración de la estatura, la silueta y el peso corporal, hasta los más complejos, como la disminución en el contacto y desarrollo social, así como la pérdida de destrezas y capacidades que hasta cierto momento se sentían como propias (Stassen Berger, 2001; Florenzano, 1993).

Estos cambios van acompañados de una serie de prejuicios y estereotipos contra los individuos de edad avanzada, siendo éstos percibidos como personas débiles, pasivas, carentes de energía y motivación. Así, el imaginario social se encarga de elementos negativos que impiden reconocer a la vejez como un periodo de integración, bienestar y satisfacción, ubicándola mas bien como una etapa de discapacidad, abatimiento, resignación, y lastima (Stassen Berger, 2001; Salvarezza, 1998).

De acuerdo a esto, investigaciones como las de Matsubayshi en 2003 han indicado que la integración y participación social dentro de la comunidad juegan un rol muy importante para incrementar la satisfacción vital del adulto mayor.

En la misma línea, se ha plateado que la autoestima del adulto mayor y su satisfacción con la vida guardan una gran relación con la cantidad y la calidad de las relaciones sociales, así como su grado de socialización y participación social (Stassen Berger, 2001).

La autoestima o concepto del propio valor es el significado o sentido de validez dado por la propia persona a sí misma, incluyendo la autocomprensión y el autocontrol.

La autoestima proviene de dos fuentes principales: la comprobación de capacidad personal y el aprecio que se recibe de otras personas.

- "Valgo porque me siento capaz en lo que hago".

- "Valgo porque me siento querido"

La autoestima es relevante en el desarrollo individual y en el ámbito relacional, ya que es el marco de referencia desde el cual cada persona se proyecta en sus acciones, relaciones, conducta y comunicación

La diabetes mellitus tipo 2 (DM), es conocida desde la antigüedad como una enfermedad caracterizada por elevación de los niveles plasmáticos de glucosa, sin embargo se conoce hoy en día que se trata de un proceso complejo que incluye alteración del metabolismo de los lípidos y de las proteínas con daño vascular generalizado. En los viejos, la glucohomeostasis es más susceptible de presentar anomalías que en el joven, sin embargo lo que observamos con más frecuencia son las degeneraciones vasculares y nerviosas, como la aterosclerosis, la neuropatía, la nefropatía y la retinopatía.

Quizá el principal factor de riesgo de DM sea la herencia y la falta de un control adecuado de la DM en edades más tempranas, generalmente en los viejos encontramos a la DM con las manifestaciones tardías de la misma, en donde otros factores de riesgo como la obesidad y la dieta juegan un papel ya no de primer orden, pero adquieren relevancia el uso indiscriminado de medicamentos como diuréticos, agonistas adrenérgicos, beta bloqueadores, esteroides, cafeína, nicotina, alcohol, difenilhidantoina (antiepiléptico de uso común), etc.

¿Qué cambios conductuales se presentan en la autoestima durante el curso-taller de autoestima en el adulto mayor diagnosticado con diabetes mellitus tipo II?

5.2. Justificación

En las culturas antiguas las personas mayores eran tratadas con consideración, reconocimiento y respeto. En cambio, en la moderna sociedad urbana e industrial, las personas de edad reciben poco o ningún reconocimiento, son excluidas y prácticamente viven como si no existieran.

La belleza, la fuerza y la productividad en la juventud se han impuesto como valores sociales fundamentales. En cambio, la ancianidad es etiquetada como limitación. Las personas mayores son encasilladas como físicamente limitadas, improductivas, débiles, visualmente poco agradables y funcionalmente dependientes.

La inquietud por realizar esta investigación nace a partir de que realice mi servicio social en la institución del DIF municipal de Almoloya del Río Estado de México y platicando con algunos adultos mayores escuche que decían que ellos ya no valían nada, que ya estaban viejos, arrugados y azucarados (diabéticos), por esa razón ya no cuidaban de su aspecto personal es por esa razón que se me hace muy importante la realización de esta investigación, además de que la población está envejeciendo como lo dice el subdirector general de asistencia e integración social del DIF, Carlos Pérez López señala que existe un crecimiento promedio anual de 180 mil adultos mayores y se prevé un aumento de 27 millones hasta el 2050. El 80 % de dicho aumento comenzara a partir de 2020.

En México, de 1998 al 2012 se ha observado una tendencia hacia el incremento en un 4.7%, pasando de una tasa de morbilidad de 342.1 a 358.2 casos por cada 100 mil habitantes, específicamente en el año 2012 se reportaron 418,797 pacientes diagnosticados con diabetes (lo cual representa el 0.4% de la población mexicana), el 59% de los casos fueron del sexo femenino, siendo el grupo etario de 50-59 años

de edad el más afectado, con una tasa de morbilidad de 1,237.90 casos por cada 100 mil habitantes. Cabe señalar que el comportamiento que presenta esta patología es hacia el incremento, si la tendencia permanece igual se espera para el año 2030 un aumento del 37.8% en el número de casos y 23.9% en la tasa de morbilidad.

5.3. Objetivo de Estudio

- **Objetivo General:**

Analizar los cambios conductuales en autoestima de los adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, de 50 a 60 años al participar en un curso-taller, en el DIF de Almoloya del Rio, Estado de México.

- **Objetivos específicos:**

- Identificar los cambios de autoestima que presentan los adultos de 50 a 60 años mediante el test de Rosenberg
- Identificar los cambios de autoestima que presentan los adultos de 50 a 60 años mediante el test Coopersmith
- Identificar los cambios de autoestima que presentan los adultos de 50 a 60 años mediante el test de Zung

5.4. Hipótesis

Los cambios conductuales en la autoestima del adulto mayor diagnosticado con diabetes mellitus tipo II se debe a la aplicación de actividades para el mejoramiento de la autoestima en su vida diaria.

Hipótesis Alterna:

Los cambios conductuales en autoestima en el adulto mayor diagnosticado con diabetes mellitus tipo II, se debe a los aprendizajes las respuestas que muestran los miembros de la familia con respecto a su condición de enfermedad y que estas son adoptadas como propios.

Hipótesis Nula:

Los cambios conductuales en autoestima en el adulto mayor diagnosticado con diabetes mellitus tipo II, no se debe a tener información respecto al tema, ni que este lo incorpore a su vida por medio de actividades aplicadas en el curso taller.

5.5. Tipo de estudio de la Investigación

La presente investigación tendrá una metodología a desarrollar **OBSERVACIONAL, PROSPECTIVA, TRANSVERSAL**

- **Método de observacional** pretende recoger el significado de una conducta, evitando su manipulación, a través del sistema de observación más adecuado (Anguera, 1983a). No existe manipulación (a diferencia de la metodología experimental y cuasi-experimental) de la conducta pero sí control de las posibles variables extrañas que distorsionarían los datos. Con dicho control se pretende que la variable o variables independientes sean las únicas responsables directas de los valores de la o las variables dependientes.

Cuando llevamos a cabo un estudio con metodología observacional es necesario que el investigador complete las tres fases siguientes:

- observar la conducta-foco u objeto del estudio, elaborando las correspondientes categorías de las conductas
- categorizar la conducta para poder ser medida mediante el sistema de códigos o categorías que se ha desarrollado en la fase anterior y
- realizar el análisis de los datos registrados

La complementación de estas fases permite obtener un conocimiento fiable y válido de las conductas observadas, recogiendo información sobre la frecuencia y periodicidad de los fenómenos y asegurando así la representatividad de los datos en unas condiciones concretas de muestra y ambiente.

Los indicadores básicos que se utilizan en la metodología observacional se basan en la medición de la frecuencia y la duración de la conducta especialmente y su latencia e intensidad (Carreras, 1991). El registro puede ser continuo o completo, cuando el observador anota la ocurrencia de las diferentes categorías a lo largo de toda la sesión de observación, o discontinuo.

La presente investigación utilizara el método observacional ya que no se pretenderá manipular las conductas de las personas que se utilizarán como muestra para la presente investigación ya que solo se observaran las conductas realizadas y la cantidad de repeticiones realizadas por el grupo de personas

- **Prospectivo.** Estudio en el que toda la información se recogerá, de acuerdo con los criterios del investigador y para los fines específicos de la investigación, después de la planeación de ésta.

Sera un estudio prospectivo ya que se aplicará una historia clínica a los adultos mayores para identificar los cambios físicos que presentan como la menopausia en mujeres y la

andropausia en hombres así mismo se aplicaran dos test psicológicos para identificar la autoestima si es alta o es baja de las personas que conformaran la muestra.

- **Transversal.** Estudio en el cual se mide una sola vez la o las variables; se miden las características de uno o más grupos de unidades en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de esas unidades.

La investigación se realizará bajo el estudio transversal debido a que solo se aplicaran los test psicológicos de autoestima para determinar si la persona tiene una autoestima alta o baja y la historia clínica al inicio de la intervención con el grupo de adultos mayores que servirá de muestra para la investigación.

5.6. Tipo de Enfoque

El tipo de enfoque utilizado para la realización de esta investigación fue de tipo mixto ya que tiene características de un enfoque cualitativo y cuantitativo como a continuación se muestra en la siguiente tabla.

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA VS. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

DIMENSIONES	INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA	INVESTIGACIÓN CUALITATIVA
Inducción-Deducción Hace referencia al lugar de la teoría en la investigación	Deducción Comienza con un sistema teórico, desarrolla definiciones operacionales de las proposiciones y conceptos de la teoría y las aplica empíricamente en algún conjunto de datos. Pretenden encontrar datos que ratifiquen una teoría	Inducción Comienza con la recogida de datos, mediante la observación empírica o mediciones de alguna clase, y a continuación construye, a partir de las relaciones descubiertas, sus categorías y proposiciones teóricas. Pretenden descubrir una teoría que justifique los datos. Mediante el estudio de los fenómenos semejantes y diferentes analizados, desarrolla una teoría explicativa.

<p>Generación-Verificación</p> <p>Se refiere al lugar de la evidencia en la investigación, así como a la medida en que los resultados del estudio son aplicables a otros grupos</p>	<p>Verificación</p> <p>No solo intenta determinar la medida en que se cumple una proposición, probar empíricamente que una hipótesis dada es aplicable a varios conjuntos de datos, sino que también procura establecer generalizaciones con relación al universo de poblaciones al que ésta es aplicable</p>	<p>Generación</p> <p>Se centra en el descubrimiento de constructos y proposiciones a partir de una base de datos o fuentes de evidencia (observación, entrevista, documentos escritos...). A partir de los datos, que se ordenan y clasifican, se generan constructos y categorías. Busca la transferibilidad, no la generalización científica (Walker, 1983)</p>
<p>Construcción-Enumeración</p> <p>Hace referencia a los modos de formulación y diseño de las unidades de análisis de un estudio</p>	<p>Enumeración</p> <p>Es un proceso en el que las unidades de análisis, previamente derivadas o definidas son sometidas a un cómputo o enumeración sistemáticos</p>	<p>Construcción</p> <p>Se orienta al descubrimiento de los constructos analíticos o categorías que pueden obtenerse a partir del continuo comportamental; es un proceso de abstracción en el que las unidades de análisis se revelan en el transcurso de la observación y descripción</p>
<p>Subjetividad-objetividad</p> <p>Se refiere al tipo de datos que se obtienen y analizan en la investigación.</p>	<p>Objetividad</p> <p>Aplica categorías conceptuales y relaciones explicativas aportadas por observadores externos al análisis específico de las poblaciones concretas. Determina la medida en que la conducta real de los participantes se corresponde con las categorías y relaciones explicativas aportadas por los observadores externos.</p>	<p>Subjetividad</p> <p>Mediante estrategias adecuadas, se busca obtener y analizar datos de tipo subjetivo. Su propósito es reconstruir las categorías específicas que los participantes emplean en la conceptualización de sus experiencias y en sus concepciones.</p>

Se llegó a la conclusión debido a que la investigación presenta datos los cuales pueden ser cuantificables como por ejemplo la presión arterial, los niveles de glucosa en la sangre, los test aplicados, etc. Así mismo es cualitativa debido a que muestra datos que nos son medibles como por ejemplo que tan fatigado se encuentra la persona, que tanta sed tiene, que tantas ganas de ir al sanitario tiene la persona, etc.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultados

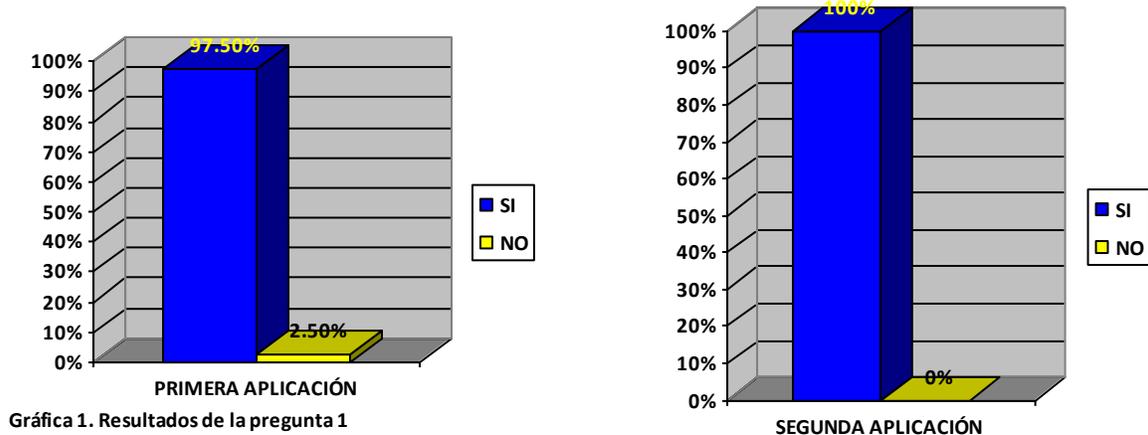
El objetivo principal de la investigación fue analizar los cambios cognitivos conductuales en autoestima de los adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus II, de 50 a 60 años al participar en un curso-taller, en el DIF de Almoloya del Rio, Estado de México.

Para la obtención de los resultados de la investigación se utilizo una distribución de probabilidad binomial debido a que esta distribución nos da dos probabilidades (éxito y fracaso) como podremos observar a continuación en las gráficas de las siguientes preguntas de los test que se utilizaron en esta investigación los cuales son: A) Rosenberg haciendo constar que el test ofrece cuatro opciones de respuesta (Muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo), a lo cual se unificaron las opciones de respuesta en "SI y NO" solamente para poder graficar, B) Zung el cual también ofrece cuatro opciones de respuesta (Poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo, la mayor parte del tiempo) de igual manera se unificaron las respuestas en "SI Y NO". Por último el test de C) Coopersmith el cual solo da dos opciones de respuesta (Igual que yo y diferente a mi).

La población a la cual se les aplico dichos instrumentos son adultos mayores con edades de 50 años en adelante diagnosticados medicamente con diabetes mellitus II

A continuación se presentaran los resultados obtenidos en los diferentes test que se utilizaron para la realización de esta investigación, en primer lugar se mostraran los resultados del test de Rosenberg posteriormente los resultados del test de Zung y para finalizar los resultados del test de Coopersmith.

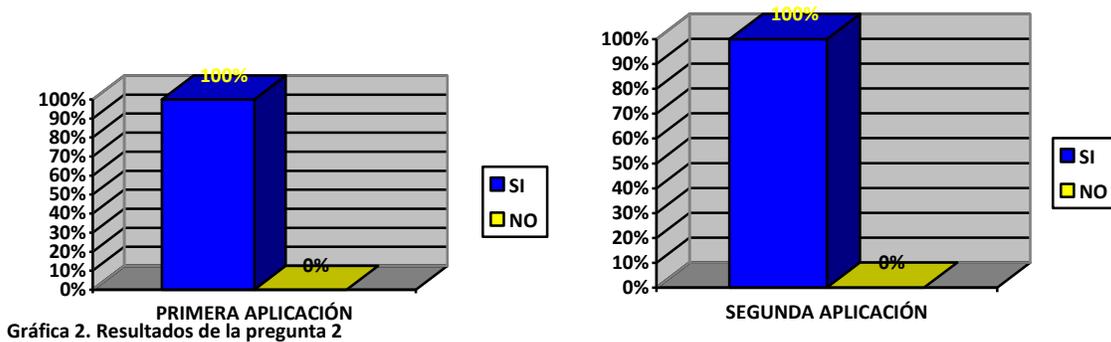
A continuación se muestra la gráfica de la pregunta 1 del test de Rosenberg que se lee así. *Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.*



Gráfica 1. Resultados de la pregunta 1

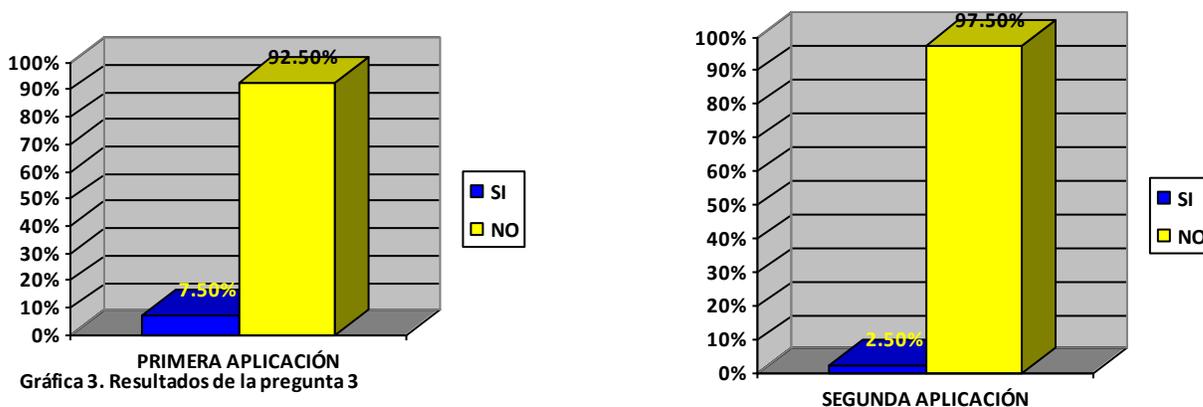
Como se puede observar en las gráficas se muestra una comparación de la misma pregunta 1 en la cual se muestra que en la primera aplicación del test el 97.5% contestaron favorablemente a la pregunta número 1 y solo el 2.5% respondió negativamente a la pregunta. En comparación en la segunda aplicación el 100% de las personas respondió afirmativamente.

En seguida se mostraran los resultados obtenidos en la pregunta número 2 que se puede leer así. *Creo que tengo un buen número de cualidades.*



En esta segunda pregunta tanto en la primera aplicación como en la segunda aplicación del test, el 100% de las personas respondieron afirmativamente.

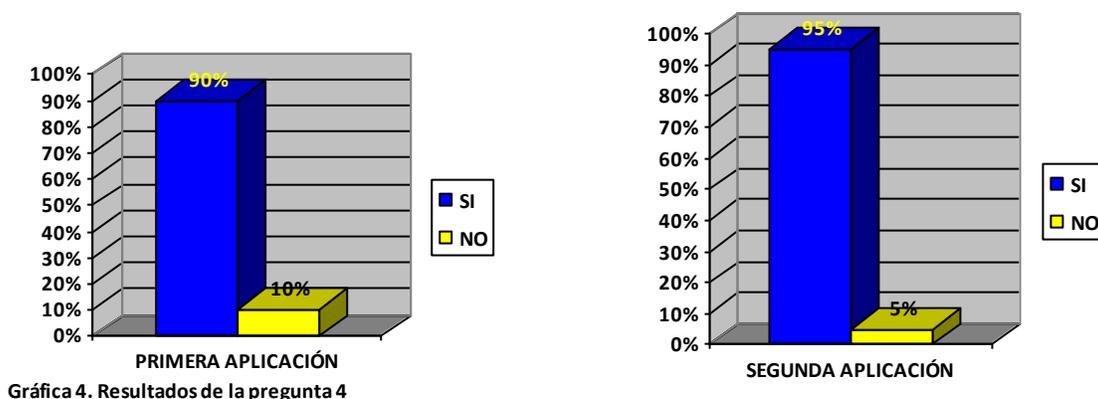
En la pregunta número 3 del test que dice así. *En general me inclino a pensar que soy un fracasado/a, se obtuvieron los siguientes resultados.*



Como se muestra en las gráficas en la primera aplicación el 92.5% de las personas contestaron que “NO” mientras que solo el 7.5% de las personas contestaron que “SI”, por el contrario en la segunda aplicación podemos observar que del 100% de

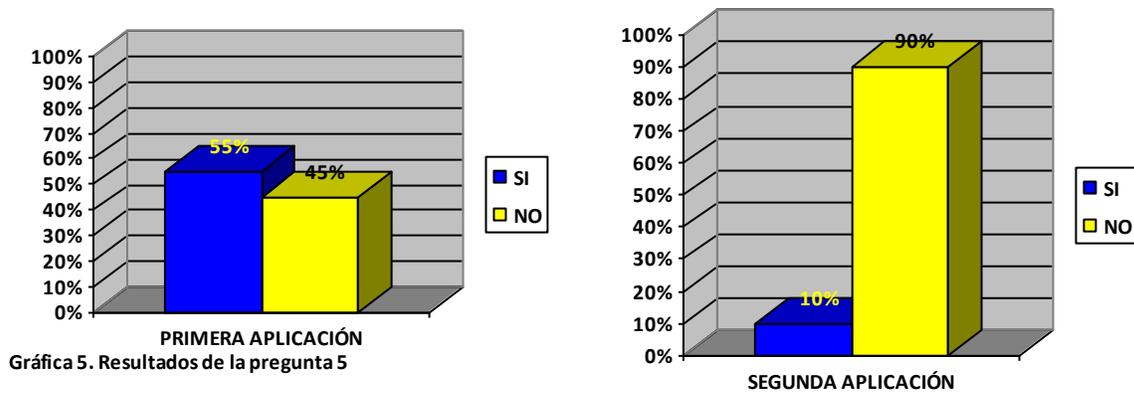
las personas el 97.5% contestó que “NO” mientras que solo una persona contestó que “SI”, se nota una disminución en las personas que “SI” consideraban fracasadas después de haber tomado el curso-taller.

Pregunta número 4. *Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.*



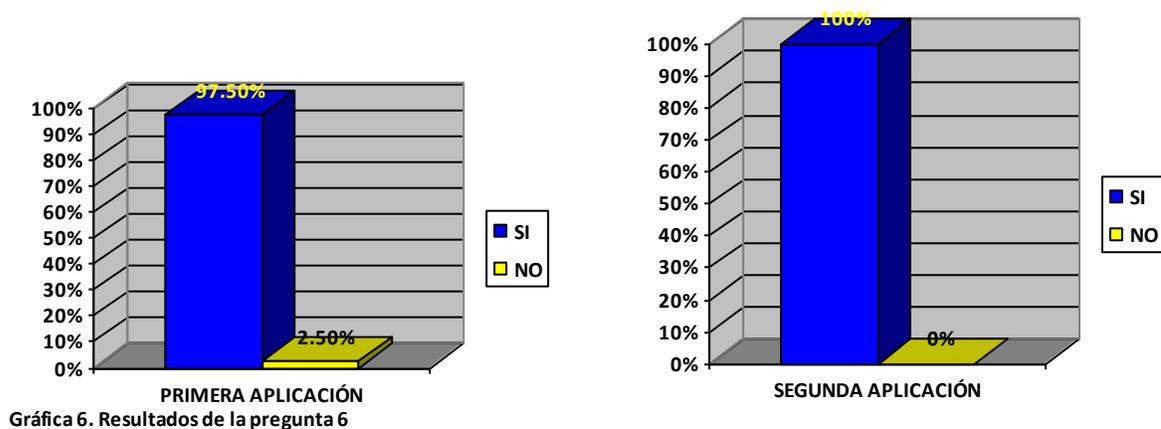
Para la pregunta número 4 los resultados obtenidos en la primer aplicación del test fue que del 100% de las personas el 90% de estas respondieron que “SI” son capaces de realizar las cosas también como la mayoría, mientras que solo el 10% contestó que “NO” son capaces de realizar las cosas. En la segunda aplicación se podrá observar que del 100% de las personas el 95% contestó que “SI” son capaces y solo el 5% respondió que “NO”, esto es debido a un problema en sus articulaciones.

Pregunta número 5. *Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.*



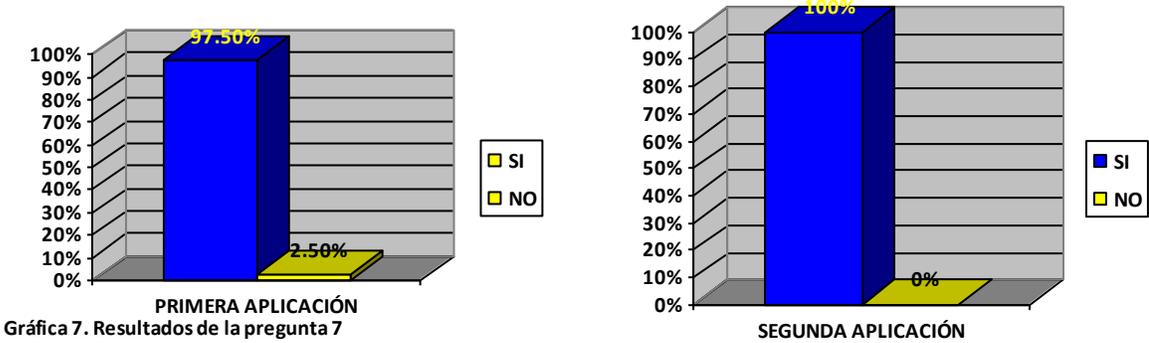
Los resultados obtenidos para la pregunta en la primera aplicación fue que del 100% personas el 55% respondió que “SI” no sentían tener motivos para sentirse orgullosos y solo el 45% contestó que “NO” que si tenían motivos para sentirse orgullosos. Por lo contrario en la segunda aplicación podemos observar que solo el 10% de las personas dicen “NO” tener motivos para estar orgullosos mientras que el 90% de las personas contestaron que “SI” tienen suficientes motivos para sentirse orgullosos.

Pregunta número 6. *Tengo una actitud positiva hacia mí.*



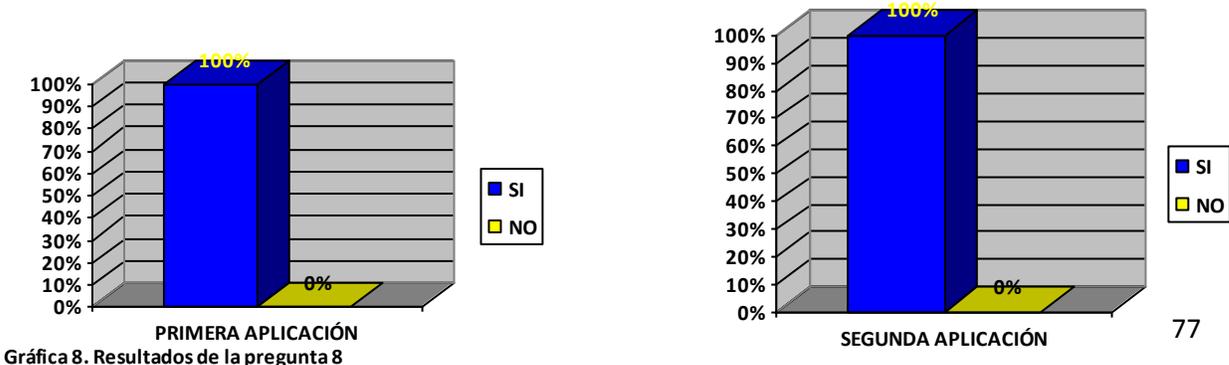
En las gráficas se podrán observar los resultados indican que en la primera aplicación del test 97.5% de las personas respondieron que “SI” tenían una actitud positiva, mientras que solo el 2.5% respondió que “NO”, por el contrario en la segunda aplicación el 100% de las personas respondieron que “SI” tienen una actitud positiva hacia ellos.

Pregunta número 7. *En general estoy satisfecho con migo mismo/a.*



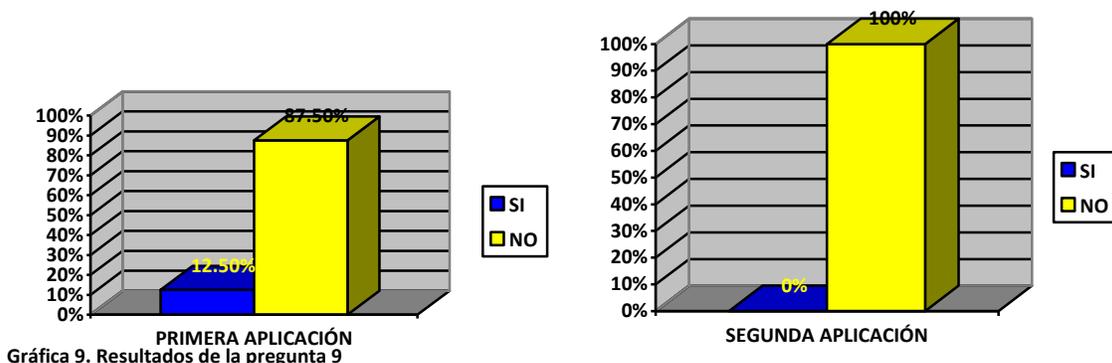
Para la pregunta 7 los resultados obtenidos en la primer aplicación del test arrojó que del 100% de personas el 97.5% respondió que “SI” se sentían satisfechos y solo el 2.5% respondió que “NO” lo estaba. Para la segunda aplicación los resultados fueron que del 100% de las personas estas mismas respondieron que “SI” estaban satisfechas consigo mismos.

Pregunta número 8. *Desearía valorarme más a mí mismo.*



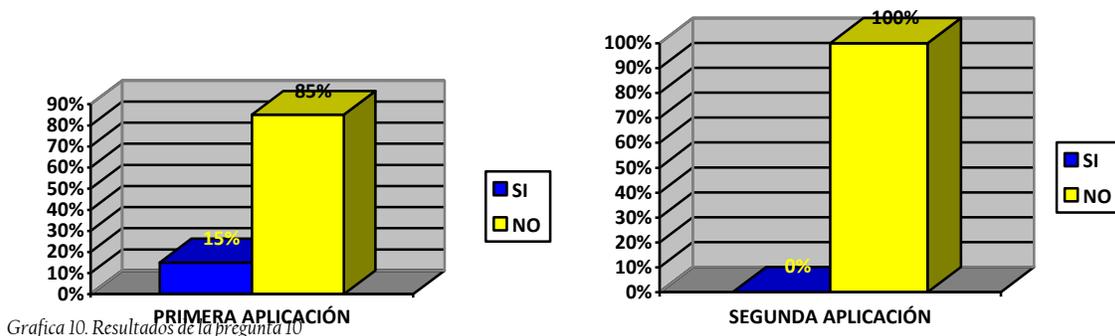
Los resultados obtenidos en la pregunta 8 tanto en la primera como en la segunda aplicación arrojó que del 100% de las personas contestaron que “SI” desearían valorarse más.

Pregunta número 9. *A veces me siento verdaderamente inútil.*



En las gráficas correspondientes a la pregunta 9 se muestra que del 100% de las personas a quienes se les aplicó el test en la primera aplicación el 87.5% respondieron que “NO” se sentían inútiles mientras, que solo el 12.5% respondieron que “SI”, para la segunda aplicación los resultados fueron que el 100% de las personas respondieron que “NO” se sentían inútiles.

Pregunta número 10. *A veces pienso que no soy bueno/a para nada.*



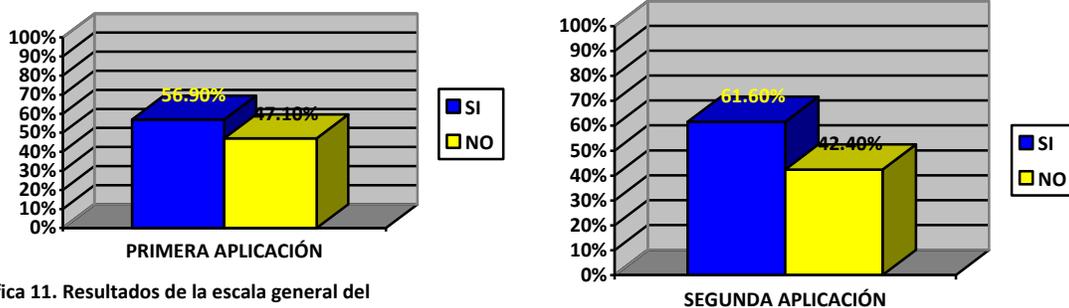
Los resultados para la pregunta 10 y última del test de Rosenberg arrojó en la primera aplicación que del 100% de las personas que realizaron el test el 15%

respondieron que “SI” piensan que no son buenos para nada, mientras que el 85% restantes respondieron que “NO” piensan que sean buenos para nada, en la segunda aplicación los resultados muestran que el 100% de las personas respondieron que “NO” piensan que sean buenas para nada.

En conclusión se puede observar una mejoría en las respuestas que dieron las personas en la segunda aplicación del test de Rosenberg en comparación con las de la primera aplicación de este.

A continuación se presentaran los resultados obtenidos de la aplicación del segundo test de Coopersmith el cual consta de 58 reactivos divididos en 5 sub escalas para su interpretación se presentaran solamente los resultados obtenidos en cada sub escala.

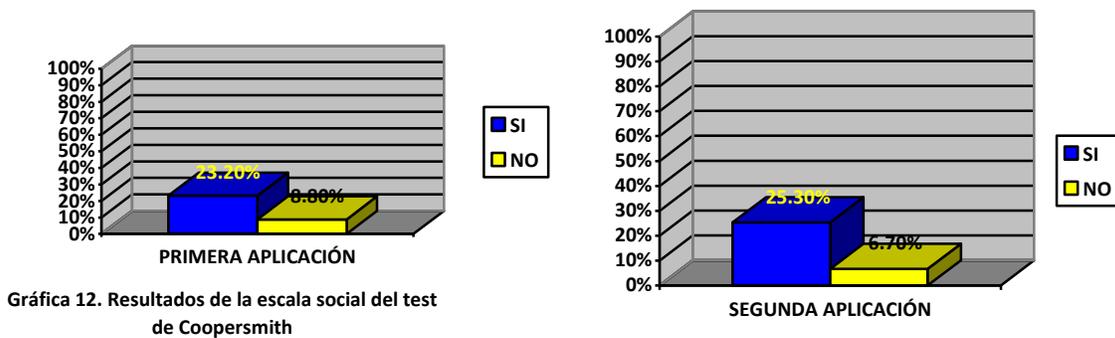
Escala general consta de 26 reactivos.



Gráfica 11. Resultados de la escala general del test de Coopersmith

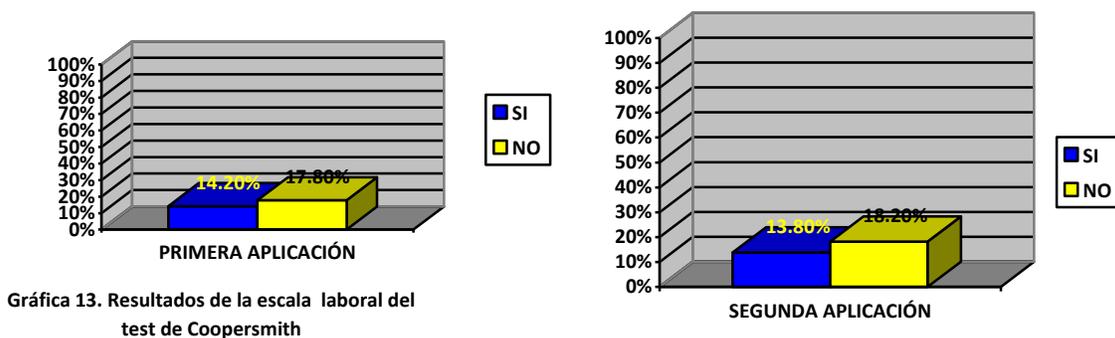
Los resultados para la escala general del test de Coopersmith arrojó en la primera aplicación que el 56.9% respondieron que “SI” a las diferentes preguntas que conforman la escala del test mientras que el 47.1% restantes respondieron que “NO” a las preguntas que conforman la escala, en la segunda aplicación los resultados muestran el 61.6% de las personas respondieron que “SI” a los cuestionamientos que conforman la escala mientras que el 42.4% respondió que “NO” a los cuestionamientos que conforman la escala los cuales son (1, 2, 3, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 22, 23, 24, 29, 30, 31, 36, 37, 38, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58).

Escala social consta de 8 reactivos.



Los resultados para la escala social del test de Coopersmith nos arroja en la primera aplicación que el 23.2% respondieron que “SI” a las diferentes preguntas que conforman la escala del test mientras que el 8.8% restantes respondieron que “NO” a las preguntas que conforman la escala, en la segunda aplicación los resultados muestran el 25.3% de las personas respondieron que “SI” a los cuestionamientos que conforman la escala mientras que el 6.7% respondió que “NO” a los cuestionamientos que conforman la escala los cuales son (4, 11, 18, 25, 32, 39, 46, 53).

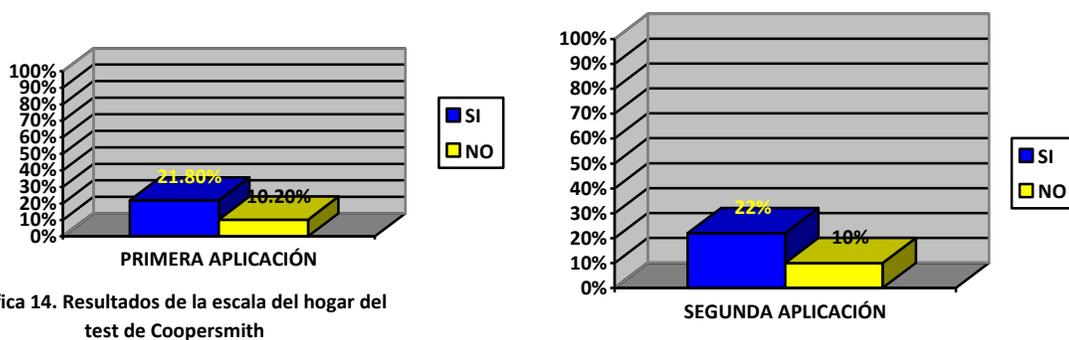
Escala laboral consta de 8 reactivos.



Los resultados para la escala laboral del test de Coopersmith nos arroja en la primera aplicación que el 14.2% respondieron que “SI” a las diferentes preguntas que conforman la escala del test mientras que el 17.8% restantes respondieron que “NO”

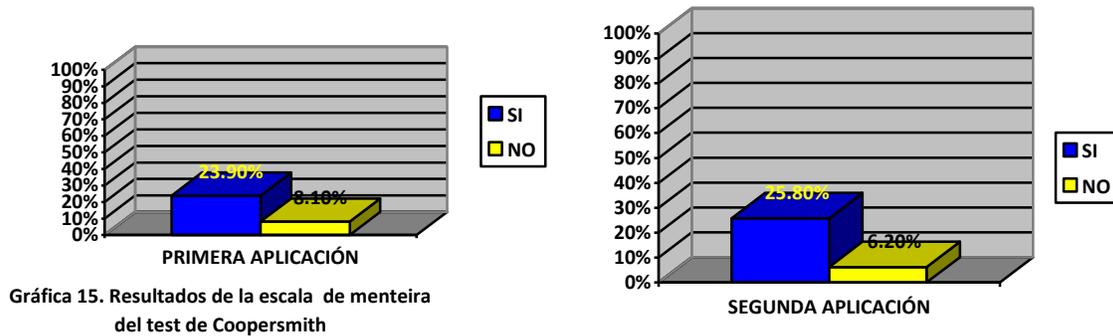
a las preguntas que conforman la escala. Para la segunda aplicación los resultados muestran el 13.8% de las personas respondieron que “SI” a los cuestionamientos que conforman la escala, mientras que el 18.2% respondió que “NO” a los cuestionamientos que conforman la escala los cuales son (7, 14, 21, 28, 35, 42, 49, 56).

Escala del hogar consta de 8 reactivos.



Los resultados para la escala del hogar del test de Coopersmith arrojó en la primera aplicación que el 21.8% respondieron que “SI” a las diferentes preguntas que conforman la escala del test, mientras que el 10.2% restantes respondieron que “NO” a las preguntas que conforman la escala. Para la segunda aplicación los resultados muestran el 22% de las personas respondieron que “SI” a los cuestionamientos que conforman la escala mientras que el 10% respondió que “NO” a los cuestionamientos que conforman la escala los cuales son (5, 12, 19, 26, 33, 41, 47, 54).

Escala mentira consta de 8 reactivos.

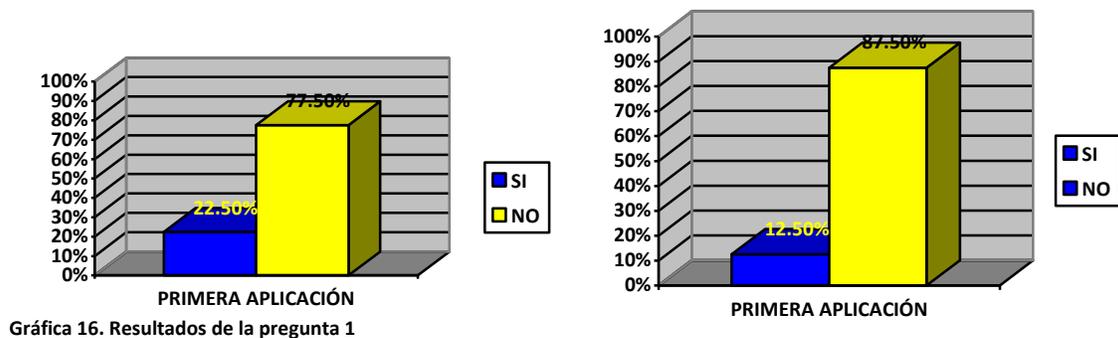


Los resultados para la escala de mentira del test de Coopersmith arrojó en la primera aplicación que el 23.9% respondieron que “SI” a las diferentes preguntas que conforman la escala del test mientras que el 8.1% restantes respondieron que “NO” a las preguntas que conforman la escala, en la segunda aplicación los resultados muestran el 25.8% de las personas respondieron que “SI” a los cuestionamientos que conforman la escala mientras que el 6.2% respondió que “NO” a los cuestionamientos que conforman la escala la cual está conformada por (6,13, 20, 27, 34, 41, 48, 55).

En conclusión se puede observar una mejora en las respuestas dadas por los adultos mayores esto se puede observar en las gráficas correspondientes a cada sub escala del test de Coopersmith sobre todo en las gráficas de la segunda aplicación del test.

A continuación se presentaran los resultados obtenidos en la aplicación del test de Zung para adultos mayores el cual consta de 20 reactivos, para efecto de la investigación solo se presentaran los resultados de algunas de las preguntas que contiene el test debido a que las demás preguntas no son de interés para la investigación para efecto revisar anexo cuatro.

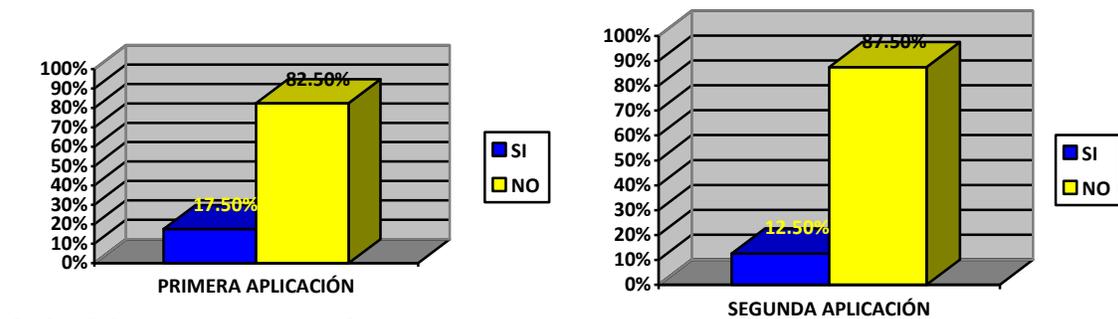
Pregunta número 1. *Me siento decaído y triste.*



Gráfica 16. Resultados de la pregunta 1

En los resultados obtenidos en la pregunta número 1 se puede observar que en la primera aplicación del test el 77.5% de las personas respondió que “NO” se sentía decaída o triste y solo el 22.5% respondió que “SI”. En la segunda aplicación se puede observar en la gráfica que las personas que respondieron que “NO” se sentían triste aumento a 87.5% y solo el 12.5% contestó que “SI”.

Pregunta número 3. *Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.*

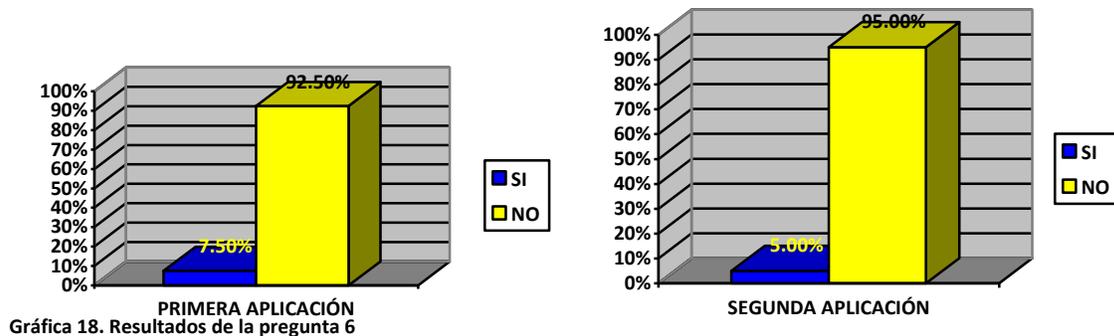


Gráfica 17. Resultados de la pregunta 3

Los resultados obtenidos para la pregunta número 3 se puede observar que en la primera aplicación el 82.5% de las personas respondió que “NO” siente ganas de llorar, mientras que el 17.5% respondió que “SI”. En la segunda aplicación del test los resultados variaron un poco en comparación con la primera aplicación ya que el

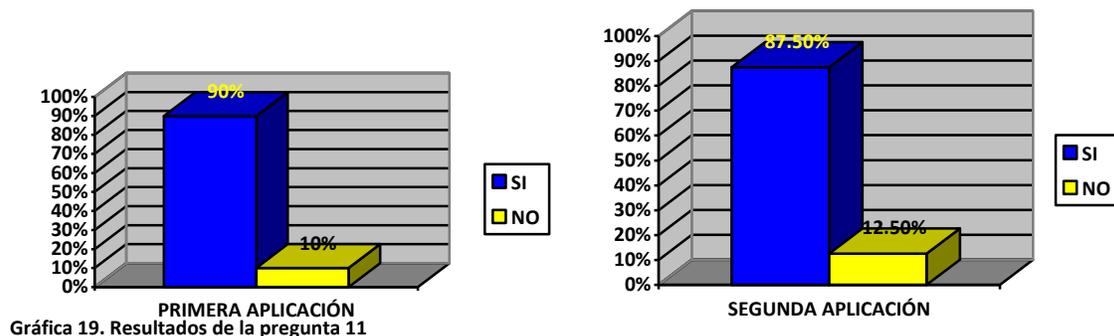
87.5% de las personas respondieron que “NO” sienten ganas de llorar mientras que el 12.5% contestó que “SI” siente ganas de llorar.

Pregunta número 6. *Todavía disfruto el sexo.*



Los resultados obtenidos en la pregunta 6 en la primera aplicación del test fue que el 92.5% de las personas respondió que “NO” disfrutaba del sexo debido a su edad, mientras que el 7.5% respondió que “SI” disfrutaba del sexo. Para la segunda aplicación se puede observar un aumento en las personas que ya “NO” disfrutaban del sexo con un 95% debido al deceso de su pareja y solo el 5% que “SI” disfrutaban del sexo.

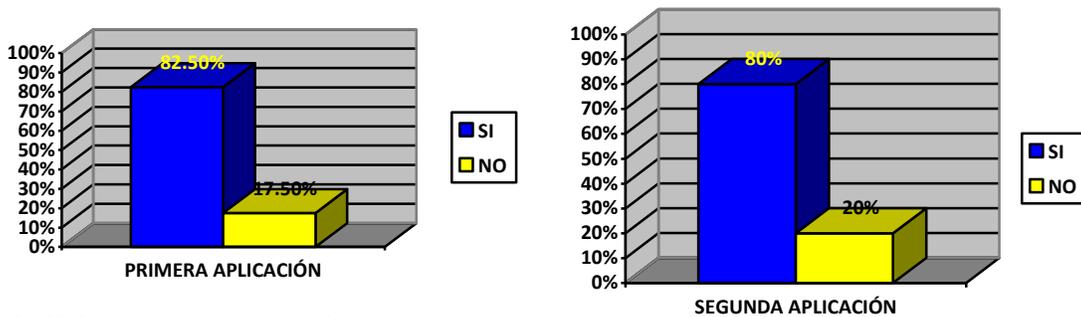
Pregunta número 11. *Mi mente está tan clara como siempre.*



Los resultados que se obtuvieron en la pregunta 11, arrojaron que el 90% de las personas respondió que “SI” aún tienen la mente tan clara como siempre mientras que el 10% respondió que “NO” debido a la edad, en contraste los resultados de la

segunda aplicación arrojaron que el 87.5% respondió que “S”I tiene la mente clara y el 12.5% respondió que “NO” tiene la mente clara debido a la edad y problemas de salud.

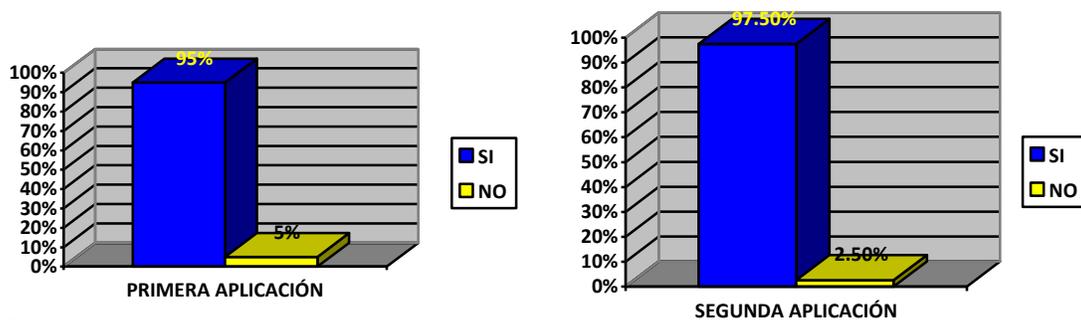
Pregunta número 12. *Me es fácil hacer lo que siempre hacía.*



Gráfica 20. Resultados de la pregunta 12

Los resultados en para la pregunta 12 en la primera aplicación del test muestra que el 82.5% de las personas respondió que “SI” se les hace fácil hacer las cosas que realizaban mientras que el 17.5% respondió que “NO” se les hace fácil realizar las actividades que realizaban. En la segunda aplicación los resultados fueron que el 80% de las personas respondió que “SI” se les facilitaba realizar sus actividades mientras que el 20 % respondió que “NO” debido a problemas de salud

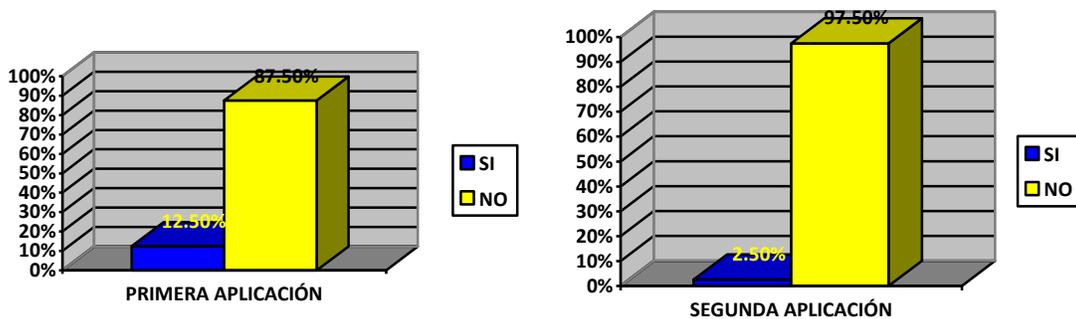
Pregunta número 14. *Siento esperanza en el futuro.*



Gráfica 21. Resultados de la pregunta 14

En la pregunta número 14 se obtuvieron los siguientes resultados en la primera aplicación el 95% de las personas respondió que “SI” sentían esperanza en el futuro mientras que el 5% “NO” tenía esperanzas. En la segunda aplicación del test los resultados fueron que el 97.5% respondió que “SI” tenían esperanzas en el futuro mientras que el 2.5% respondió que “NO”.

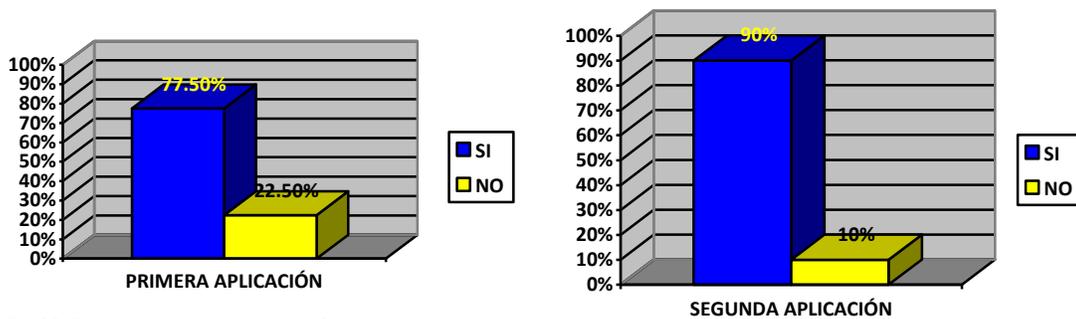
Pregunta número 15. *Estoy más irritable de lo normal.*



Gráfica 22. Resultados de la pregunta 15

Los resultados en la primera aplicación para la pregunta 15 arrojó que el 87.5% de las personas contestó que “NO” se sentía más irritable mientras que el 12.5% contestó que “SI” se sentía más irritable de lo normal. En la segunda aplicación los resultados fueron que el 97.5% contestó que “NO” se sentía más irritable de lo normal mientras que solo el 2.5% contestó que “SI” debido a problemas familiares.

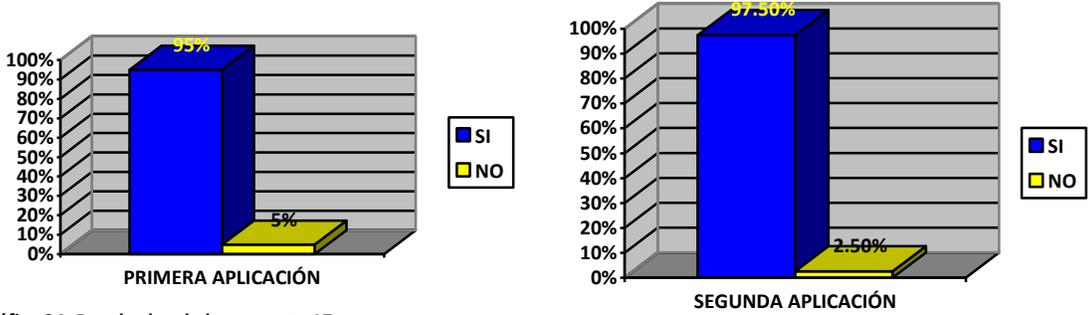
Pregunta número 16. *Me es fácil tomar decisiones.*



Gráfica 23. Resultados de la pregunta 16

Los resultados obtenidos en la primera aplicación para la pregunta 16 son que el 77.5% de las personas contestó que “SI” le es fácil tomar decisiones mientras que el 22.5% respondió que “NO” esto debido a problemas familiares y a la edad. En la segunda aplicación los resultados fueron que el 90% de las personas contestó que “SI” se les facilita tomar decisiones mientras que el 10% contestó que “NO” debido a la edad.

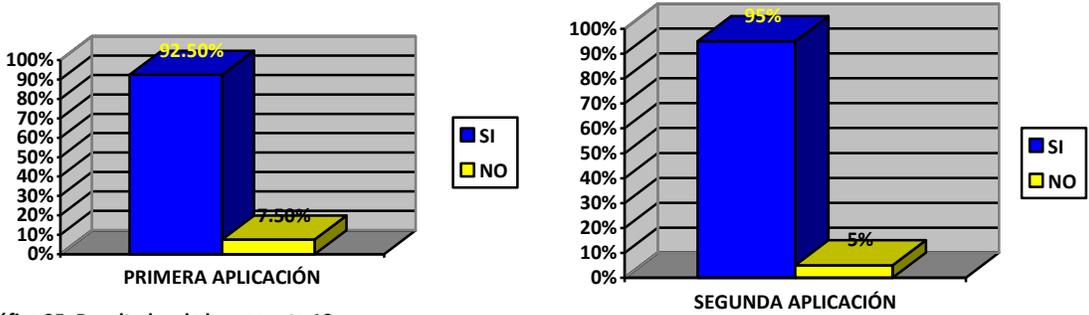
Pregunta número 17. *Siento que soy útil y me necesitan.*



Gráfica 24. Resultados de la pregunta 17

Los resultados obtenidos en la pregunta 17 en la primera aplicación fue que del total de las personas a quienes se les aplicó el test el 95% respondió que “SI” se sienten útiles, mientras que el 5% respondió que “NO” se sentía útil. En la segunda aplicación los resultados fueron que el 97.5% respondió que “SI” se sentía útil mientras que el 2.5% “NO” se sentía útil debido a limitaciones físicas.

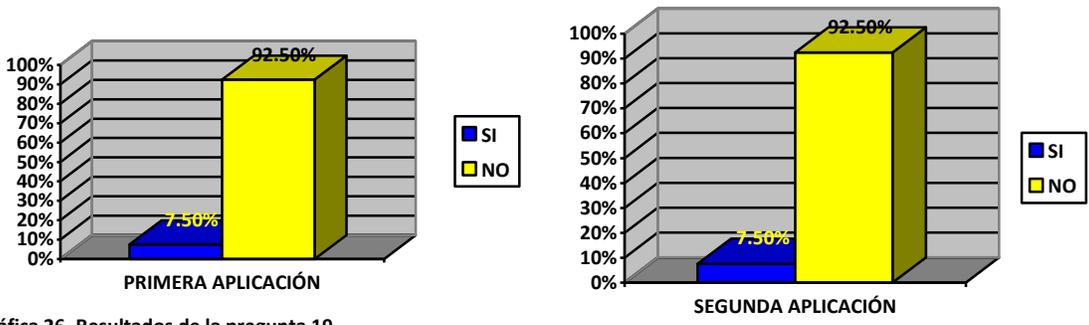
Pregunta número 18. *Mi vida es bastante plena.*



Gráfica 25. Resultados de la pregunta 18

Para la pregunta 18 los resultados obtenidos en la primera aplicación fue que el 92.5% de las personas respondió que “SI” su vida era bastante plena, mientras que el 7.5% respondió que “NO” era lo bastante plena. En la segunda aplicación los resultados obtenidos fueron que el 95% de las personas respondió que “SI” tenía una vida bastante plena mientras que el 5% respondió que “NO” por pérdidas familiares.

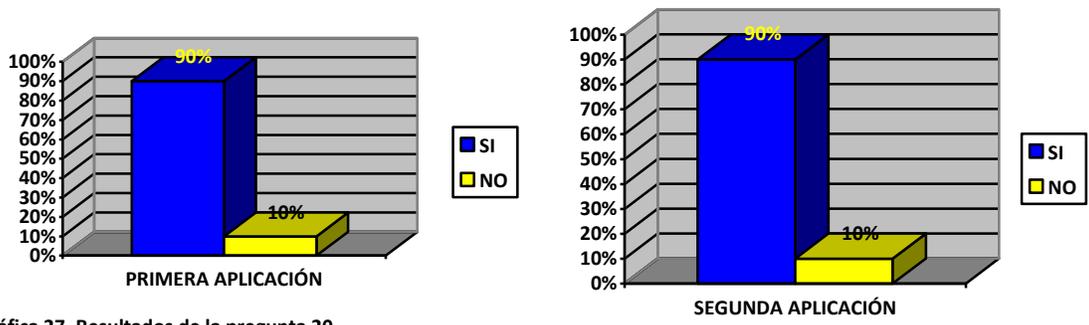
Pregunta número 19. *Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.*



Gráfica 26. Resultados de la pregunta 19

Los resultados de la pregunta 19 tanto en la primera como en la segunda aplicación arrojó el que el 92.5% de las personas respondieron que “NO” sienten que los demás estarían mejor si ellos/as murieran, mientras que el 7.5% respondió que “SI” debido a las diferentes enfermedades que padecen.

Pregunta número 20. *Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.*



Gráfica 27. Resultados de la pregunta 20

Los resultados obtenidos en la pregunta 10 tanto para la primera aplicación como para la segunda arrojan que el 90% de las personas “SI” disfrutaban de las cosas que hacían antes mientras que el 10% respondió que “NO” disfrutaban de las cosas que hacían antes debido a sus limitaciones por la edad y la salud.

Discusión de resultados

El objetivo principal de la investigación fue el analizar los cambios conductuales en autoestima de los adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, de 50 a 60 años al participar en un curso-taller, en el DIF de Almoloya del Rio, Estado de México.

Para efecto de analizar los cambios conductuales en las personas que participaron en la realización de la investigación se aplicaron tres test los cuales fueron, test de Zung, escala de autoestima de Rosenberg, test de Coopersmith, antes de impartir el curso-taller y posterior a la aplicación de este, se volvieron a aplicar los test a las personas; de acuerdo a los resultados obtenidos en cada pregunta de los tres test aplicados, se puede observar que al inicio del curso taller no todas las personas mostraban una autoestima positiva de acuerdo con la Dra. Amalia Claudio Puerto en la tabla de las características de la autoestima, ya que en los resultados de algunas preguntas como por ejemplo (3, 4, 5, 6, 8, del inventario de autoestima de Rosenberg), (14, 16, 17, 18, y 19, del test de Zung) y (2, 17,24, 30, 38, 43, 51, 58 del test de Coopersmith), se puede observar que las personas al inicio del curso taller presentaban características de una autoestima negativa como lo son (auto critica dura y excesiva, falta de confianza en sí mismas, no poseen aspectos positivos para enorgullecerse, ente otras). Esto podría ser por diferentes motivos; Garay (2009), señala: “Que el adulto mayor ve afectada su autoestima dada la inseguridad que vive a partir de las pérdidas asociadas a sus vivencias afectivas, físicas y sociales como son: la independenciam de los hijos, la pérdida del cónyuge, la disminución de capacidades, la salud a veces afectada, la jubilación, la disminución de ingresos, entre otras.”

Como se podrá observar en las gráficas obtenidas de los resultados de las preguntas de los diferentes test aplicados en el curso-taller en la primera aplicación de los test se puede constatar que las personas mostraban conductas o características de una

autoestima negativa ya que en preguntas que comprenden la sub escala general del test de Coopersmith que consta de 26 reactivos en la primera aplicación del test el 56.9% de las personas respondieron afirmativamente a los cuestionamientos mientras que el 47.1% respondieron a los cuestionamientos negativamente. Así mismo se puede observar en los porcentajes de las preguntas anteriormente mencionadas.

Para la segunda aplicación de los test posterior a la impartición del curso-taller en los resultados de las preguntas se podrá ver un incremento de las personas que respondieron favorablemente a los cuestionamientos de los diferentes test, en comparación con los resultados obtenidos en la primera aplicación de los test se puede observar un incremento en la subes cala general del test de Coopersmith en la cual se puede ver que el 61.6% de las personas respondieron favorablemente a los cuestionamientos que conforman la sub escala y el 42.4% de las personas respondieron negativamente a estos mismos cuestionamientos. Así también en los cuestionamientos de los demás test. Presentando actitudes favorables para la identificación de una autoestima positiva como lo son sentimiento de agrado de sí mismas, reflejan el placer que sienten de estar vivas, flexibilidad para responder a las situaciones y desafíos, entre otras. Esto debido a las actividades realizadas en el curso-taller como lo fueron “lluvia de elogios”, “concepto positivo de sí mismo” y “como nos ven”. De acuerdo a (Nathaniel Branden 1995), señala que la autoestima consiste en valorar y reconocer lo que uno/a es y lo que puede llegar a ser. Por lo que se considera que el objetivo principal del curso-taller se cumplió satisfactoriamente.

Los cambios conductuales en la autoestima del adulto mayor diagnosticado con diabetes mellitus tipo II, se debe a incorporación de las actividades aplicadas en el curso taller como lo fueron “lluvia de elogios”, “concepto positivo de sí mismo” y “como nos ven” en su vida diaria.

De acuerdo a los resultados obtenidos en los diferentes test (Rosenberg, Coopersmith y Zung) aplicados antes y después del curso-taller, se puede observar que las personas que tomaron el curso-taller tuvo una mejora en su autoestima esto se puede constatar en las anteriores gráficas de las preguntas de la segunda aplicación de los tres test que se realizó posterior a la impartición del curso-taller.

Por lo que se le da respuesta la pregunta de investigación ¿Qué cambios conductuales se presentan en la autoestima durante el curso taller de autoestima en el adulto mayor diagnosticado con diabetes mellitus II?

Los cambios conductuales de las personas se presentaron al término del curso taller ya que mostraban una actitud de autoestima positiva como por ejemplo se notaba que en las actividades que realizaban los adultos las hacían con una mejor actitud al igual que con un mejor estado de ánimo ya que al inicio del curso-taller se observó que las personas al realizar sus actividades las hacían con pesadez de igual modo al sondear a las personas durante el curso-taller específicamente en la actividad titulada “lluvia de elogios” las personas mencionaban que se sentían muy bien al escuchar que una persona ajena les dijeran características positivas referían que después de escuchar algo bueno de otra persona se sentían mejor, el sustento de estos cambios se pueden observarse en los resultados obtenidos de los tres test aplicados.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Conclusiones

En conclusión la investigación cumplió con los objetivos trazados en esta ya que las personas que participaron presentaron mejoras en sus conductas al final del curso-taller esto debido a que pusieron en práctica las diferentes actividades realizadas durante la aplicación de este, en su vida diaria esto ayudo demasiado a reafirmar los conocimientos adquiridos durante las sesiones de trabajo con los adultos mayores, por lo que se considera que el curso-taller tuvo éxito en mejorar el nivel de autoestima de los adultos mayores a si mismo su calidad de vida y su relación con sus familiares.

Para el logro de estas mejoras en los adultos mayores se elaboró un curso-taller el cual estuvo conformado de 7 sesiones en las cuales dos sesiones fueron clases magistrales sobre la enfermedad que padecen y la segunda sobre autoestima y autoconcepto, para el resto de las sesiones se realizaron actividades para mejorar la autoestima de los adultos mayores, las cuales tuvieron las repercusiones favorables en todos los aspectos de su vida diaria y su entorno familiar.

Ya que para analizar los cambios en la autoestima de los adultos se aplicaron tres test los cuales fueron: test de Coopersmith, inventario de autoestima de Rosenberg y el test de Zung, los cuales se aplicaron antes del curso-taller y posterior a este para así poder analizar los cambios que tuvieron en la autoestima de los adultos al finalizar el curso-taller.

Sugerencias

En esta sección desea dejar constancia, que a pesar de haber cumplido con los objetivos de esta esta investigación como consecuencia de la contrastación entre la teoría expuesta en el presente trabajo y los resultados hallados en el trabajo de campo, las recomendaciones y sugerencias que se consideran pertinentes son las siguientes.

- Se recomienda la impartición de nuevos cursos-talleres de autoestima en los adultos mayores no solo en personas con algún tipo de enfermedad ya que por razones de la investigación quedaron excluidos bastantes personas.
- Se recomienda la impartición de cursos-talleres de autoestima y el trato a los adultos mayores, a los familiares de estos para mejorar la comunicación y a si mismo su autoestima de los adultos.
- Se recomienda la impartición de cursos-talleres en escuelas de todos los niveles educativos buscando fomentar en los estudiantes el respeto e interés por las personas mayores evitando así la discriminación hacia estas personas.
- Se recomienda a psicólogos tomar cursos-talleres de actualización sobre el manejo de la autoestima en personas mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro J., Simal A. (2000). Tratamiento de la diabetes mellitus. mayo 2000, de Sistema Nacional de Salud Sitio web: <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>.
- Berrios Rivera Misael José, Campos Martínez Cecilia Karen, Velásquez Cruz José Gerardo. Factores socioculturales relacionados con el conocimiento sobre andropausia y su ocurrencia en los hombres de 40 a 60 años de edad. Tesis doctoral. Universidad de el Salvador. Facultad multidisciplinaria oriental departamento de medicina. 2008.
- Branden Nathaniel. (1995). Los seis pilares de la autoestima. Barcelona: Paidós.
- Calcerrada-Gómez Gutiérrez, Sonia. Tratamiento cognitivo- conductual en la menopausia. Tesis doctoral. Madrid, Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Psicología Clínica, 2006, 409 p.
- Campuzano Rodríguez María de Lourdes y Rodríguez García Carlos Juan. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. Revista Electrónica de Psicología Iztacala., vol. 14, pp. 210-222.
- Cano Villalobos Alejandra. (2008). Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica, vol. 58, pp. 247-254.
- Canto Pech, Hugo Guadalupe, Castro Rena, Eira Karla. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad. Revista Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 9, pp. 257-270.
- Cazalla-Luna Nerea, Molero David. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto. Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID), vol. 4, pp. 43-64.

- Cetina de Canto Thelma E., Reyes Polanco Lucia. (1996). Climaterio y menopausia. Las consecuencias biológicas y clínicas del fallo ovárico.. Revista Biomédica, vol. 7, pp. 227-236.
- Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. (2004). Mayores siempre activos: Actividades en Centros de Atención a Personas Mayores. Junta de Andalucía: Escandón Impresores.
- Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor Vulnerable. México: IMSS.
- Cstszentmihalyi, Mihaly (2005) Fluir. Una Psicología de la felicidad. 11va Edición. Barcelona, España. Ed. Kairós.
- Enríquez, G. y Nájera, S. (Abril, 2014) Enfermería: Fomento de la autoestima en padecimientos neuróticos en el adulto mayor. *Rev. Actual de Costa Rica*, 26, 1---11. Recuperado de <http://www.revenf.ucr.ac.cr/neurosis.pdf> ISSN 1409---4568.
- Enzo Devoto C., Lucía Aravena C. (2004). Climaterio masculino- andropausia. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología, vol. 69, pp.392-398.
- Esnaola Igor, Goñi Alfredo y Madariaga María José. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. Revista de Psicodidáctica, vol. 13, pp. 179-194.
- Espinosa Zepeda María Isabel. El adulto mayor no es sinónimo de muerte; aún vive. Tesina. Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A. C. Asociación Mexicana de Tanatología, A. C. 2010. Pp. 79.
- Espinoza Hernández Adolfo. Bienestar subjetivo, orientación al logro y autoconcepto en una población de la región centro del Estado de Chiapas. Tesis licenciatura. Universidad Autónoma Indígena de México. 2008. Pp.93.
- Espinoza muños paula. Autopercepción y nivel de satisfacción de necesidades afectivas en adultos mayores. Universidad Académica de Humanismo Cristiano. 2005. Pp. 166.
- Felman, Robert S. (2007). Desarrollo Psicológico. México: Pearson.

- Fernández Callís Sureima. (2011). Autoimagen de la vejez en el adulto mayor. Revista Ciencia en tu PC, vol. 2, pp. 30-40.
- Fidel Sánchez Sandoval. (1983). Probabilidad y Estadística. Toluca México: Tecnológico de Metepec.
- Fink Dee L. (2003). Una Guía Auto-Dirigida al Diseño de Cursos para el Aprendizaje Significativo. Lima Perú: Jossey-Bass.
- Gonzales del Olmo Elena, Pérez Carrillo Margarita, Gumpert Aguilera Susana. (2008). Actualización del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2. Revista del sistema Nacional de Salud, vol. 32, pp. 1-14
- Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.
- Guzmán Quintanar Annali. Análisis de la calidad de vida en los adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo. Tesina. Universidad Autónoma de Hidalgo. Área académica de psicología. 2010. Pp. 97.
- Hernández Castillo Enrique Manuel. Propuesta didáctica: los métodos de la enseñanza. Tesis. San Nicolás de los Garza N. L. México. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2003.
- Hernández Girón Yeni. La autoestima de los adultos mayores. Tesis. Universidad Autónoma Metropolitana. 2002. Pp. 62.
- Herreman Zárate Margarita, Hernández Flores Joel. (Septiembre, 2012). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Mexico: Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología.
- Herrera Silva Miguel Jose. (2006). Andropausia Estado actual y conceptos básicos. Revista Universitas Médica, vol. 47, pp. 17-23.
- INAPAM. (2010). Modelos de atención gerontológica. México: INAPAM.

- INEGI. (2005). Los Adultos Mayores en México. México: INEGI.
- Josefina García de Muños, Alfredo Muños, Rosa Elvia Rozo, Maritza Salazar de Aguirre. (1982). Actitudes de mujeres hacia la menopausia. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 14, pp. 397-404.
- López Contreras Araceli. Modelo multiprofesional para fortalecer el autoconcepto en adultos mayores. Tesis. Universidad de Colima. Facultad de psicología. 2005. Pp. 103.
- Mallan Santos J.M. Enfermería en Cuidados Socio sanitarios. Madrid: DAE; 2005.
- Millán Calenti, J. C. Principios de Geriatria y Gerontología. (2006). Madrid: Mc. Graw Hill Interamericana.
- Nieto Rosales Gil, Vílchez Joya R. (1993): "Diabetes. Intervención psicológica". Eudema Psicología.
- Noriega Vega Ángel José, Álvarez Laborín Francisco Jesús, Guedea Domínguez Teresa Miriam, Armenta Parra Misael Erik y Padilla E. María. (2009). Locus de control, autoconcepto y orientación al éxito en adultos mayores del norte de México. Revista Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 14, pp. 119-135.
- Ocampo Acosta Inés Cilia. El sentido de la vida humana en adultos mayores enfoque socioeducativo. Tesis doctoral. Universidad nacional de educación a distancia. UNED, Departamento de teoría de la educación y pedagogía social facultad de educación, 2011, 500 p.
- Papalia E. Diane, Olds Wendkos Sally, Feldman Duskin Ruth. (2009). Desarrollo humano. México: Mc Graw-HIL.
- Pineda, N; Bermúdez, V; Cano, C; Ambard, M; Mengual, E; Medina, M; Leal, E; Martínez, Y; Cano, R. (2004). Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, vol. 3, pp. 40-56.

- Portilla Lilia, Romero María Isabel, Román Jorge. (1991). El paciente diabético, aspectos psicológicos de su manejo. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 23, pp. 199-205.
- Reolid Collado, M.; López Escribano A. Enfermería: Geriatria y Gerontología. Madrid: Edita Altaban; 2004
- SINAIS, SINAVE, DGE. (2010). Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010. México: secretaria de salud.
- Suanes Navarro Mariana. (2009). Autoconocimiento y Autoestima. revista digital para profesionales de la enseñanza, vol. 5, pp.1-9.
- Urrutia Amable y Villarraga García: Una vejez emocionalmente inteligente: retos y desafíos, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, marzo 2010.
- Urrutia Amable y Villarraga García: *Una vejez emocionalmente inteligente: retos y desafíos*, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, marzo 2010. [Http://www.eumed.net/rev/cccss/07/uavg.htm](http://www.eumed.net/rev/cccss/07/uavg.htm)
- Vargas Ruiz Viridiana Nancy. El modo de autoconcepto en el adulto mayor: un estudio fenomenológico. Universidad Autónoma de Querétaro. 2013. Pp. 61.
- Vera, B., Carbelo Baquero, B, Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. Papeles del Psicólogo, vol. 27.
- Villegas Garay Sagrario y Pérez Avalos Rosaura. (2009). Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. Revista Kairós, vol. 12, pp. 39-58.
- Wellmann Zea Larissa Cynthia. Recuperación de autoestima, motivación y creatividad, de personas de la tercera edad. Tesis licenciatura. Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela de ciencias psicológicas. 2009. Pp. 101.

Anexos

Anexo 1. Preguntas correspondientes a la sub escala general del test de Coopersmith.

Test	Re test
<p><i>1.- Paso mucho tiempo soñando despierto(a).</i> El 17.5% respondió que SI pasa mucho tiempo soñando despierto. El 82.5% respondió que NO pasa mucho tiempo soñando despierto.</p>	<p><i>1.- Paso mucho tiempo soñando despierto(a).</i> El 16% respondió que SI pasan mucho tiempo soñando despiertos. El 84% respondió que NO pasa mucho tiempo soñando despierto.</p>
<p><i>2.- Estoy seguro(a) de mí mismo(a).</i> El 100% respondió que SI está seguro de sí mismo.</p>	<p><i>2.- Estoy seguro(a) de mí mismo(a).</i> El 100% respondió que SI está seguro de sí mismo.</p>
<p><i>3.- Deseo frecuentemente ser otra persona.</i> El 25% respondió que SI desea ser otra persona. El 75% respondió que NO desea ser otra persona.</p>	<p><i>3.- Deseo frecuentemente ser otra persona.</i> El 12.5% respondió que SI desea ser otra persona El 87.5% respondió que NO desea ser otra persona.</p>
<p><i>8.- Desearía ser más joven.</i> El 62.5% respondió que SI desea ser más joven. El 37.5% respondió que NO desea ser más joven.</p>	<p><i>8.- Desearía ser más joven.</i> El 57.5% respondió que SI desea ser más joven. El 42.5% respondió que NO desea ser más joven.</p>
<p><i>9.- Hay muchas cosas acerca de mí mismo(a) que me gustaría cambiar si pudiera.</i></p>	<p><i>9.- Hay muchas cosas acerca de mí mismo(a) que me gustaría cambiar si pudiera.</i></p>

<p>El 82.5% respondió que SI hay cosas que les gustaría cambiar de sí mismos.</p> <p>El 17.5% respondió que NO hay cosas que cambiar de sí mismos.</p>	<p>El 75% respondió que SI hay cosas que cambiar de sí mismos.</p> <p>El 25% respondió que NO hay cosas que cambiar de sí mismos.</p>
<p><i>10.- Puedo tomar decisiones fácilmente.</i></p> <p>El 92.5% respondió que SI pueden tomar decisiones fácilmente.</p> <p>El 7.5% respondió que NO pueden tomar decisiones fácilmente.</p>	<p><i>10.- Puedo tomar decisiones fácilmente.</i></p> <p>El 87.5% respondió que SI pueden tomar decisiones fácilmente.</p> <p>El 12.5% respondió que NO pueden tomar decisiones fácilmente.</p>
<p><i>15.- Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.</i></p> <p>El 30% respondió que SI deben de tener alguien que les diga que hacer.</p> <p>El 70% respondió que NO deben de tener alguien que les diga que hacer.</p>	<p><i>15.- Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.</i></p> <p>El 30% respondió que SI deben de tener alguien que les diga que hacer.</p> <p>El 70% respondió que NO deben de tener alguien que les diga que hacer.</p>
<p><i>16.-Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas.</i></p> <p>El 70% respondió que Si les toma mucho tiempo acostumbrarse a cosa nuevas.</p> <p>El 30% respondió que NO les toma mucho tiempo acostumbrarse a cosa nuevas.</p>	<p><i>16.-Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas.</i></p> <p>El 75% respondió que Si les toma mucho tiempo acostumbrarse a cosa nuevas.</p> <p>El 25% respondió que NO les toma mucho tiempo acostumbrarse a cosa nuevas.</p>
<p><i>17.- Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago.</i></p> <p>El 20% respondió que SI se arrepienten de las</p>	<p><i>17.- Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago.</i></p> <p>El 20% respondió que SI se arrepienten de las</p>

<p>cosas que hacen.</p> <p>El 80% respondió que NO se arrepienten de las cosas que hacen.</p>	<p>cosas que hacen.</p> <p>El 80% respondió que NO se arrepienten de las cosas que hacen.</p>
<p><i>22.- Me doy por vencido(a) fácilmente.</i></p> <p>El 15% respondió que SI se da por vencido fácilmente.</p> <p>El 85% respondió que NO se da por vencido fácilmente.</p>	<p><i>22.- Me doy por vencido(a) fácilmente.</i></p> <p>El 15% respondió que SI se da por vencido fácilmente.</p> <p>El 85% respondió que NO se da por vencido fácilmente.</p>
<p><i>23.- Usualmente puedo cuidarme a mí mismo(a).</i></p> <p>El 82.5% respondió que SI pueden cuidarse solos.</p> <p>El 17.5% respondió que NO pueden cuidarse solos.</p>	<p><i>23.- Usualmente puedo cuidarme a mí mismo(a).</i></p> <p>El 75% respondió que SI pueden cuidarse solos.</p> <p>El 25% respondió que NO pueden cuidarse solos.</p>
<p><i>24.- Me siento suficientemente feliz.</i></p> <p>El 90% respondió que SI son suficientemente felices.</p> <p>El 10% respondió que NO son suficientemente felices.</p>	<p><i>24.- Me siento suficientemente feliz.</i></p> <p>El 95% respondió que SI son suficientemente felices.</p> <p>El 5% respondió que NO son suficientemente felices.</p>
<p><i>29.- Me entiendo a mí mismo(a).</i></p> <p>El 90% respondió que SI se entiende a sí mismo.</p> <p>El 10% respondió que NO se entiende a sí mismo.</p>	<p><i>29.- Me entiendo a mí mismo(a).</i></p> <p>El 92.5% respondió que SI se entiende a sí mismo.</p> <p>El 7.5% respondió que NO se entiende a sí mismo.</p>

<p>30.- <i>Me cuesta comportarme como en realidad soy.</i></p> <p>El 35% respondió que SI les cuesta comportarse como en realidad son.</p> <p>El 65% respondió que NO les cuesta comportarse como en realidad son.</p>	<p>30.- <i>Me cuesta comportarme como en realidad soy.</i></p> <p>El 30% respondió que SI les cuesta comportarse como en realidad son.</p> <p>El 70% respondió que NO les cuesta comportarse como en realidad son.</p>
<p>31.- <i>Las cosas en mi vida están muy complicadas.</i></p> <p>El 67.5% respondió que SI están muy complicadas las cosas en su vida.</p> <p>El 32.5% respondió que NO están muy complicadas las cosas en su vida.</p>	<p>31.- <i>Las cosas en mi vida están muy complicadas.</i></p> <p>El 75% respondió que SI están muy complicadas las cosas en su vida.</p> <p>El 25% respondió que NO están muy complicadas las cosas en su vida.</p>
<p>36.- <i>Puedo tomar decisiones y cumplirlas.</i></p> <p>El 95% respondió que SI puede tomar decisiones y cumplirlas.</p> <p>El 5% respondió que NO puede tomar decisiones y cumplirlas.</p>	<p>36.- <i>Puedo tomar decisiones y cumplirlas.</i></p> <p>El 95% respondió que SI puede tomar decisiones y cumplirlas.</p> <p>El 5% respondió que NO puede tomar decisiones y cumplirlas.</p>
<p>37.- <i>No estoy conforme con mi sexo.</i></p> <p>El 100% respondió que SI están conforme con su sexo.</p>	<p>37.- <i>No estoy conforme con mi sexo.</i></p> <p>El 100% respondió que SI están conforme con su sexo.</p>
<p>38.- <i>Tengo una mala opinión de mí mismo(a).</i></p> <p>El 10% respondió que SI tienen una mala impresión de sí mismos.</p> <p>El 90% respondió que NO tienen una mala</p>	<p>38.- <i>Tengo una mala opinión de mí mismo(a).</i></p> <p>El 2.5% respondió que SI tienen una mala impresión de sí mismos.</p> <p>El 97.5% respondió que NO tienen una mala</p>

<p>impresión de sí mismos.</p> <p><i>43.- Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo(a).</i></p> <p>El 10% respondió que SI se avergüenzan de sí mismos.</p> <p>El 90% respondió que NO se avergüenzan de sí mismos.</p>	<p>impresión de sí mismos.</p> <p><i>43.- Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo(a).</i></p> <p>El 2.5% respondió que SI se avergüenzan de sí mismos.</p> <p>El 97.5% respondió que NO se avergüenzan de sí mismos.</p>
<p><i>44.- No soy tan bien parecido(a) como otra gente.</i></p> <p>El 37.5% respondió que SI son tan bien parecido que los demás.</p> <p>El 62.5% de las personas respondió que NO son tan bien parecidos como los demás.</p>	<p><i>44.- No soy tan bien parecido(a) como otra gente.</i></p> <p>El 25% respondió que SI son tan bien parecido que los demás.</p> <p>El 75% de las personas respondió que NO son tan bien parecidos como los demás.</p>
<p><i>45.- Si tengo algo que decir, usualmente lo digo.</i></p> <p>El 95% respondió que SI expresan lo que usualmente quieren decir</p> <p>El 5% respondió que NO expresan lo que quieren decir.</p>	<p><i>45.- Si tengo algo que decir, usualmente lo digo.</i></p> <p>El 97.5% respondió que SI expresan lo que usualmente quieren decir.</p> <p>El 2.5% respondió que NO expresan lo que quieren decir.</p>
<p><i>50.- A mí no me importa lo que me pase.</i></p> <p>El 90% respondió que SI les importa lo que les pase.</p> <p>El 10% respondió que NO les importa lo que les pase.</p>	<p><i>50.- A mí no me importa lo que me pase.</i></p> <p>El 95% respondió que SI les importa lo que les pase.</p> <p>El 5% respondió que NO les importa lo que les pase.</p>

<p>51.- <i>Soy un fracaso.</i></p> <p>El 7.5% respondió que SI son un fracaso.</p> <p>El 92.5% respondió que NO son un fracaso.</p>	<p>51.- <i>Soy un fracaso.</i></p> <p>El 5% respondió que SI son un fracaso.</p> <p>El 95% respondió que NO son un fracaso.</p>
<p>52.- <i>Me siento incómodo fácilmente cuando me regañan.</i></p> <p>El 32.5% respondió que SI se sienten incomodos cuando los regañan.</p> <p>El 67.5% respondió que NO se sienten incomodos cuando los regañan.</p>	<p>52.- <i>Me siento incómodo fácilmente cuando me regañan.</i></p> <p>El 30% respondió que SI se sienten incomodos cuando los regañan.</p> <p>El 70% respondió que NO se sienten incomodos cuando los regañan.</p>
<p>57.- <i>Generalmente las cosas no me importan.</i></p> <p>El 92.5% respondió que SI les importan las cosas.</p> <p>El 7.5% respondió que NO le importan las cosas.</p>	<p>57.- <i>Generalmente las cosas no me importan.</i></p> <p>El 97.5% respondió que SI les importan las cosas.</p> <p>El 2.5% respondió que NO le importan las cosas.</p>
<p>58.- <i>No soy una persona confiable para que otros dependan de mí.</i></p> <p>El 55% respondió que SI son confiables para que otros dependen de mí.</p> <p>El 45% respondió que NO son confiables para que otros dependen de mí.</p>	<p>58.- <i>No soy una persona confiable para que otros dependan de mí.</i></p> <p>El 55% respondió que SI son confiables para que otros dependen de mí.</p> <p>El 45% respondió que NO son confiables para que otros dependen de mí.</p>

Anexo 2. Preguntas correspondientes a la sub escala social del test de Coopersmith.

Test	Re test
<p>4.- <i>Soy simpático(a).</i></p> <p>El 87.5% respondió que SI son simpáticos.</p> <p>El 12.5% respondió que NO son simpáticas.</p>	<p>4.- <i>Soy simpático(a).</i></p> <p>El 92.5% respondió que SI son simpáticos.</p> <p>El 7.5% respondió que NO son simpáticas.</p>
<p>11.- <i>Mis amigos(as) lo pasan bien cuando están conmigo.</i></p> <p>El 75% respondió que SI la pasan bien sus amigos cuando están con ellos.</p> <p>El 25% respondió que NO la pasan bien sus amigos cuando están con ellos.</p>	<p>11.- <i>Mis amigos(as) lo pasan bien cuando están conmigo.</i></p> <p>El 15% respondió que SI la pasan bien sus amigos cuando están con ellos.</p> <p>El 85% respondió que NO la pasan bien sus amigos cuando están con ellos.</p>
<p>18.- <i>Soy popular entre la gente.</i></p> <p>El 60% respondió que SI es popular entre la gente.</p> <p>El 40% respondió que NO es popular en ter la gente.</p>	<p>18.- <i>Soy popular entre la gente.</i></p> <p>El 67.5% respondió que SI es popular entre la gente.</p> <p>El 32.5% respondió que NO es popular en ter la gente.</p>
<p>25.- <i>Prefiero compartir con personas de menor nivel que yo.</i></p> <p>El 82.5% respondió que SI comparte con personas de menor nivel.</p> <p>El 17.5% respondió que NO prefiere compartir con personas de menor nivel.</p>	<p>25.- <i>Prefiero compartir con personas de menor nivel que yo.</i></p> <p>El 90% respondió que SI comparte con personas de menor nivel.</p> <p>El 10% respondió que NO prefiere compartir con personas de menor nivel</p>
<p>32.- <i>Los demás casi siempre siguen mis ideas.</i></p> <p>El 32.5% de las personas contestaron que SI</p>	<p>32.- <i>Los demás casi siempre siguen mis ideas.</i></p> <p>El 37.5% de las personas contestaron que SI</p>

<p>siguen los demás sus ideas.</p> <p>El 67.5% de las personas respondió que NO siguen los demás sus ideas.</p>	<p>siguen los demás sus ideas.</p> <p>El 62.5% de las personas respondió que NO siguen los demás sus ideas.</p>
<p><i>39.- No me gusta estar con otra gente.</i></p> <p>El 80% respondió que SI les gusta estar con otra gente.</p> <p>El 20% respondió que NO les gusta estar con otra gente.</p>	<p><i>39.- No me gusta estar con otra gente.</i></p> <p>El 90% respondió que SI les gusta estar con otra gente.</p> <p>El 10% respondió que NO les gusta estar con otra gente.</p>
<p><i>46.- A los demás les gusta estar conmigo.</i></p> <p>El 90% respondió que SI les gusta a los demás estar conmigo.</p> <p>El 10% respondió que NO les gusta estar conmigo.</p>	<p><i>46.- A los demás les gusta estar conmigo.</i></p> <p>El 92.5% respondió que SI les gusta a los demás estar conmigo.</p> <p>El 7.5% respondió que NO les gusta estar conmigo.</p>
<p><i>53.- Las otras personas son más agradables que yo.</i></p> <p>El 72.5% respondió que SI son más agradables las demás personas.</p> <p>El 27.5% respondió que NO son más agradables las demás personas.</p>	<p><i>53.- Las otras personas son más agradables que yo.</i></p> <p>El 72.5% respondió que SI son más agradables las demás personas.</p> <p>El 27.5% respondió que NO son más agradables las demás personas.</p>

Anexo 3. Preguntas correspondientes a la sub escala del hogar del test de Coopersmith.

Test	Re test
<p>5.- <i>Mi familia y yo nos divertimos mucho juntos.</i></p> <p>El 72.5% respondió que SI se divertían con su familia.</p> <p>El 27.5% respondió NO se divertían con su familia.</p>	<p>5.- <i>Mi familia y yo nos divertimos mucho juntos.</i></p> <p>El 67.5% respondió que SI se divertían con su familia.</p> <p>El 32.5% respondió NO se divertían con su familia.</p>
<p>12.- <i>Me incomodo en casa fácilmente.</i></p> <p>El 20% respondió que SI se incomoda fácilmente en casa.</p> <p>El 80% respondió que NO se incomoda con facilidad en casa.</p>	<p>12.- <i>Me incomodo en casa fácilmente.</i></p> <p>El 15% respondió que SI se incomoda fácilmente en casa.</p> <p>El 85% respondió que NO se incomoda con facilidad en casa.</p>
<p>19.- <i>Usualmente en mi familia consideran mis sentimientos.</i></p> <p>El 87.5% respondió que SI consideran sus sentimientos sus familiares.</p> <p>El 12.5% respondió que NO toman en cuenta sus sentimientos su familiares.</p>	<p>19.- <i>Usualmente en mi familia consideran mis sentimientos.</i></p> <p>El 92.5% respondió que SI consideran sus sentimientos sus familiares.</p> <p>El 7.5% respondió que NO toman en cuenta sus sentimientos su familiares.</p>
<p>26.- <i>Mi familia espera demasiado de mí.</i></p> <p>El 62.5% respondió que SI su familia espera más de ellos.</p> <p>El 37.5% respondió que NO que su familia ya no espera más de ellos</p>	<p>26.- <i>Mi familia espera demasiado de mí.</i></p> <p>El 67.5% respondió que SI su familia espera más de ellos.</p> <p>El 32.5% respondió que NO que su familia ya no espera más de ellos</p>
<p>33.- <i>Nadie me presta mucha atención en casa.</i></p> <p>El 70% respondió que SI les prestan atención en sus hogares.</p> <p>El 30% respondió que NO les prestan atención en sus hogares.</p>	<p>33.- <i>Nadie me presta mucha atención en casa.</i></p> <p>El 72.5% respondió que SI les prestan atención en sus hogares.</p> <p>El 27.5% respondió que NO les prestan atención en sus hogares.</p>

<p>41.- <i>Nunca soy tímido(a).</i></p> <p>El 82.5% respondió que SI son tímidos.</p> <p>El 17.5% respondió que NO son tímidos.</p>	<p>41.- <i>Nunca soy tímido(a).</i></p> <p>El 82.5% respondió que SI son tímidos.</p> <p>El 17.5% respondió que NO son tímidos.</p>
<p>47.- <i>Mi Familia me entiende.</i></p> <p>El 85% respondió que SI los entiende su familia.</p> <p>El 15% respondió que NO los entiende su familia.</p>	<p>47.- <i>Mi Familia me entiende.</i></p> <p>El 90% respondió que SI los entiende su familia.</p> <p>El 10% respondió que NO los entiende su familia.</p>
<p>54.- <i>Usualmente siento que mi Familia espera más de mí.</i></p> <p>El 65% respondió que SI esperan más mi familia de mí.</p> <p>El 35% respondió que NO esperan más mi familia de mí.</p>	<p>54.- <i>Usualmente siento que mi Familia espera más de mí.</i></p> <p>El 65% respondió que SI esperan más mi familia de mí.</p> <p>El 35% respondió que NO esperan más mi familia de mí.</p>

Anexo 4. Preguntas correspondientes a la sub escala de trabajo del test de Coopersmith.

Test	Re test
<p>7.- <i>Me da pena o vergüenza mostrar a otros mi trabajo.</i></p> <p>El 30% respondió que SI le da pena mostrar su trabajo a los demás.</p> <p>El 70% respondió que NO le da pena mostrar su trabajo a los demás.</p>	<p>7.- <i>Me da pena o vergüenza mostrar a otros mi trabajo.</i></p> <p>El 22.5% respondió que SI le da pena mostrar su trabajo a los demás.</p> <p>El 77.5% respondió que NO le da pena mostrar su trabajo a los demás.</p>
<p>14.- <i>Me siento orgulloso(a) de mi quehacer</i></p>	<p>14.- <i>Me siento orgulloso(a) de mi quehacer</i></p>

<p><i>diario.</i></p> <p>El 97.5% respondió que SI se sienten orgullosos de su quehacer diario.</p> <p>El 2.5% respondió que NO se sienten orgullosos de su quehacer diario.</p>	<p><i>diario.</i></p> <p>El 97.5% respondió que SI se sienten orgullosos de su quehacer diario.</p> <p>El 2.5% respondió que NO se sienten orgullosos de su quehacer diario.</p>
<p><i>21.- Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.</i></p> <p>El 100% respondió que SI hace el mejor trabajo que puede.</p>	<p><i>21.- Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.</i></p> <p>El 100% respondió que SI hace el mejor trabajo que puede.</p>
<p><i>28.- Me gusta cuando mi jefe me pide algo.</i></p> <p>El 60% respondió que SI les gusta cuando su jefe les pide algo.</p> <p>El 40% de las personas contestaron que NO les gusta cuando su jefe les pide algo.</p>	<p><i>28.- Me gusta cuando mi jefe me pide algo.</i></p> <p>El 67.5% respondió que SI les gusta cuando su jefe les pide algo.</p> <p>El 32.5% de las personas contestaron que NO les gusta cuando su jefe les pide algo.</p>
<p><i>35.- No estoy progresando en mi trabajo o en mis labores habituales como me gustaría.</i></p> <p>El 32.5% respondió que SI está progresando en su trabajo o labores como les gustaría.</p> <p>El 67.5% respondió que NO está progresando en su trabajo o labores como les gustaría.</p>	<p><i>35.- No estoy progresando en mi trabajo o en mis labores habituales como me gustaría.</i></p> <p>El 42.5% respondió que SI está progresando en su trabajo o labores como les gustaría.</p> <p>El 57.5% respondió que NO está progresando en su trabajo o labores como les gustaría.</p>
<p><i>42.- Frecuentemente me incomoda el trabajo.</i></p> <p>El 7.5% respondió que SI les incomoda el trabajo.</p> <p>El 92.5% respondió que NO les incomoda el trabajo.</p>	<p><i>42.- Frecuentemente me incomoda el trabajo.</i></p> <p>El 2.5% respondió que SI les incomoda el trabajo.</p> <p>El 97.5% respondió que NO les incomoda el trabajo.</p>

<p>49.- <i>Mi jefe me hace sentir que no soy gran cosa.</i></p> <p>El 15% respondió que SI no los hace sentir gran cosa su jefe.</p> <p>El 85% de las personas respondió que NO, si los hace sentir gran cosa su jefe.</p>	<p>49.- <i>Mi jefe me hace sentir que no soy gran cosa.</i></p> <p>El 7.5% respondió que SI no los hace sentir gran cosa su jefe.</p> <p>El 92.5% de las personas respondió que NO, si los hace sentir gran cosa su jefe.</p>
<p>56.- <i>Frecuentemente me siento desilusionado(a) en el trabajo, o con los quehaceres diarios.</i></p> <p>El 12.5% respondió que SI se sienten desilusionados o en su trabajo.</p> <p>El 87.5% respondió que NO se sienten desilusionados o en su trabajo</p>	<p>56.- <i>Frecuentemente me siento desilusionado(a) en el trabajo, o con los quehaceres diarios.</i></p> <p>El 12.5% respondió que SI se sienten desilusionados o en su trabajo.</p> <p>El 87.5% respondió que NO se sienten desilusionados o en su trabajo</p>

Anexo 5. Preguntas correspondientes a la sub escala de mentira del test de Coopersmith.

Pregunta	
<p>6.- <i>Nunca me preocupo por nada.</i></p> <p>El 92.5% respondió que SI se preocupa.</p> <p>El 7.5% respondió que NO se preocupan por nada.</p>	<p>6.- <i>Nunca me preocupo por nada.</i></p> <p>El 97.5% respondió que SI se preocupa.</p> <p>El 2.5% respondió que NO se preocupan por nada.</p>
<p>13.- <i>Siempre hago lo correcto.</i></p> <p>El 62.5% respondió que SI hace siempre lo correcto.</p> <p>el 37.5% contesto que NO hace lo correcto</p>	<p>13.- <i>Siempre hago lo correcto.</i></p> <p>El 70% respondió que SI hace siempre lo correcto.</p> <p>el 30% contesto que NO hace lo correcto</p>

siempre	siempre
<p>20.- <i>Nunca estoy triste.</i></p> <p>El 80% respondió que SI se sienten tristes.</p> <p>El 20% respondió que NO se sienten tristes.</p>	<p>20.- <i>Nunca estoy triste.</i></p> <p>El 87.5% respondió que SI se sienten tristes.</p> <p>El 12.5% respondió que NO se sienten tristes.</p>
<p>27.- <i>Me gustan todas las personas que conozco.</i></p> <p>El 50% de ellas respondieron que SI le gustan todas las personas que conoce.</p> <p>El 50% respondió que NO le gustan todas las personas que conoce.</p>	<p>27.- <i>Me gustan todas las personas que conozco.</i></p> <p>El 42.5% de ellas respondieron que SI le gustan todas las personas que conoce.</p> <p>El 57.5% respondió que NO le gustan todas las personas que conoce.</p>
<p>34.- <i>Nunca me regañan.</i></p> <p>El 67.5% respondió que SI nunca son regañados.</p> <p>El 32.5% respondió que NO nunca son regañados.</p>	<p>34.- <i>Nunca me regañan.</i></p> <p>El 75% respondió que SI nunca son regañados.</p> <p>El 25% respondió que NO nunca son regañados.</p>
<p>41.- <i>Nunca soy tímido(a).</i></p> <p>El 82.5% respondió que SI son tímidos.</p> <p>El 17.5% respondió que NO son tímidos.</p>	<p>41.- <i>Nunca soy tímido(a).</i></p> <p>El 97.5% respondió que SI son tímidos.</p> <p>El 2.5% respondió que NO son tímidos.</p>
<p>48.- <i>Siempre digo la verdad.</i></p> <p>El 77.5% respondió que SI dicen la verdad.</p> <p>El 22.5% respondió que NO siempre dice la verdad.</p>	<p>48.- <i>Siempre digo la verdad.</i></p> <p>El 87.5% respondió que SI dicen la verdad.</p> <p>El 12.5% respondió que NO siempre dice la verdad.</p>

<p>55.- Siempre sé qué decir a otras personas.</p> <p>El 85% respondió que SI sabe que decir a otras personas.</p> <p>El 15% respondió que NO sabe que decir a otras personas.</p>	<p>55.- Siempre sé qué decir a otras personas.</p> <p>El 95% respondió que SI sabe que decir a otras personas.</p> <p>El 5% respondió que NO sabe que decir a otras personas.</p>
--	---

Anexo 6. Preguntas correspondientes al test de Zung.

Test	Re test
<p>2.- Por la mañana es cuando me siento mejor.</p> <p>El 90% respondió que SI se sienten bien por la mañana.</p> <p>El 10% respondió que NO se sienten bien por la mañana.</p>	<p>2.- Por la mañana es cuando me siento mejor.</p> <p>El 87.5% respondió que SI se sienten bien por la mañana.</p> <p>El 12.5% respondió que NO se sienten bien por la mañana.</p>
<p>4.- Tengo problemas para dormir por la noche.</p> <p>El 32.5% respondió que SI NO tenían problemas para dormir.</p> <p>El 67.5% respondió que NO tenían problemas para dormir.</p>	<p>4.- Tengo problemas para dormir por la noche.</p> <p>El 27.5% respondió que SI NO tenían problemas para dormir.</p> <p>El 72.5% respondió que NO tenían problemas para dormir.</p>
<p>5.- Como la misma cantidad de siempre.</p> <p>El 32.5% respondió que SI es la misma cantidad de falta de sueño.</p> <p>El 67.5% respondió que NO es con la misma cantidad.</p>	<p>5.- Como la misma cantidad de siempre.</p> <p>El 12.5% respondió que SI es la misma cantidad de falta de sueño.</p> <p>El 87.5% respondió que NO es con la misma cantidad</p>
<p>7.- He notado que estoy perdiendo peso.</p> <p>El 47.5% respondió que SI han notado pérdida de peso.</p>	<p>7.- He notado que estoy perdiendo peso.</p> <p>El 57.5% respondió que SI han notado pérdida de peso.</p>

<p>El 52.5% respondió que NO han notado pérdida de peso</p>	<p>El 42.5% respondió que NO han notado pérdida de peso</p>
<p><i>8.- Tengo problemas de estreñimiento.</i></p> <p>El 12.5% respondió que SI tiene problemas de estreñimiento.</p> <p>El 87.5% respondió que NO tiene problemas de estreñimiento.</p>	<p><i>8.- Tengo problemas de estreñimiento.</i></p> <p>El 30% respondió que SI tiene problemas de estreñimiento.</p> <p>El 70% respondió que NO tiene problemas de estreñimiento.</p>
<p><i>9.- Mi corazón late más rápido de lo normal.</i></p> <p>El 2.5% respondió que SI late más rápido su corazón.</p> <p>El 97.5% respondió que NO late más rápido su corazón.</p>	<p><i>9.- Mi corazón late más rápido de lo normal.</i></p> <p>El 2.5% respondió que SI late más rápido su corazón.</p> <p>El 97.5% respondió que NO late más rápido su corazón.</p>
<p><i>10.- Me canso sin razón alguna.</i></p> <p>El 37.5% respondió que SI se cansan sin razón alguna.</p> <p>El 62.5% respondió que NO se cansan sin razón alguna.</p>	<p><i>10.- Me canso sin razón alguna.</i></p> <p>El 37.5% respondió que SI se cansan sin razón alguna.</p> <p>El 62.5% respondió que NO se cansan sin razón alguna.</p>
<p><i>13.- Me siento agitado y no puedo estar quieto.</i></p> <p>El 42.5% respondió que SI se sentía agitado.</p> <p>El 57.5% respondió que NO se sentía agitado.</p>	<p><i>13.- Me siento agitado y no puedo estar quieto.</i></p> <p>El 35% respondió que SI se sentía agitado.</p> <p>El 65% respondió que NO se sentía agitado.</p>