



**UNAM**

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**SITUACIÓN DEL ANCIANO DE XALAPA,  
VERACRUZ: UNA APROXIMACIÓN DESDE  
LOS ÁMBITOS DE SALUD, SOCIAL, FAMILIAR  
Y EDUCATIVO.**

**T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A:  
VANIA ROCÍO MENDOZA CASTILLO**

**DIRECTORA DE TESIS: DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL**

**MÉXICO, D.F.**

**2005**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A mi directora de tesis, la Dra. Ana Luisa González-Celis porque me encantó trabajar con usted y porque sin saberlo fue un instrumento de Dios para mí. Le agradezco infinitamente todo su apoyo, su entrega, su ánimo, su distracción, su amor por la Psicología, por sus alumnos, por su familia y por la vida.

A mis sinodales:

Dr. Ariel Vite Sierra

Dr. Edgardo Ruíz Carrillo

Mtra. Fayne Esquivel Ancona

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Gracias porque con su revisión, comentarios y sugerencias contribuyeron a terminar esta tesis.

A la Mtra. Dolores García Cerón porque a través de su tenacidad he conseguido alcanzar esta meta. Le agradezco el brindarme todas las facilidades para que yo realizara esta tesis, el contacto con la Universidad Veracruzana y con la hermosísima ciudad y gente de Xalapa. Gracias por asesorarme con sus ideas y ver más allá de lo que yo no podía ver y por mostrarme el valor de la mujer.

A todas las enfermeras de la Universidad Veracruzana que realizaron las investigaciones presentadas en este trabajo y a los estudiantes, enfermeras, auxiliares, familiares y ancianos que colaboraron con valiosísima información para conocer la Situación actual del Anciano.

A los profesores: Alma Dzib, Blanca Reguero, Catalina Piña, Cristina Heredia, Fernando Fierro, José Antonio Talayero, José Méndez, Juan Varela, Pablo Valderrama, Raúl Avila, Sotero Moreno, Rosa Elena Nieves, Rosa del Carmen Flores y Susana Eguía, por influir en mi formación como psicóloga.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme formarme personal y profesionalmente dentro de sus aulas y disfrutar tantas experiencias, lugares, eventos y gente en mis años universitarios.

Por todo ello, gracias.

## DEDICATORIAS

A mi **Señor Jesús**, a quien Dios le ha dado todo honor, honra y gloria. Porque por tu amor verdadero soy salva sin merecerlo y porque conocí que donde quiera que esté, tu siempre estás conmigo.

Gracias por darme el agua de vida y cada día regalarme otra oportunidad. Gracias por siempre darme no lo que yo quiero, sino lo que necesito. Gracias por enseñarme que debo depender únicamente de Ti, que debo amarte más que a padre, madre, esposo, novio o amigos. Gracias por fijarte en mí y ser tan bueno conmigo. Gracias porque me enseñaste a perdonar. Permíteme serte agradable en los años que me resten de vida.

Te amo Dios y estoy muy contenta de estar viva hoy.

A **Emilio e Isabel**, mis papás, porque hasta que estuve lejos comprendí lo mucho que los amo y como que de repente los ví con otros ojos.

Gracias por darme la vida y por quererme a pesar de todo.

Mamá, eres una joya preciosa en las manos de Dios y siempre has sido pieza clave en mi vida.

Papá, gracias por estar conmigo y apoyarme cuando elegí estudiar Psicología, gracias por apoyarme siempre en todas las decisiones que he tomado.

A **Mariana y Poli** por ser como son, tan diferentes entre sí, a las dos las amo.

Mariana, gracias por mantenerte siempre a mi lado, porque sé que puedo contar contigo para todo. Que podamos seguir trabajando mucho más tiempo juntas.

Poli, gracias por tu cariño, tu buen humor, tu generosidad y toda esa energía; recuerda que tu belleza no sólo es por fuera.

A las dos gracias por regalarme demasiadas carcajadas.

A mi **Abuela**, por ser un magnífico ejemplo de lo que es llegar a la vejez con éxito.

A **Susy**, por ser una tía tan linda. De verdad gracias por todo.

A **Loly, don Luis, Mike, doña Lucy, Jeni, Francis y George**. Muchísimas gracias por recibirme como alguien más de su familia y brindarme la posibilidad de hacer la tesis y contribuir así a una inolvidable experiencia de vida.

A **Chonita y don Beto**, por disfrutar de ustedes, por enseñarme a pensar en mi propia vejez y saber que lo que más requieren es una atención con amor. Y a **doña Geo**, porque aprendí que cada viejo es distinto y en usted fue cierta la teoría de la desvinculación. Gracias por tan buenos momentos.

A mis mejores amigas: **Cynthia, Miriam, Vero y Belem**. Gracias por compartir mis mejores y peores momentos, por aprender junto con ustedes, por darme muchas alegrías y buenas noticias. Por enseñarme que la mujer es fragilidad y fuerza. Las quiero mucho.

A mis amigos que siempre le han inyectado vida a la mía:

**Beto**, por enseñarme a reconocer mis emociones y dejar una profunda huella en mi vida.  
**Danielito**, por buscarme y ser tan buen amigo.  
**Esteban**, por ser en su tiempo mi mejor amigo y porque me aceptas tal cual soy (aunque a veces no sea tan agradable).  
**George**, por hacerme sonreír tantas veces y sorprenderme a cada instante.  
**Heber**, por continuar nuestra amistad a pesar de la distancia. Lo logré...por fin.  
**Jorsh**, por no abandonarme y ser insistente con la tesis y porque platico tan a gusto contigo.  
**Lale**, porque contigo me puedo abrir y a pesar de nuestras diferencias nos queremos.  
**Lomé**, por ser el hermano que nunca tuve.  
**Markoz**, por hacerme reconocer mis errores y con ello tratar de mejorar.  
**Pepe**, por enseñarme a vivir un día a la vez y porque sin ti, no hubiera conocido gente tan maravillosa. Sé que disfrutas cada día viéndole Cara a Cara.  
Y a **Sammy**, "el amigui", por simplemente alegrarme el día.

A los psicólogos: **Clau, Fer, Juan, Liliana, Liz, Lucía, Marce, Miguelito, Raquel, Rosa Ornelas, Rosita, Vania, Yarabid y Yunuén** porque además de ser excelentes colegas, son mis amigos.

A las queridas personas de mi pasado escolar y laboral: **Alis, Andrés, Bety, Edge, Fer Arias, Hanzel, Julio, Luis Belmont, Luis Raziel, Martín, Samm, Silverio, Adriana, Anayancy, Andrea, Karla, Letty y las niñas, Magali, Maritza, Nancy, Rocío, Ross, Tere**, Gracias por conocerlos y dejarme disfrutarlos.

A mis **Amigos Néizer**: **Ab, Adaí, Aline, Aideé, Astrid, Betsa, Carlos&María Luisa Gómez, Citlalli, Daniel, Didier, Eben, Edwin, Ezri, Félix, Gina, Isaac, Israel, Jeri, Juan, Julito, Justine, Jonatan (Chipo), José, Lemuel, Margarita, Mau, Maya, Miriam, Moi, Oli, Omar, Paco, Robert, Samantha, Samuel, Sandra, Sarai, Tania, Yeshua, Zoar&Luis**. Mi agradecimiento especial para **Abraham**. Que hagamos realidad el proyecto **SER** y no se nos olvide para **Quien** trabajamos.

A mis hermanos y amigos de **Berith**: **Andrés, Añita, Cheli, Eliú, Enrique, Gloria, Margarita, Montes, Adela&Sergio López, Adrián&Martha León, Arturo&Lucy Almanza, Caballero's, Francis Nyenhuis, los Gallo, Gustavo&Évita, Julián&Mary Vázquez, Marco&Diana Escalante, Pablo&Giss Sánchez, Paco Alonso, Ruth&Moi Flores, Saúl& Mayela Rodríguez, Sergio&Martha Carrillo**; de todo el grupo de **Amor en Acción**; de **Betania**: **Christian y Francisco Covarrubias&familia**; de **Cuba**: **Kenia, Lázaro, pastores Lee, Pablo, Yalexis**; de **La Paloma**: **Almita Maldonado, Carmen, Diana y Mirna**; a los **Shalomit**s: **Abel, Abi, El Cuau, Hada, Isaac, Marco Tulio, Neto, Oli-Jua, Oli&Pata, Pachis, Rosa, los Sánchez, Sergio, Susy, Quevedo's, y de OM**: **Alfredo, Amós, Angie, Cheo, Cheque, Daniel Castro, David, Fer Razo, Hazael, José Luis Pérez, Loyo, Lucy, Mitchell Ho, Noemí, Rebeca, Tania, los Torres y Saúl Ordaz**.

A mis amigos del **Messenger**: Simplemente el hecho de saber que están del otro lado de la máquina, para mi es más que suficiente pues disfruto el saber que están allí... la compañía es tan valiosa que aun cuando sea a pesar y a través de la distancia pude sentirme segura con ella.

A todos ustedes mis queridos amigos: Que la vejez no les tome por sorpresa.

Con todo cariño, **Vania**.

## La vejez dura mucho tiempo.

**12 de octubre de 2004**

Me pongo a pensar cuando mis padres sean viejos... cuando empiecen a empequeñecer y su piel sea aún más frágil. Cuando tenga que darles de comer en la boca y quizás cambiarles los pañales. Me imagino a mi papá viendo la televisión y a mi mamá platicando con sus nietos. Claro que ellos, al igual que yo, nunca han planeado su vejez y es hasta hoy que pienso en esto...

**17 de noviembre**

Estoy mirando al viejo desde diferentes ángulos:  
Creo que antes no le conocía  
Y aún hoy desconozco mucho  
Pero lo que sí he aprendido  
Es a tomar conciencia de que (si Dios lo permite)  
también llegaré a ocupar su lugar  
y entonces quiero saber que tengo permiso  
¡Sí! permiso de mí misma y de los otros  
De expresar cómo me siento sin que pese sobre mí el deber ser.  
De expresar qué estoy pensando, de seguir siendo sincera.  
Creer que puedo seguir aprendiendo y que aun falta más.  
Y si no puedo seguir con mi modelo de abuela y tengo que depender de los demás,  
Entonces Señor te ruego que me des paciencia,  
Y que pueda seguir amando la vida.  
Atte. La vieja que seré.

**23 de noviembre**

¿Que pasará cuando te mire dentro de unos años?  
¿Cuándo te encuentre y te note calvo, más panzón, y con algunas canas?  
¿Que pasará (peor aún) cuando tú me veas a mí?  
¿Cuando notes que ya no puedo disimular mis lonjas con una faja o que me visto "como señora"?  
¿Que pensaré de ti y que pensarás de mí?  
¿Que pensará cada uno del cuerpo de nosotros mismos?  
¿Y seguiré queriéndote?  
¿Podré notar que no tan sólo has cambiado en el exterior sino que en tu interior ya se ha dado una transformación de ese niño que conocí?  
¿Seguirás con tus locuras?  
¿Habrás cambiado tus ideales?  
¿Habrás realizado todos tus planes?  
¿Cómo será tu carácter?  
¿Seguirás investigando a las personas?  
¿Todavía serás amable?  
¡Y quien sabe todo lo que te habrá ocurrido!  
¿Qué nuevas experiencias habrás vivido?  
y de las cuáles habrás aprendido a ser el viejo que serás...  
¿Cómo recordaremos el pasado que nos unió?

|   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| <b>ÍNDICE</b>   |             |
| <b>ÍNDICE DE TABLAS</b>   |             |
| <b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>  |             |
| <b>RESUMEN</b>  |             |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>   | <b>1</b>    |
| <br>  |             |
| <b>CAPÍTULO 1. EL ANCIANO, LA VEJEZ Y EL ENVEJECIMIENTO</b>   | <b>7</b>    |
| 1.1. LA SENECTUD  | <b>7</b>    |
| 1.2. LA VEJEZ   | <b>8</b>    |
| 1.2.1. Concepto etimológico de vejez  | <b>9</b>    |
| 1.2.2. Desarrollo de la vejez   | <b>9</b>    |
| 1.2.3. Clasificaciones de la vejez  | <b>9</b>    |
| 1.3. EL ENVEJECIMIENTO  | <b>11</b>   |
| 1.3.1. Concepto de envejecimiento   | <b>11</b>   |
| 1.3.2. El proceso de envejecimiento   | <b>12</b>   |
| 1.4. EL ANCIANO   | <b>16</b>   |
| 1.5. CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL ANCIANO  | <b>17</b>   |
| CONCLUSIONES CAPITULO UNO.  | <b>19</b>   |
| <br>  |             |
| <b>CAPÍTULO 2 EL ANCIANO DE HOY</b>   | <b>21</b>   |
| 2.1. CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DE LA TERCERA EDAD   | <b>21</b>   |
| 2.1.1. Características biológicas del viejo   | <b>22</b>   |
| 2.1.2. Características psicológicas del viejo   | <b>27</b>   |
| 2.1.2.1 Cambios psicológicos  | <b>27</b>   |
| 2.1.2.2 Cambios psicofisiológicos   | <b>30</b>   |
| 2.1.3. Características sociales del viejo   | <b>31</b>   |
| 2.2. RETRATO DEL ANCIANO ACTUAL   | <b>32</b>   |
| 2.2.1. El tiempo de antes   | <b>33</b>   |
| 2.2.2. El tiempo de hoy   | <b>33</b>   |
| 2.2.3. Como vive su vejez hoy   | <b>34</b>   |
| 2.2.4. ¿Cómo darse cuenta de que uno ya es viejo?   | <b>35</b>   |
| 2.2.5. El reto: hacia el futuro   | <b>36</b>   |
| RECAPITULACIÓN  | <b>38</b>   |
| <br>  |             |
| <b>CAPÍTULO 3 ANÁLISIS DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE ANCIANOS EN LA CD. DE XALAPA, VER. DESDE LOS ASPECTOS DE SALUD, FAMILIAR, SOCIAL Y EDUCATIVO.</b> | <b>39</b>   |
| 3.1. CATEGORÍA SOCIAL   | <b>43</b>   |
| 3.1.1. Representación social del anciano y del envejecimiento   | <b>43</b>   |
| 3.1.1.1. Descripción de los trabajos de investigación   | <b>45</b>   |
| 3.1.1.2. Análisis de los trabajos de investigación  | <b>46</b>   |
| 3.2. CATEGORÍA FAMILIAR   | <b>55</b>   |
| 3.2.1. La familia y el anciano  | <b>55</b>   |
| 3.2.1.1. Descripción de los trabajos de investigación   | <b>57</b>   |

|  |            |
|--|------------|
| 3.2.1.2. Análisis de los trabajos de investigación                                   | <b>58</b>  |
| <b>3.3. CATEGORÍA SALUD</b>  | <b>76</b>  |
| 3.3.1. Síndrome de Inmovilidad   | <b>76</b>  |
| 3.3.1.1. Descripción de los trabajos de investigación                                | <b>78</b>  |
| 3.3.1.2. Análisis de los trabajos de investigación                                   | <b>79</b>  |
| 3.3.2. Teoría de Virginia Henderson  | <b>85</b>  |
| 3.3.2.1. Descripción de los trabajos de investigación                                | <b>87</b>  |
| 3.3.2.2. Análisis de los trabajos de investigación                                   | <b>87</b>  |
| 3.3.3. Calidad de vida y satisfacción del anciano                                    | <b>91</b>  |
| <b>3.4. CATEGORÍA EDUCATIVA</b>  | <b>99</b>  |
| 3.4.1. Currículo de la Facultad de Enfermería de la UV                               | <b>99</b>  |
| 3.4.1.1. Descripción de los trabajos de investigación                                | <b>102</b> |
| 3.4.1.2. Análisis de los trabajos de investigación                                   | <b>103</b> |
| 3.4.2. Otras investigaciones de la categoría educativa                               | <b>109</b> |
| <br>   |            |
| <b>CAPÍTULO 4 INTEGRACIÓN Y SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN DEL ANCIANO DE XALAPA, VER.</b> | <b>115</b> |
| 4.1. Desde lo Social   | <b>115</b> |
| 4.2. Desde lo Familiar   | <b>117</b> |
| 4.3. Desde la Salud  | <b>119</b> |
| 4.4. Desde lo Educativo  | <b>122</b> |
| <br>   |            |
| <b>CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</b>  | <b>125</b> |
| <br>   |            |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b>  | <b>131</b> |
| <br>   |            |
| <b>APÉNDICES</b>   | <b>141</b> |
| <b>A. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO</b>   | <b>143</b> |
| 1. TEORÍAS BIOLÓGICAS  | <b>144</b> |
| 1.1. Teorías del envejecimiento basadas en fenómenos finalistas                      | <b>144</b> |
| 1.2. Teorías del envejecimiento basadas en fenómenos aleatorios                      | <b>146</b> |
| 2. TEORIAS PSICOSOCIALES   | <b>148</b> |
| 2.1. Modelos de déficit del envejecimiento   | <b>149</b> |
| 2.2. Modelos cualitativos de transcurso  | <b>150</b> |
| 2.3. Teorías del envejecimiento con éxito  | <b>151</b> |
| 2.4. Teorías del crecimiento   | <b>156</b> |
| 2.5. Teorías cognitivas  | <b>157</b> |
| 2.6. Otras teorías sociológicas  | <b>157</b> |
| 2.7. Modelos interaccionistas  | <b>160</b> |
| <b>B. MATRIZ DE DATOS</b>  | <b>163</b> |



## INTRODUCCIÓN

Envejecer es un proceso continuo, natural e irremediable, que afecta a todos los seres vivos; sin embargo, no todas las especies llegan a la etapa de vejez, pueden morir en el transcurso de su vida. Este proceso complejo de cambios biológicos, psicológicos y sociales no tiene que ser visto solamente como un declinar en estas áreas, sino que puede considerarse junto con un despliegue positivo de funciones (González-Celis, 2004a).

Aunque el ser humano, según Hayflick (1999), esté destinado para envejecer, puede hacerlo en tres diferentes formas de vejez: la normal, la patológica y la de éxito (Fernández-Ballesteros, 2000). Se entiende por vejez normal, aquella que cursa sin enfermedades; por el contrario, la vejez patológica es aquella que está asociada con múltiples de ellas, frecuentemente crónicas. *La vejez saludable, competente, satisfactoria o con éxito* es el tipo de vejez definido como: “baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada junto a un alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional y compromiso activo con la vida” (Rowe y Kahn, 1997, pp.433).

El envejecimiento con éxito fue descrito por Havighurst en 1963 como *un estado interno de contento y de felicidad*. En este contexto, la satisfacción o contento de vivir se considera como indicador de que se ha conseguido una adaptación al proceso de envejecimiento. Para este autor, la satisfacción y el gozo de vivir, representan el mejor indicador de la acomodación existente entre las propias necesidades y expectativas, por un lado, y la situación social y biográfica, por el otro lado, y con ellos el mejor indicador de un envejecimiento con éxito.

Baltes y Baltes (1993) no consideran suficiente la medida del contento y satisfacción de la vida como indicador de un envejecimiento con éxito. Este criterio subjetivo debe completarse con tres objetivos, porque las medidas subjetivas suelen ser engañosas. Para ello proponen el modelo SOC: selección, optimización y compensación, que se refiere a compensar los déficits del envejecer, adquiriendo y utilizando nuevas estrategias optimizando los recursos funcionales que aun tiene el anciano, para concentrarse en dominar la actividad seleccionada y que es prioritaria para satisfacer las demandas ambientales, las motivaciones, habilidades y capacidades biológicas individuales, con lo que las expectativas se adaptan para permitir la experiencia subjetiva de satisfacción y control personal.

Estando en un mundo que envejece constantemente, situación favorecida tanto por el aumento de la longevidad como por la reducción de la tasa de natalidad (Lira,

1997), la tendencia a un aumento del porcentaje de población de más de 65 años es una tendencia universal, aunque aparece mucho más claramente en las naciones industrializadas que en los países en desarrollo (Lehr y Thomae, 2003).

El porcentaje de personas de edad avanzada en la población mundial asciende, según las estimaciones de las Naciones Unidas, a un 5.7% lo que equivale aproximadamente a 260 millones de personas de edad avanzada. Según un informe publicado en 1987 por la OMS, la población total en los países en desarrollo se incrementaría probablemente, entre los años 1980 y 2020 en un 95%, y en cambio el número de personas en edad avanzada se incrementará en un 240% (Morginstin, 1989 cit. en Lehr y Thomae, 2003).

En la población mundial hay diferencias en cuanto al incremento de la esperanza de vida: Japón tiene el promedio más alto (76.6 años para los hombres y 83 para las mujeres) seguido por Suecia y Suiza. En cambio, en algunos países de Asia como Nepal, Blangadesh e India, el promedio sigue siendo actualmente inferior a los 60 años.

En el caso de México, según lo indicado en el Programa Nacional de Salud (2001-2006), la esperanza de vida es superior a los 75 años; el grupo mayor de 60 años crecerá más rápidamente, con predominio del sexo femenino; y, como no existe un modelo unificado en la atención de envejecimiento, funcionan de manera heterogénea las diversas disciplinas que atienden al adulto mayor.

Según lo reportado por Cruz en 1998, en México el incremento constante en todos los grupos de edad, repercutió en la población senescente y su magnitud aumentó de 1950 a 1980 en 178%; para el año 2000, el autor aseguró que el incremento sería del 412%.

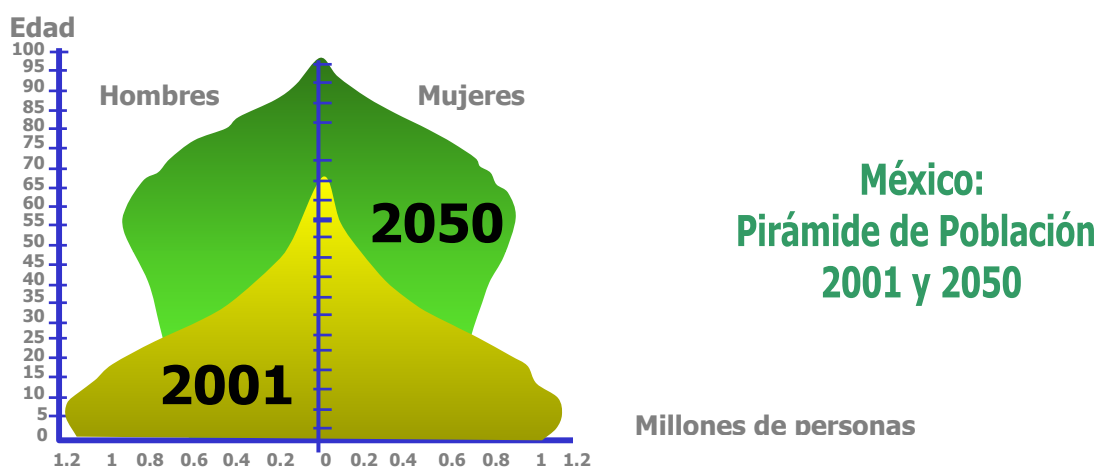
Esta afirmación se confirmó tal y como lo demuestran los resultados del INEGI (2000<sup>1</sup>): En 1950 el 5.49% de la población mexicana eran ancianos (1, 429, 685 de personas) y esta cifra aumentó a 7.12% (o 6, 948, 457 de personas) en el 2000. Así que retrospectivamente, la población anciana ha tenido apenas un incremento porcentual de 1.63, pero en números la cifra se extiende hasta más de 5.5 millones de personas. Por lo que especulativamente, en el 2050 la población de más de 60 años podría rebasar los 12.5 millones de personas.

---

<sup>1</sup> Para más datos en este período puede consultarse la página electrónica del INEGI en la sección **Población por grupos quinquenales de edad según sexo, 1950-2000**: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/tematicos/mediano/med.asp?t=mpob03&c=3180>

Respecto al porcentaje de ancianos de la tercera y cuarta edad, en 1950 4.87% de la población total eran ancianos de la tercera edad (entre 60 y 79 años) y 0.62% eran de la cuarta edad (de 80 años en adelante). En comparación, en el 2000 6.12% eran ancianos de la tercera edad y 1.00% eran de la cuarta edad. Lo que significa que hay casi 6 millones de personas de la tercera edad (+60/65a), y casi un millón que pertenecen a la cuarta edad (+80a).

Asimismo, la pirámide poblacional está teniendo modificaciones importantes. Por ejemplo en 2001, la base era más ancha y su grosor se iba reduciendo conforme aumentaba el número de años, pero según las estimaciones demográficas, en el 2050 la base se irá reduciendo y la población adulta predominará y la anciana tendrá también un aumento significativo, como se observa en la siguiente figura:



Fuente: Programa de Acción para la Atención del Envejecimiento 2001-2006.

El incremento en la proporción de ancianos ha acarreado la aparición de nuevas problemáticas a nivel social, educativo, económico y de salud, que consecuentemente han repercutido en las políticas y servicios hasta convertirse en un tema preferente (González-Celis, 2004b).

La inquietud de investigar sobre la **Situación del anciano de Xalapa, Veracruz** surgió porque al revisar la literatura, se encontró que el estudio de la vejez en México es escaso (en muchos otros países tienen mayor interés en el tema y los libros especializados son, en su mayoría, alemanes o españoles) y debido al incremento significativo que, como se ha mostrado, ha tenido y se prevé seguirá teniendo la población senil en nuestro país, se considera que esta tesis aborda un tema de interés general.

Como se mencionó, la situación social y biográfica es parte importante de la satisfacción de vivir, por lo que una aproximación de la situación actual del anciano,

tema central de esta tesis, es imprescindible como base para futuras intervenciones en la calidad de vida de éste.

Para identificar la situación que prevalece en la población de ancianos y su entorno en la Cd. de Xalapa, Veracruz, se analizaron 22 investigaciones realizadas por la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana (UV) en el período agosto-diciembre de 2002, 2003 y 2004, como ejemplo de cómo es abordado el estudio de la vejez por otra disciplina científica, diferente a la Psicología y porque el grupo de los adultos mayores utiliza cuatro veces más los servicios de salud que el resto de la población (González-Celis, 2004b).

Se clasificaron estos trabajos en cuatro categorías: social, familiar, salud y educativa, debido a que estos cuatro aspectos se reflejan en la totalidad de las investigaciones a través de sus objetivos particulares.

A través de la descripción, comparación y análisis de estas investigaciones se encontró cómo ocurre el proceso de envejecimiento en una zona geográfica de nuestro país, qué concepto social existe en relación al adulto mayor, qué dificultades encuentra la familia para el cuidado de su anciano, y qué déficits o aciertos hay en la práctica profesional de enfermería y en la formación de recursos humanos en relación a este cuidado. Finalmente se integraron los resultados obtenidos para concluir con una aproximación de la situación real que vive el anciano de la Cd. de Xalapa actualmente.

Así, el presente trabajo de tesis, pretende servir como una referencia sobre el estado de la construcción del conocimiento en cuanto al tipo de investigación que se está realizando en México sobre el estudio de la vejez.

Debido a que uno de los propósitos de la Psicología es contribuir con sus intervenciones al bienestar del ser humano, es importante conocer otra perspectiva puesto que, como se dijo al principio, aun no existe un modelo unificado de tratamiento para la atención integral del anciano.

El psicólogo no puede trabajar nunca aislado (o no debería) porque el ser humano es integral y requiere la atención interdisciplinaria para potenciar todas las esferas de su vida. Por ello, es importante conocer diferentes aproximaciones de abordaje de la vejez, como en el caso de esta tesis, el de las enfermeras porque con ellas y con otros profesionistas de la salud, el psicólogo trabajará conjuntamente para el bienestar del individuo anciano.

Mejorar la atención a este sector tan importante de nuestro país y sensibilizar al resto de la población sobre lo importante que es aprender a vivir bien hoy, servirá para alcanzar un buen envejecer.

Para llegar a lo antes expuesto, en el primer capítulo se definen los conceptos de anciano, vejez y envejecimiento. Como se verá, se clasifica a un individuo como "anciano" de acuerdo a la edad cronológica, al deterioro psicológico y/o de acuerdo a su estatus social; situaciones que no necesariamente se presentan al mismo tiempo y que cada una provoca cambios en la conducta del individuo. La vejez es una etapa del desarrollo al igual que lo es la adolescencia y el envejecimiento es el proceso dinámico por el cual se llega a la vejez.

En el capítulo segundo se trata de dar una panorámica de la situación actual del anciano, haciendo una comparación con lo que vivió el viejo de la generación anterior y se explican sus características biológicas, psicológicas y sociales según lo reportado en la literatura por diversos autores.

En el tercer capítulo se analizan 22 investigaciones que se realizaron en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana en el período 2002-2004 con temática central sobre ancianos de Xalapa.

En el capítulo cuarto se elabora, a manera de resumen, la situación actual que vive el anciano como integración y síntesis de los resultados obtenidos en el análisis del capítulo anterior.

Las conclusiones se centran en el trabajo interdisciplinar que la atención al anciano implica y se expone cómo puede intervenir el psicólogo en este relativamente nuevo campo de trabajo.

En el apéndice A se describen diversas teorías biológicas y psicosociales que tratan de explicar las causas del envejecimiento concluyéndose que cada anciano es distinto, por lo que cada una de estas teorías puede aplicarse a algunos individuos pero nunca habrá una que explique a plenitud el envejecimiento de todos. El apéndice B comprende la matriz de datos en la que se basó el análisis de las investigaciones expuestas en el capítulo tres.

El proceso de envejecimiento no se puede retrasar, pero si prepararse para afrontar esta otra etapa de la vida de la mejor manera posible, llegando a ella con una mejor calidad de vida y sacándole el mayor provecho a esos años.

En otras palabras, hay que vivir la propia vejez de la manera más deseable, aceptando las pérdidas que se tendrán, enfrentándose a ellas, pero sabiendo que aún se puede utilizar lo aprendido y que, como en cada etapa de la vida, será un tiempo de desarrollo personal sólo que de manera diferente.

## **CAPÍTULO 1 EL ANCIANO, LA VEJEZ Y EL ENVEJECIMIENTO**

Estos conceptos son difíciles de definir universalmente, por tanto no se pretende aquí definirlos, sino reflejar varias concepciones que se han hecho a lo largo del tiempo para que el lector cree su propia definición. En términos generales se dice que *la vejez* es una etapa del ciclo vital (tal como la niñez, o la adolescencia), *el envejecimiento* se entiende como un proceso por el cual se llega a ser *viejo*, *anciano*, *adulto mayor*, es decir, una persona con cierta edad y características de involución en algunas áreas sobre todo físicas, pero con pensamientos, sentimientos, voluntad y conducta válidos y que se han desarrollado y aprendido a lo largo de toda la vida.

El significado de la noción de envejecimiento, de vejez, de viejo, no es nunca definitivo (Rodríguez, 1994). Su construcción es una negociación de las ideas que se han ido adquiriendo a través de la experiencia individual, las ideas contenidas en el acervo cultural en el que se crece y las aportadas por las diversas ciencias<sup>1</sup>; el sentido de su significado son resultado de una recurrente y continua negociación social.

En este trabajo, no se hará distinción entre las diferentes denominaciones para hablar del individuo que envejece, así se utilizarán como sinónimos los términos: anciano, viejo, adulto mayor, persona de la tercera y de la cuarta edad.

### **1.1. LA SENECTUD**

La senectud es un período que va desde el momento en que un organismo cesa de reproducirse, hasta que muere. El ser humano padece varios inconvenientes en su organismo y va sufriendo los impactos psicológicos correspondientes. Más aún, va cayendo en la cuenta de la propia muerte (Blanck-Cereijido y Cereijido, 1997).

Gómez (1996) define la senectud o senilidad, como el período de la vida que se extiende desde los 75 años hasta el fin de la existencia. Lo que otros autores (Fernández-Ballesteros, 2000; Ham-Chande, 1996; Lehr y Thomae, 2003) denominan la 4ª edad o vejez patológica. En pocas palabras se pudiera definir como el último período de la vida del hombre.

Por su parte, Fernández-Ballesteros (2000) diferencia el término *senescencia o senectud*, del de *vejez*: mientras que la vejez implica cambios debidos al tiempo (los cuales pueden ser positivos, negativos o neutros), la senescencia es definida como

---

<sup>1</sup> Las biomédicas: geriatría, gerontología; o psicosociales: gerontología social, psicología social o psicopsicogerontología, en cuanto facetas de las ciencias que se ocupan del tema de la vejez.

la progresiva pérdida de estabilidad de los sistemas biológicos, la cual incrementa la probabilidad del fallo del sistema.

Explicado así, a continuación se hablará de vejez patológica y vejez normal respectivamente.

## **1.2. LA VEJEZ**

La vejez es la etapa final de la vida.

Si se intenta definir como estado, la vejez tiene distintos momentos posibles de inicio y varios índices que señalan ese inicio. Algunos son de carácter biológico y otros de naturaleza social como es la jubilación. Por otro lado, la vejez es difícil de acotar: no suele exhibir indicios de comienzo tan claros como los que la adolescencia muestra en el momento de la pubertad (Fierro, 1994).

La vejez es la suma de la senectud biológica y de las consecuencias psíquicas del percatarse de que la muerte se va acercando. Se da de maneras diferentes en los distintos sujetos y está ligada a la forma en que se había encarado previamente la vida, el trabajo, las relaciones emocionales y los intereses. El adulto que envejece se ve forzado a encarar la incertidumbre profesional y social, la variabilidad o desaparición de los afectos y la fragilidad de las relaciones con sus semejantes.

En la vejez disminuye significativamente la capacidad física, se pierde el trabajo, la posición económica, mueren amigos y familiares, pérdidas que se viven con gran dramatismo; el tiempo subjetivo se acorta sensiblemente, sobre todo en los períodos largos como estaciones o años, hay conciencia de una mayor cercanía de la muerte. No sólo se *es* viejo, sino que además se *siente* viejo, lo *tratan* como a un viejo y ve que sus coetáneos mueren porque *son* viejos. En el caso de los ancianos de una clase social privilegiada, se refuerzan también las funciones del poder social, el prestigio y la autoridad. Y por supuesto, es entendible el desapego del anciano que se siente como quien ya no tiene su lugar en el universo, que se va vaciando de lo que le es familiar y que es progresivamente dominado por cambios tecnológicos muy veloces que lo excluyen (Blanck-Cereijido y Cereijido, 1997).

En el sentido estricto envejecer significa convertirse en una persona con más edad. La vejez, como proceso biológico irreversible, se caracteriza por la manifestación de cambios en la capacidad física y psíquica, las cuales son el resultado de la acción ejercida por factores internos y externos, mismos que aceleran o retrasan su aparición, según sea el grado de influencia en el individuo. El concepto de vejez está parcialmente determinado, por factores biológicos, físicos y psicológicos; es el desarrollo de elementos internos y externos. Entre éstos destaca la forma en que la



sociedad entiende y asimila el concepto de vejez, es decir, lo que algunos autores califican como la construcción social de la vejez, que se refiere a la forma en que se le categoriza socialmente.

En nuestra sociedad el concepto de vejez, responde más a un juicio social que a uno biológico, visualizado a través de un criterio despreciativo. La Comisión Nacional de Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo (2002) considera la vejez como un destino social; sin descuidar los aspectos biológicos del envejecimiento, opina que las características de la sociedad son las que condicionan tanto el promedio de vida de sus habitantes, como la calidad de ésta durante la vejez. En sociedades como la nuestra, en algunos sectores existe la idea de que la vejez es una etapa caracterizada por la decadencia física y mental, la cual proyecta sobre los viejos una imagen de discapacidad, de estorbo, de inutilidad social, de personas con un conocimiento obsoleto, rebasadas por la modernidad.

### **1.2.1. Concepto etimológico de vejez**

Etimológicamente, “vejez” –que deriva de “viejo”- procede del latín *veclus*, *vetulum*, que, a su vez, viene definido por “la persona de mucha edad”. Una asunción básica es que la vejez (en todos sus derivados) está en función del tiempo que transcurre para un determinado organismo frecuentemente medido según su edad tal como propone Fernández- Ballesteros (2000).

### **1.2.2. Desarrollo de la vejez**

A principios del siglo XX se denominaba anciano a un hombre de 50 años, hoy se le llama así a uno de 65 años y en los próximos 100 años la consideración cronológica de vejez se alterará varias veces, según la esperanza de vida siga en ascenso y los avances de las ciencias de la salud y sociales logren un envejecimiento saludable.

Centrándose en los marcadores psicológicos de la vejez, Fernández-Ballesteros, Iñiguez y Zamarrón (1999) se plantean la siguiente pregunta: La vejez, ¿lleva consigo cambios comportamentales (motores, emocionales, afectivos, cognitivos, etc.) de tal forma que se pueda diferenciar esta etapa de la vida según unos patrones propios y diferenciales?

### **1.2.3. Clasificaciones de la vejez.**

Viguera (2001) enfatiza que siempre hubo y hay distintas formas de transitar este camino del envejecer pero de forma individual y en nuestra sociedad actual se puede afirmar que hay vejeces, cada una con su sello único que le da singularidad a través de su historia personal, su experiencia propia, vivenciada también en forma única y así también en forma singular se va envejeciendo.

Por lo que se refiere a la *edad física* se establecen los siguientes postulados:

- 1) No todas las personas que envejecen cambian físicamente al mismo ritmo
  - 2) El entrenamiento y el cuidado del cuerpo pueden llevar a que las personas de más edad, estén físicamente mejor que otras más jóvenes
  - 3) Existen personas de edad que tienen mejor salud que otras más jóvenes y
  - 4) Existe una enorme variabilidad entre personas de edad en cuanto al enfermar.
- En todo caso, el concepto de *vejez deficitaria* procede claramente de la vejez física. Sin embargo, este concepto deficitario, bien establecido por lo que se refiere a la vejez física o biológica, no debería extenderse a otras concepciones de vejez como la psicológica o la social, que, como se verá más adelante, se rigen con arreglo a otros principios (Fernández- Ballesteros, 2000).

Las clasificaciones con base en la *edad cronológica* dicen muy poco respecto a la forma de envejecimiento; son mucho más atractivas aquellas que hacen referencia a cómo se envejece con lo cual, a su vez, aparece muy ligado el término de la *edad funcional* el cual se ha propuesto para definir el conjunto de indicadores que permiten predecir el envejecimiento satisfactorio (menos cambio y mayor estabilidad) situando al individuo en un punto del espacio multidimensional de funciones bio-psico-sociales.

Una clasificación funcional es: *vejez normal y vejez patológica* (tipos de vejez que son sumamente útiles a niveles descriptivos). Por vejez normal se entiende aquella que cursan sin patologías; por el contrario, la vejez patológica es aquella que está asociada con múltiples patologías, frecuentemente crónicas. Esta clasificación es excesivamente drástica, por ello, otros autores han completado la vejez normal y la vejez patológica con un tercer tipo de vejez: *la vejez saludable, competente, satisfactoria o con éxito* (Baltes & Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 1986, 1998; Rowe & Kahn, 1997). Este tipo de vejez viene definido como: *“baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada a un alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional y compromiso activo con la vida”* (Rowe & Kahn, 1997, pp. 433).

La vejez satisfactoria depende de mantener un modo de amar y crear, de guardar cierta imagen de sí mismo, de ser capaz de gozar de la existencia a pesar de los sufrimientos que ocasionan las separaciones con las cuales el sujeto se enfrenta con la ambivalencia entre el deseo de vivir y la tendencia a abandonarse y dejarse morir (Blanck-Cereijido y Cereijido, 1997).

Desde organismos internacionales y desde la gerontología, se pretende la potenciación de la vejez con éxito y la reducción de la vejez patológica. Se proyecta para el futuro que la vejez con éxito y normal esté altamente potenciada junto con la disminución de la vejez patológica a través de la prevención.

Estas formas de envejecer no son cuestión del azar: las personas a lo largo de toda su vida pueden hacer muchas cosas para lograr un envejecimiento con éxito y durante la vejez han de llevarse a cabo programas que maximicen la vejez normal, palien y atiendan a la vejez patológica y potencien la vejez con éxito (Fernández-Ballesteros, 1999).

Fernández-Ballesteros, Iñiguez y Zamarrón (1999) han tratado de clasificar la vejez según tipos: Por *tercera edad* han entendido la vejez competente, adaptada o satisfactoria e incluye a los viejos jóvenes o viejos sanos y la *cuarta edad* como vejez patológica, que incluye a los viejos viejos o viejos enfermos, sujetos funcionalmente inhábiles pertenecientes al mismo grupo cronológico.

### **1.3. EL ENVEJECIMIENTO**

Una distinción que es necesaria establecer, es entre el *proceso de envejecimiento* que ocurre a lo largo de la vida y la *vejez* como una etapa que comienza en un momento, no bien definido, del ciclo de la vida. El proceso de envejecimiento empieza cuando empieza la vida así puede decirse que el envejecimiento es vida y vivir conlleva, necesariamente, envejecimiento.

#### **1.3.1 El concepto de envejecimiento**

La Organización Panamericana de la Salud (1993) definió el término envejecer como el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

Babb (1998) lo define como el proceso secuencial acumulativo, reversible, no patológico de deterioro del organismo maduro, propio de todos los miembros de una especie, de manera que, con el tiempo se vuelve incapaz de hacer frente al estrés del entorno y por ende aumenta su posibilidad de morir. También lo define como el proceso que resulta de la interacción de los factores genéticos, influencia del medio ambiente y estilos de vida de una persona. Es la suma de todos los cambios que normalmente ocurren en un organismo con el paso del tiempo.

El proceso de envejecimiento es altamente complejo y variado, involucra cambios en las células en el tejido y en los organismos. Se cree, que dicho proceso se inicia por procesos internos tales como una programación genética y es influido por factores externos (véase APÉNDICE A). Hay otros tipos de constituyentes a este fenómeno como son los estresores del medioambiente, estilo de vida, capacidad de adaptación, existencia o falta de apoyo social y sensación de utilidad y bienestar consigo mismo (Organización Panamericana de la Salud, 1993).

Para Handler (1960) (cit. en Fierro, 1994), el envejecimiento es el deterioro de un organismo maduro, deterioro resultante de cambios ligados al tiempo, esencialmente irreversibles, e intrínsecos a todos los miembros de la especie.

El envejecimiento se refiere a los cambios regulares que ocurren en organismos maduros geriátricamente representativos y que viven bajo condiciones ambientales representativas, a medida que avanzan en edad cronológica (Birren y Renner, 1977). Sin embargo hay que recordar que la edad cronológica no parece ser la variable crucialmente determinante de los procesos de envejecimiento.

Lira (1997, pp.11) dice que el envejecimiento “*es el resultado de una continua interacción entre el organismo y los cambios biológicos, psicológicos y socioculturales, que caracterizan las épocas de la vida*”.

Según Fierro (1994) es la expresión natural del paso del tiempo en la piel, y se debe a factores genéticos, mecánicos, moleculares ya programados y a cambios hormonales. El envejecimiento fotoinducido se debe a factores externos, principalmente a la radiación ultra violeta.

Y según Pulido (2003) el envejecimiento es el período de declinación de la vida, que culmina con la muerte. Es la manifestación de acontecimientos biológicos que ocurren durante un lapso de tiempo y uno se entera de lo que es cuando lo experimenta o cuando lo ve, y aún así, el paso del tiempo, no mide el ritmo del envejecimiento.

En consecuencia, se distinguen dos usos del término envejecimiento (Vega y Bueno, 1996):

1) El *envejecimiento del individuo* hace referencia al conjunto de procesos que atraviesa cada persona según avanza su edad. En este momento histórico, destaca la duración cada vez mayor de la etapa de la vejez.

2) El *envejecimiento de la sociedad* se refiere a los cambios que tienen lugar en la estructura social como consecuencia del envejecimiento de las personas. Esta situación explica la rapidez con la que se está generando en la sociedad una “*cultura*” en torno a la vejez y la celeridad a la que evoluciona este conocimiento.

### **1.3.2. El proceso de envejecimiento**

Viguera (2001, clase 5 y 8) en el curso virtual para el envejecimiento dice que el envejecer es “*un proceso dinámico, gradual, natural, e inevitable, proceso en el*

*que se dan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social. Transcurre en el tiempo y está delimitado por éste.*” La idea de tiempo una idea clave para el comienzo del envejecer.

Con proceso *dinámico*, se hace referencia a que no es una etapa rígida, igual para todos y cronológicamente demarcada; al contrario, proceso dinámico habla de un continuo dialéctico: por eso se dice que es una parte más del crecimiento del ser humano como lo es la niñez, la adolescencia o la adultez. También que es *natural e inevitable*: no debe tomarse como una enfermedad. Todo ser vivo nace, crece y envejece. Solo la muerte puede evitar el envejecimiento.

El envejecimiento es una época de cambios y pérdidas (tanto biológicas, psicológicas y sociales) y por tanto de una mayor vulnerabilidad emocional.

El envejecer es una actividad a través de la cual se asume y se construye un nuevo rol con el que se integra o se re-inserta en la sociedad, demarcando así un nuevo lugar. Estos cambios (biológicos, psicológicos y sociales) son siempre personales, singulares y representan una ruptura en la continuidad del proceso evolutivo. Términos clave durante todo el proceso del envejecer son: cambios, pérdidas, duelos, tiempo libre, auto-cuidado, amor, proyectos, miedos, prejuicios, auto-estima memoria, reminiscencia, entre otros.

Según Pulido (2003) el envejecimiento no parece tener propósito alguno, por lo que quedan las inevitables consecuencias de un envejecimiento sin objetivo alguno, al que sigue la muerte. Pero, al reflexionar sobre esto, uno se da cuenta que todo en esta vida tiene propósito alguno, aún lo que parece sin sentido y es posible que se necesite del envejecimiento y de la muerte para hacer posible la continuidad y diversidad de la vida sobre la tierra.

Sobre el envejecimiento existen prejuicios y dilemas médicos y éticos que plantean la posibilidad de manejar el envejecimiento y de retrasar la muerte. (Hayfick 1999; Lehr y Thomae, 2003; Pulido, 2003) La históricamente nombrada fuente o pócima de la juventud, es buscada por muchas personas pero en lugar de estar buscando métodos anti envejecimiento, se debería aceptar que todos, si no es que la muerte llega antes, envejeceremos. Teniendo esto en mente, se debe comenzar a promover una cultura “pre-vejez”.

En la actualidad, la mayoría de los biogerontólogos, creen que no hay una sola causa del envejecimiento, sino muchas (véase APÉNDICE A), y que es posible que varios mecanismos operen simultáneamente. En nuestros días, se ha aceptado la idea de que el envejecimiento es un proceso multifactorial, y se le concede gran importancia a la genética en la regulación del envejecimiento biológico.

El envejecimiento presenta retos que se refieren al propio fenómeno, como preguntarse: ¿por qué envejecemos? (Hayflick, 1999). La sociedad se está gerontizando y todas las profesiones deben conocer las dimensiones básicas del envejecer. Además de que la gerontología<sup>2</sup> es un asunto no sólo de profesionales sino de cualquier persona relacionada con personas mayores, en su propia familia, en su profesión o comprobando su propio envejecimiento, y resulta difícil dar una definición universal del envejecimiento.

Funcionalmente se puede hablar de un envejecimiento normal, aunque no necesariamente signifique que haya uno anormal, sino que hay enfermedades relacionadas con la vejez. Envejecer es simplemente envejecer, independientemente de los cambios que pudieran ocurrir. Y hay que distinguir entre los cambios, deterioros o déficits respecto a la forma o funcionamiento óptimo y los cambios normales que aparecen con la edad y no son enfermedades y que ocurren por todo el cuerpo a medida que se va envejeciendo.

En este punto se puede hablar de la variabilidad interindividual e intraindividual (Fernández-Ballesteros, 1999; Baltes & Baltes, 1993):

Algo comúnmente aceptado es que existe una marcada variabilidad en el comportamiento cualquiera que este sea en psicología de la vejez. Es decir, en la medida en la que se envejece, los seres humanos son menos parecidos entre sí. *Cuando sea ha visto a un viejo, sólo se ha visto a ese viejo.* Esto es importante porque las personas tienden a la generalización y a crear estereotipos muy lejanos de la realidad: cada persona envejece de una manera distinta.

El envejecimiento no es igual para todos; presenta grandes diferencias no sólo entre las distintas personas, sino también entre los distintos grupos sociales. De acuerdo con la capacidad que tiene cada persona para asimilar los cambios, ya sea económica o de la ayuda solidaria, este período de la vida puede ser bienvenido o temido. En términos generales, se considera que un senecto tiene un buen nivel de bienestar cuando es capaz de enfrentar los cambios que ocurren en su organismo y en su medio social con un adecuado grado de adaptación (Baltes & Baltes, 1993).

Debido a que el envejecimiento es un proceso individual de adaptación a condiciones cambiantes provenientes del propio organismo, del medio social o de

---

<sup>2</sup> La palabra gerontología es introducida por Élie Metchnikoff en 1903 y significa estudio científico de los procesos de envejecimiento en todos los seres vivos. Pero en cuanto al hombre, incluye también aspectos sociológicos, psicológicos y otros. Hoy en día, el interés en el estudio científico de la biología del envejecimiento es mayor que nunca en la mayoría de los países desarrollados.

ambos, su asimilación dependerá de la forma en que se enfrenten y resuelvan las distintas situaciones, que no siempre deben ser calificadas como problemáticas.

Si bien el envejecimiento entraña un cambio fisiológico, resulta pertinente distinguir los cambios superficiales -como por ejemplo el cambio de la fisonomía de la persona- de aquellos relacionados con la capacidad funcional –como ver bien, por citar un ejemplo.

A lo largo de este proceso se producen unos patrones de *cambio y de estabilidad* así como de *desarrollo* (crecimiento) *y declive*. (Fernández- Ballesteros, 1999 y Viguera 2001).

Hay dos modos de entender el curso del envejecimiento como explica González-Celis (2004a). Un enfoque lo restringe a los procesos degenerativos y de reducción en ciertas funciones: al *declinar* biológico y psicológico. El otro considera juntos este declinar y el despliegue positivo de funciones que acaso no declinan en ningún momento de la vida (Fernández-Ballesteros, 1999; Viguera, 2001). En ambos enfoques, conviene destacar que los años, con el envejecimiento, no significarán tan sólo deterioro, sino también, conjuntamente, se mantienen e incluso se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas.

Así pues cabe llamar envejecimiento no sólo al declinar, sino más bien al conjunto de decadencia y de despliegue. Ambos van entrelazados.

El envejecimiento no constituye un proceso simple o unitario sino uno de procesos, asociados entre sí, aunque no necesariamente simultáneos, y se asocian, a su vez, con la edad cronológica, es decir la edad cronológica no representa el único indicador. Una persona *de edad* no es lo mismo que una persona *envejecida*. El sujeto que envejece tiene, además de su edad cronológica, varias edades funcionales que corresponden al estado y funcionamiento de sus distintos subsistemas biológicos y psicológicos.

Por otro lado si alguna relación existe entre el proceso de envejecimiento y el tiempo cronológico, esa relación parece darse no tanto con el tiempo transcurrido desde el nacimiento -edad cronológica- cuanto con el tiempo que todavía resta de vida hasta el momento de su muerte. En otras palabras, lo que resulta comparablemente significativo en el estudio del envejecimiento, no es lo que un anciano o una anciana ha hecho a los 75 años o a los 85 años, sino lo que ha hecho cierto número de semanas meses o años antes de su muerte.

En consecuencia, el estudio del envejecimiento requiere un enfoque secuencial, pero no, en rigor, cronológico. La palabra envejecimiento en castellano tiene la ventaja, como lo precisa Fierro (1994), sobre las correspondientes palabras en otros idiomas de no asociar simplemente ese proceso a los años de vida.

#### 1.4. EL ANCIANO

Todos los seres humanos mueren y muchos llegan a edad avanzada antes de morir. En ello, los síntomas de la senectud, varían de una persona a la otra, casi tanto como su temperamento, su posición social o las circunstancias de su muerte (Pulido, 2003).

Los ancianos son definidos, según Gómez (1996) y Lira (1997), como personas en la última etapa de la vida; entre la madurez y la edad senil.

Por su parte, Viguera (2001, 2002) hace la distinción entre adultos mayores y ancianos o viejos: *Adultos Mayores* y *envejecientes* a los que cursan por el proceso del envejecimiento y que cronológicamente puede ubicarse entre los 55/60 años y los 75/80 años. A partir de los 80 años se habla de vejez y por se llama *viejos* a los que la transitan. Los gerontólogos norteamericanos llaman a estas dos etapas como la de los viejos-jóvenes y los viejos-viejos.

Según Brocklehurst, De Nicola y la Sociedad de Geriatria y Gerontología de México A.C. (cit. en Méndez et al, 2002), el grupo de ancianos se caracteriza por englobar un amplio abanico de edades, así estos autores hacen la siguiente clasificación:

**Tabla 1 Clasificación de nominaciones  
que recibe el individuo de acuerdo a su edad**

| GRUPO DE EDAD  | DENOMINACION DE LA ETAPA  | AUTOR   |
|--|---|---|
| 60-74 AÑOS.<br>75-89 AÑOS<br>90 Y MÁS AÑOS.                  | Senilidad<br>Ancianidad<br>Longevidad                                 | Brocklehurst  |
| 45-50 AÑOS.<br>60-72 AÑOS.<br>72.-89 AÑOS.<br>90 Y MÁS AÑOS. | Presenilidad<br>Senectud gradual<br>Vejez declarada<br>Grandes viejos | De Nicola   |
| 45-59 AÑOS<br>60-74 AÑOS<br>80 Y MÁS.                        | Pre-vejez<br>Senectud<br>Ancianidad                                   | Sociedad de Geriatria y Gerontología de México A.C. |

Fuente: Tomada de la investigación de Méndez et al (2002) p.16



Pero, ¿quién es el anciano? Es un ser humano que sufre un cambio integral, es decir, que puede ser biológico, moral, afectivo, conductual, social. El anciano sufre un proceso de cambio tan fuerte como el de los adolescentes en la pubertad o como el niño en la etapa de crecimiento, sin embargo Urroz (2004) se pregunta por qué no se les presta la misma atención a quienes llegan a una edad avanzada como la que se da a los niños o a los adolescentes?

Un ser humano en proceso de envejecimiento no pierde ninguna de sus necesidades básicas, éstas tan sólo se modifican al igual que cambia la forma de satisfacerlas. En otras palabras, la persona que envejece conserva sus necesidades básicas (físicas, psicológicas, sociales y espirituales) muy influidas por los cambios de envejecimiento. Cuando estas necesidades no se satisfacen, el anciano, al igual que cualquier otro ser humano, desarrolla respuestas compensatorias en busca de equilibrio.

Debido a lo anterior, se clasifica a un individuo como *anciano* de acuerdo a la edad cronológica (vejez biológica); al deterioro psicológico (vejez psicológica) y/o de acuerdo a su estatus social (vejez social); situaciones que no necesariamente se presentan al mismo tiempo y que cada una provoca cambios en la conducta del individuo (Cruz, 1998).

### **1.5. CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL ANCIANO**

A continuación se explican brevemente, a manera de glosario, algunos conceptos relacionados con la vejez:

- **ANCIANO SANO.** Es aquel que independientemente de su edad, vive sin experimentar demasiada deficiencia corporal y mental. Es la persona con alteraciones morfológicas y funcionales en el límite entre lo sano y lo patológico, en equilibrio inestable y con la dotación de la capacidad funcional de las posibilidades reales del rendimiento.
- **EDAD BIOLÓGICA.** Tiene en cuenta los cambios físicos y biológicos que se van produciendo en las estructuras celulares, de tejidos, órganos y sistemas. Definición con grandes limitaciones por las diferencias de ritmo interpersonales e intrapersonales.
- **EDAD CRONOLÓGICA.** Es la que va desde el nacimiento hasta la edad actual de la persona. Los años transcurridos desde el nacimiento. Definición referencial y arbitraria de vejez. No es un buen indicador del inicio de la vejez.

- **EDAD FUNCIONAL.** Se define a través del nivel de competencia conductual de un determinado anciano. Es aquél predictor de vejez, obtenido de diferentes indicadores sobre el funcionamiento biológico, social y psicológico del individuo.
- **EDAD PSICOLÓGICA.** Define a la vejez en función de los cambios cognitivos, afectivos y de personalidad a lo largo del ciclo vital. El crecimiento psicológico no cesa en el proceso de envejecimiento (capacidad de aprendizaje, rendimiento intelectual, creatividad, modificaciones afectivas-valorativas del presente, pasado y futuro, así como de crecimiento personal).
- **EDAD SOCIAL.** Suele medirse por la capacidad de contribuir al trabajo, la protección del grupo o grupos a los que la persona pertenece y la utilidad social. Estimación que varía según las sociedades, sus leyes, valoraciones, prejuicios y estereotipos, oscilando entre los extremos del continuo "viejo-sabio", "viejo-inútil".
- **ENVEJECIMIENTO.** Puede definirse como un proceso progresivo, natural y lento de transformación, que afecta a los seres vivos desde su nacimiento hasta su muerte. Para explicar el proceso de envejecimiento humano, se han desarrollado teorías y modelos desde diversas disciplinas (véase APÉNDICE A).
- **LONGEVIDAD.** Se refiere a la extensión de la vida en cada individuo. La longevidad potencial del hombre se calcula en relación al período de desarrollo máximo del individuo, entre 120 y 130 años.
- **SENESCENCIA.** Es un proceso biofisiopsicológico, está constituido por una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas de carácter irreversible que se inicia antes que sus manifestaciones den al individuo el espectro de viejo. Este período de envejecimiento, habitualmente se extiende desde los 70 años de edad.
- **SENIL.** Proviene del latín *senecere* que quiere decir envejecer, de modo que senil viene a estar relacionado con la vejez.
- **VEJEZ.** Es la última etapa de la vida. Es un concepto difícil de operacionalizar porque se trata de cambios graduales en el que intervienen un número muy considerable de variables con diferentes efectos o que dará como resultado una serie de características diferenciales muy acusadas entre las personas de la misma edad cronológica.

Por ello se insiste en que no hay una vejez ni un envejecimiento, sino vejezes diferentes como sin duda es diferente la forma de vivir de cada persona, diferente tanto en las manifestaciones como en las vivencias y esto por motivos internos y externos (Viguera, 2001).

Debido a que no hay un consenso en cuanto a la edad en la que una persona es considerada como mayor, en esta tesis se utilizarán los términos *tercera y cuarta edad* respectivamente, esto es, los ancianos “jóvenes” serán ubicados en la tercera edad a partir de los 60/65 años y se referirá a los ancianos “viejos” como de la cuarta edad que se ubica desde los 75/80 años de edad. Esto, como ya se ha mencionado, variará en cada individuo.

## CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO

Las representaciones sociales del envejecimiento se basaban en la práctica diaria de la vida y habían sido las que más influían en la vida del anciano, tanto por lo que respecta a las expectativas de los demás hacia el cómo ve él hacia sí mismo y hacia los demás. Pero desde el momento en que la ciencia se interesa en estudiar este proceso, los modelos que ofrece tienen un enorme peso en cómo ha de entenderse a sí mismo al anciano, cuáles han de ser sus normas de conducta, qué es lo natural y normal en la *tercera edad y cuarta edad*. Es decir, qué es lo que se considera que debe ser o qué es un envejeciente (el que envejece).

El modelo tradicional de una persona que envejece es el modelo bio-médico, deficitario, en donde todo en el envejecimiento es pérdida y deterioro. Un ser pasivo que solo espera la muerte. En cambio, el nuevo modelo en formación, muestra las limitaciones pero también las posibilidades y ganancias. Un anciano activo, vigente, que se adapta a los cambios, y que trasmite a las generaciones que lo siguen, sus experiencias y conocimientos.

Por tanto en lo que continúa del trabajo y en el análisis se utilizarán indistintamente todos los sinónimos de anciano (adulto mayor, paciente geriátrico, envejeciente) pues se pretende que la población quite el estereotipo con carga negativa respecto a todo lo que atraviesa por la mente cuando se escucha la palabra viejo o el individuo se acerca a la etapa de vejez.

## **CAPÍTULO 2. EL ANCIANO DE HOY**

En este capítulo se pretende describir cómo es el anciano, sus características y fomentar la comprensión de este individuo quien es protagonista de la presente tesis.

Durante la vejez, el anciano sufre una serie de cambios biopsicosociales que serán descritos en la primera parte de este capítulo y en la segunda se describirá cómo vive el anciano desde su perspectiva, en este momento histórico, geográfico, y sociopolítico que le tocó vivir.

Se considera que cada anciano tiene su propia e individual historia en la vida. Para los viejos bien puede haber nuevas alegrías y nuevas tristezas por venir. Pero esto se relaciona con la forma total de su vida y no simplemente con su condición de viejos. Esto se aplica tanto al amor o a la intimidad como a cualquier otra cosa en la vejez (Lira, 1997).

Debido a que todavía queda una creencia ampliamente difundida según la cual, a los 65 años (y en México se piensa que desde los 60), se produce cierto misterioso acontecimiento biológico que hace viejos a los humanos al dar las 12 de la noche (Hayflick, 1999), en este capítulo se tratará de exponer la realidad contra los mitos que se ciernen sobre esta etapa de la vida.

### **2.1. CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DE LA TERCERA EDAD**

Como se mencionó en el capítulo anterior, varios autores (Aréchiga y Cereijido, 1999; Fernández-Ballesteros, 2000; Gómez, 1996; Hayflick 1999; Lehr y Thomaes, 2003; Lira, 1997; Viguera, 2002) están de acuerdo en que el proceso de envejecimiento se despliegan en una secuencia compleja de cambios, que tienen lugar en distintos niveles: biológicos (aspecto físico), psicológicos (deterioro en la destreza manual y la sensibilidad) y sociales (pérdida progresiva de la capacidad de relacionarse y pérdida de roles). Y debe recordarse que para el ser humano el paso del tiempo, no es un indicador confiable de lo que ocurre en el cuerpo, mente, sentimientos, facultades y limitaciones de las personas.

Envejecimiento en el plano biofisiológico como en el estado mental-psíquico, a partir de un punto de clímax, de máximo desarrollo madurativo, se inicia una fase de disminución, de descenso, una involución: a partir de ese momento de inflexión podríamos decir que se ha empezado a envejecer. Para algunos aspectos biofisiológicos serán los 30 años, o incluso antes; para ciertas funciones psíquicas serán quizá los cincuenta o los sesenta; pero

inexorablemente se produce ese declive, quien en unos alcanzará mayor intensidad y en otros menos (Rodríguez, 1994).

En cuanto al *envejecimiento biológico*, en el envejecer hay elementos vinculados a la constitución biológica del ser humano. Dentro de este, los procesos neurológicos son los de mayor impacto. El sistema nervioso es crucial para el envejecimiento: los cambios celulares en él, su limitada duración y las mermas que padece con la edad, contribuyen de modo decisivo a determinar la capacidad conductual y los posibles patrones de conducta del organismo que envejece (Jódar, 1994).

Entre los distintos elementos y procesos del envejecimiento existe, una organización jerárquica:

- a) la filogénesis.
- b) la herencia genética del individuo.
- c) las enfermedades, los accidentes y/o los procesos biológicos de la persona.
- d) la experiencia acumulada por el sujeto, sus aprendizajes y la consiguiente diferenciación y maduración psicológica adquirida.

Todos estos elementos se organizan y constituyen la condición de posibilidad de los desarrollos propiamente humanos. Se hacen necesarios estudios transculturales de los cuatro puntos anteriores, donde las circunstancias crucialmente determinantes cambian de una cultura a otra, de unas clases sociales a otras y de un medio a otro .

El *envejecimiento psicológico* es resultado de un equilibrio entre estabilidad y cambio y, también, entre crecimiento y declive. Es decir, existen algunas funciones que, a partir de una determinada edad, estabilizan (como por ejemplo la mayor parte de las variables de la personalidad), otras que, en ausencia de enfermedad, experimentan crecimiento a todo lo largo del ciclo vital (como por ejemplo la experiencia o los conocimientos) y finalmente, otras que declinan y se comportan, isomórficamente, como la llamada “edad física” (por ej. la inteligencia fluida por el tiempo de reacción) (Fernández- Ballesteros, 2000).

### **2.1.1. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DEL VIEJO**

Durante el envejecimiento existe una serie de cambios que se manifiestan en todo el cuerpo, que se caracterizan por el déficit como señalan Hayflick (1999) y Cacabelos (2000) (Véase TABLA 1).

Cuando se envejece, basándose en lo que dice Hayflick (1999) se producen miles de cambios en todos los órganos y tejidos, en las células individuales que los componen, en el aglutinante que mantiene unidas estas células, hasta en las

moléculas individuales de que se componen las células y en los productos que producen estas mismas células. De estos cambios menos aparentes proceden las manifestaciones más evidentes del envejecimiento. Los cambios normales debidos a la edad menos obvios afectan a las células de prácticamente todos los órganos, incluidos los sistemas inmunitario, neuroendócrino y cardiovascular.

**Tabla 1 Efectos del Envejecimiento**

| <b>ÓRGANO O SISTEMA</b>  | <b>EFFECTOS NATURALES DEL ENVEJECIMIENTO</b>  | <b>FACTORES ACELERADORES</b>   |
|--------------------------|---|--|
| Piel                     | Pierde espesor y elasticidad (aparición de arrugas)<br><br>Se contusiona más fácilmente al debilitarse los vasos sanguíneos cercanos a la superficie  | Proceso acelerado por el tabaquismo y la excesiva exposición al sol                                      |
| Cerebro/Sistema nervioso | Pierde parte de la capacidad de memorización y aprendizaje a medida que las células mueren<br><br>Mayor lentitud de reacción ante los estímulos (los reflejos se debilitan)                                   | Proceso acelerado por el consumo excesivo de alcohol y otras drogas, y por repetidos golpes en la cabeza |
| Sentidos                 | Se hacen menos agudos al irse perdiendo las células nerviosas   | Proceso acelerado por el tabaquismo y la exposición constante a ruidos altos                             |
| Pulmones                 | Se reduce su eficacia al disminuir su elasticidad   | Proceso acelerado por el tabaquismo, la contaminación del aire y la falta de ejercicio                   |
| Corazón                  | Bombea con menos eficacia, dificultando el ejercicio  | Proceso acelerado por el consumo excesivo de alcohol y tabaco, y por malos hábitos alimenticios          |
| Circulación              | Empeora y aumenta la presión sanguínea al endurecerse las arterias  | Proceso acelerado por lesiones y obesidad  |
| Articulaciones           | Pierden movilidad (rodillas, cadera) y se deterioran debido al desgaste y presión constantes (la desaparición del tejido cartilaginoso entre las vértebras provoca el "encogimiento" típico de la ancianidad) | Proceso acelerado por lesiones y obesidad  |

|          |                          |   |
|----------|--------------------------|---|
| Músculos | Pierden masa y fortaleza | Proceso acelerado por la falta de ejercicio y la desnutrición |
|----------|--------------------------|---|

Fuente: Tomada de Ramos y Petroff, 1997.

Estos cambios, aparentemente no relacionados con la edad, se consideran normales y no estados enfermos. *No se está enfermo porque se experimenten cambios normales debidos a la edad* (Bianchi, 1992). Sin embargo, la probabilidad de enfermar aumenta con la edad, porque los cambios normales debidos a la edad hacen al organismo más vulnerable a enfermedades que, si uno fuera joven, rechazaría más fácilmente. Por ejemplo, las enfermedades auto inmunes se dan porque a medida que envejece el sistema inmunitario, se vuelve menos eficaz para defender al organismo y más proclive a cometer fallos en esa defensa. Puede tomar las proteínas normales del propio cuerpo por proteínas forasteras, produciendo así anticuerpos contra nuestras propias células.

Las enfermedades relacionadas con la vejez no forman parte del proceso normal del envejecimiento: el cáncer, las cardiopatías, la enfermedad de Alzheimer y los derrames cerebrales son cada vez más probables, a medida que la persona envejece, debido a la menor capacidad de rechazarlos. Por tanto, aunque las pérdidas funcionales que ocurren en los sistemas vitales son sucesos normales, aumenta la vulnerabilidad a las enfermedades o los accidentes. Pero las enfermedades, a diferencia del envejecimiento, no son normales.

El envejecimiento se manifiesta de una manera distinta que la enfermedad, mediante cambios en células, tejidos y órganos. Una distinción general es que las pérdidas fisiológicas características del envejecimiento se producen en definitiva en las células, los tejidos y los órganos de *todos* los miembros viejos de una especie, mientras que los cambios debidos a una enfermedad ocurren solo en *algunos* de sus miembros (Hayflick, 1999).

El adelgazamiento y pérdida de la elasticidad de la piel, con la consiguiente aparición de arrugas, además de la presencia frecuente de moretones debidos a la fragilidad de los vasos sanguíneos superficiales, son señales para cualquier persona perceptibles y que le anuncian la llegada de la tercera edad: La disminución de las masas musculares y la pérdida de fuerza consecutiva, por la falta de ejercicio y la desnutrición, muchas veces debido a la falta de dientes, precipitan la aparición del envejecimiento.

La dificultad para mover las articulaciones de la cadera, rodilla, dedos, etc., se debe al deterioro por la constante presión que se ejerce en sus superficies articulares; se experimenta el adelgazamiento de los cartílagos intervertebrales, que produce una disminución notable de la estatura. Igualmente, la inflamación y deformidad de diversas articulaciones que producen incapacidad parcial y los

golpes en las articulaciones en la vejez; además, la ingestión de alimentos cuyo metabolismo deja como residuo el ácido úrico y la obesidad hacen más patentes estas molestias.

En general cambia el propio aspecto: estatura, peso, en la piel (glándulas sudoríparas, control de temperatura, capacidad de curación), cara, lóbulos, labios, nariz, perfil facial, pelo, uñas, tamaño del tórax, columna vertebral, miembros superiores (envergadura del brazo), miembros inferiores, sistema muscular, composición y agua corporal.

Hay disminución de la agudeza visual por pérdida de neuronas y por el endurecimiento y capacidad del cristalino; esto es lo que se conoce como presbicia. El proceso de la hipoacusia, o sea, la disminución de la función auditiva, se acelera por la esclerosis del oído medio e interno y por habitar o trabajar en ambientes ruidosos. Disminuyen los umbrales sensoriales de los demás sistemas somatosensoriales: gusto, olfato, sueño.

En el aparato cardiovascular, la falta de eficiencia en el bombeo que realiza el corazón hace el ejercicio más dificultoso, lo que se puede manifestar en la marcha o al subir escaleras, e incluso se limitan los movimientos requeridos para realizar actividades de la vida diaria. El alcohol, el tabaco y los malos hábitos alimentarios empeoran estas facultades.

Las arterias en general, se endurecen por procesos de precipitación de sales de calcio en las placas del colesterol que se forman en la luz de estos vasos con todo un cortejo de síntomas y el riesgo de ruptura de una arteria con todas sus consecuencias para los órganos afectados: sistema nervioso, ojos, pulmones, etc. En lo que se refiere a los pulmones, éstos disminuyen su elasticidad por esclerosis de su tejido esponjoso, así como el de los bronquios.

El hígado pierde capacidad de filtrar las toxinas que se producen en el organismo o que se ingieren; el proceso se acelera por el abuso del alcohol o la hepatitis por virus, hay casos en que se presenta un estreñimiento o constipación que a veces requiere atención médica; en casi todos los ancianos es común la dificultad de digerir comidas abundantes o muy condimentadas. La degeneración de los islotes de Langerhans del páncreas producirá diabetes mellitus. La desnutrición puede causar anemia.

También cambian en su ritmo de funcionamiento el metabolismo, los aparatos digestivo y urinario y los sistemas inmunitario y endócrino.



El sistema nervioso central va perdiendo su capacidad debido a la muerte de muchas neuronas quizás producto del consumo de alcohol y otras drogas. Hay cambios en el cráneo, cambios morfológicos, macro y microscópicos, en la sustancia blanca cerebrales, en estructura vascular, en la barrera hematoencefálica; cambios neuroquímicos como los cambios en los sistemas de neurotransmisión cerebral. Envejece también el sistema neuroendocrino con cambios en la estructura y función del hipotálamo, en los sistemas tirotropinérgico, corticotropinérgico, gonadotropinérgico, lactotropinérgico, somatotropinérgico, vasopresinérgico y oxitocinérgico (Cacabelos, 2000); trayendo consigo muchos cambios cognitivos como la falta de memoria reciente y las respuestas retardadas a los estímulos (pérdida de reflejos) y de personalidad.

En el sistema motor y funciones psicomotrices se observan cambios en las rutas motoras descendentes troncoencefálicas y corticales. Por ello, la marcha del anciano se empieza a dificultar hasta que camina arrastrando los pies y le es imprescindible ayudarse, para deambular, con un bastón, muletas o andadera; es frecuente que pierda algunas veces el equilibrio.

Es muy común que el viejo empiece a presentar temblores cuando tiene los miembros en reposo, esto a veces es el preludio de la enfermedad de Parkinson; el deterioro mental del anciano puede ser superficial o llegar a presentarse como enfermedad de Alzheimer, sin embargo, sólo la quinta parte de los ancianos presentan este tipo de demencia (Aréchiga y Cereijido, 1999) y el resto únicamente problemas menores en lo referente a las funciones cerebrales superiores.

La degeneración producida por los errores en la reproducción genética y los estímulos y agresiones del medio, tienen consecuencias en el fenómeno de la transmisión hereditaria celular; se pueden producir tumoraciones benignas, y en muchos casos, cáncer.

Cambia el funcionamiento del aparato reproductor masculino y femenino: En el varón es muy frecuente la aparición de impotencia sexual progresiva, lo que origina gran preocupación en los envejecientes; además presentan trastornos de la micción por hipertrofia prostática que frecuentemente termina en cáncer. En la mujer se nota la presencia de síntomas de la menopausia, indicando que se termina el ciclo reproductor y que cursa con diversos grados de irritabilidad nerviosa y los clásicos bochornos. La descalcificación concomitante a la disminución de las hormonas femeninas predispone a la aparición de fracturas.

En lo relativo a la atención profesional se puede decir que todavía hay un número muy limitado de especialistas en geriatría<sup>1</sup>, pero reconociendo que las enfermedades que afligen a los ancianos son las mismas que se presentan en la edad adulta aunque con mayor frecuencia y más severas, un médico internista, bien preparado, puede atenderlas con toda eficacia. Quizá sólo los trastornos mentales son más característicos de la edad avanzada, pero éstos no tienen curación una vez que se han instalado (Barquín, 1999). Además, algunos gerontólogos creen que realmente se desconoce todavía la verdadera causa de la muerte en personas que pasan más o menos de los 85 años, a veces llamados ancianos muy ancianos (Hayflick, 1999) o como se nombran en esta tesis, de la *cuarta edad*.

Por lo anterior se enfatiza que no se está enfermo porque se tenga más o menos canas, o porque se necesite usar lentes para leer, o no pueda correr o nadar como antes o no pueda hacer el amor todos los días o no pueda procrear, o se jubilé del trabajo (que no significa jubilarse de la vida).

Hasta ahora los cambios en las vivencias se han referido como procesos normales, nada de esto significa enfermedad. Hay que enfatizar que son pocas las enfermedades propias del envejecer, el anciano se enferma como cualquier otro. Lo que sí es cierto, es que las defensas disminuyen, la vulnerabilidad aumenta y por tanto el cuidado de la salud física y psíquica se hace recomendable.

Es posible hablar de cambios, de disminuciones, de ritmos distintos en las distintas esferas, en fin de lo que implica el modelo deficitario del envejecimiento. Es necesario incorporar el concepto de "*diferente, distinto*", (Viguera, 2001 y 2002) lo que es útil para comprender mejor este proceso y entonces poder visualizar las potencialidades que tiene; lo que sí se puede, lo importante de ejercitar las funciones tanto intelectuales como las físicas.

Es decir, como sostiene Hayflick (1999) a pesar de todas estas complicaciones, envejecer tiene sus compensaciones.

## **2.1.2. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL ANCIANO**

**2.1.2.1. Los cambios psicológicos**, a los que los adultos mayores y ancianos se enfrentan tienen que ver en primer lugar con la idea de **tiempo**. En esta etapa del envejecimiento se toma conciencia del propio tiempo, que es finito,

---

<sup>1</sup> Ciencia médica que trata a pacientes ancianos.

acotado y tiene un fin. La toma de conciencia también tiene que ver con la identidad, el mirar a los amigos en sus cambios, encontrarse con alguien después de varios años, los cumpleaños también se encargan de recordar los años cumplidos y los de los hijos. La idea de tiempo es inquietante, porque indica que somos seres mortales, finitos, perecederos, y aparece como mensajero de la ineludible meta final. Una crisis de identidad es lo que acontece en mayor o menor medida.

La crisis de identidad, está ligada al balance vital que se hace, a una autoevaluación retrospectiva e introspectiva. Surgen preguntas como: “*¿Quién soy? ¿Qué hice hasta ahora? Y, ¿ahora qué? ¿Por qué no hice tal cosa? ¿Qué haré de ahora en adelante?*” y preguntas similares. Las crisis producen inquietud, angustia, desconcierto, a veces repercuten en el cuerpo con distintas enfermedades. Aparecen la soledad, el aburrimiento, la rutina, la temida depresión<sup>2</sup> (Buendía y Riquelme, 1994; Ring, 1994; Sosa, 1994) o un estado depresivo con síntomas como tristeza, sensación de vacío, desgano, falta de motivación. Todo esto es producto de esa crisis de identidad, propia del encuentro con las pérdidas y los cambios.

Se presenta, junto al encuentro del tiempo y especialmente al comienzo del proceso de envejecer, la vivencia de **pérdidas**. Pérdida es aquella vivencia por la cual se siente que se ha perdido, que ya no se tiene algo significativo, real o no. Las pérdidas son experiencias que forman parte de la vida en su conjunto, ya que se enfrentan pérdidas a lo largo de toda la vida y está implícito en el proceso del crecimiento y constituye la dialéctica del vivir; dialéctica que se da entre lo que se pierde y lo que se adquiere (Viguera, 2001 y 2002).

Entre las circunstancias desencadenantes de estas pérdidas están el cumplir años, las separaciones, el casamiento o la salida del hogar de los hijos, la muerte de la pareja o de algún familiar o de algún amigo, la jubilación, la abuelidad, una enfermedad o un accidente, el encuentro con alguien a quien no se ve habitualmente, o incluso una mudanza o la pérdida de un objeto al parecer de poco valor. También se sufren las pérdidas de sueños, de valores, de ideales, de la capacidad adquisitiva que se disipa con la jubilación, la pérdida de poder o de prestigio frente a los otros, aunado todo ello a las pérdidas físicas ya descritas.

Algunas veces una pérdida aparentemente menor, desencadena un aparecer de pérdidas anteriores significativas que quedaron sin elaborar a través de su respectivo proceso de duelo. Pérdidas en relación a lo corporal, la pérdida del cuerpo joven, o la menopausia; pérdida de roles parentales o laborales,

---

<sup>2</sup> El padecimiento que se presenta con mayor frecuencia en los ancianos es la depresión; suele ser moderada y se presenta como un trastorno secundario a la soledad, a una pérdida muy sensible o a un trastorno físico (Lira, 1997).

pérdidas de seres queridos. La jubilación, la independización de los hijos, las muertes cercanas son las más importantes por la incidencia que tienen.

Gómez (1996) refiere que es conveniente insistir en que una de las grandes compensaciones a las pérdidas que se van causando en el envejecimiento, es el adquirir conocimiento y capacidad, ingredientes esenciales para vivir en una sociedad técnicocientífica exige preparación continua; si se deja de aprender, si se pierde el interés (en lo que sea), entonces sí se envejece más rápidamente.

Otro aspecto significativo en relación a los cambios psicológicos es el relativo a los **miedos**. Desde la toma de conciencia del tiempo se desencadenan: el miedo a la vejez, al deterioro, a la dependencia, a la muerte propia, a la soledad. Los miedos son reacciones defensivas normales del organismo, mecanismos frente a posibles peligros que aparecen en situaciones nuevas, desconocidas o vividas como peligrosas. Se pone el organismo en alerta. Los miedos asaltan al envejeciente con mayor o menor intensidad. Si bien están ligados entre sí, se manifiestan de distinta manera y tienen, como todas las cosas que suceden en el envejecer, características singulares, únicas, propias de cada envejeciente y en relación con su historia de vida.

Con la idea de tiempo, se pone en juego el pasado, lo que se hizo y lo que se dejó de hacer, cuestiones pendientes o situaciones que se hubiera querido vivir distinto; el presente con tiempo libre como nunca se tuvo antes y que hacer con él. Ya no se ejercen ahora roles que daban identidad, como el laboral o la educación de los hijos. El aburrimiento y la rutina pueden ensombrecer este presente, la soledad es una compañera muy temida. El tiempo futuro trae de la mano la idea de la vejez y la de la muerte.

### **El miedo a la muerte**

Aunque es sabido que en cada etapa de la vida hay una muerte posible, también se sabe que en la vejez, es más probable que esta ocurra. Durante esta etapa, ya no son otros los únicos que mueren, la muerte no está cerca o lejos o afuera, ahora la pregunta es sobre la propia muerte. Esto, además de peculiar y angustioso permite preguntarse por otras pérdidas, resignificarlas y abordar duelos no elaborados en su momento. También la toma de contacto con la idea de la muerte al igual que la de tiempo aparece ligada a distintas circunstancias que la desencadenaron (muertes cercanas, enfermedades, alejamiento de los hijos, separaciones, jubilación, etc.) La idea de la muerte suscita temores desde dos perspectivas:

- en relación al acto de morir
- y al "después" de la muerte.

**El miedo a la vejez** tiene que ver con la idea que está instalada en la conciencia colectiva: declinación de todas las funciones, deterioro físico y psíquico, y la temible falta de autonomía que lleva implícita la dependencia y la soledad. Este miedo está presente en la mayoría de los envejecientes. Miedo a la incapacidad motriz, a los trastornos de los sentidos, de la memoria, del juicio, pero básicamente a no poder auto-valerse. El adulto mayor queda más frágil, algo expuesto y se percibe a si mismo como vulnerable.

Es saludable enfrentar los miedos. Negarlos solo sirve para transformarlos en temibles fantasmas. Al encontrarse el adulto mayor con los cambios que le suceden a nivel biológico, psicológico y social, esto le significa un monto de inquietud, de desasosiego, de incertidumbre, de inseguridad y por supuesto de miedo.

#### **2.1.2.2. Cambios psicofisiológicos.**

Las personas de edad avanzada son capaces de soportar grandes cambios degenerativos en las estructuras del sistema nervioso central, sin que por ello se altere su conducta (Viguera, 2001 y 2002), siempre y cuando su ambiente cultural siga estimulándolos adecuadamente. En el momento en el que el modo de vida de un anciano sufra un cambio radical o brusco, como la muerte del cónyuge, la jubilación del empleo, el internamiento en un hospital o en un asilo de ancianos, el individuo comenzará a decaer irremisiblemente.

El hombre de edad se defiende contra la inseguridad experimentada ante la transformación de su cuerpo mediante reacciones psicológicas: depresión, hipocondría, desconfianza, ideas paranoides, irritación, agresividad, rigidez, amnesia. Los síntomas resultantes de la pérdida de independencia y autonomía pueden ser: agresividad neurótica, hipocondría, retracción y resignación o demandas de atención constante (Baravalle, 1982 cit. en Lira, 1997).

En el plano psicofisiológico (Calero, 2000; Gómez, 1996; Jodár, 1994; Lira, 1997) existe una **disminución en la capacidad funcional** pues hay cambios en:

- La memoria: se dificulta la memoria a corto plazo (hechos recientes) pero son rememorados con facilidad datos memorísticos de otros años (hechos del pasado) y por ello juega un papel muy importante el recuerdo, conocido como memoria retrógrada, y los olvidos tan comunes en esta etapa, se consideran como normales.
- La inteligencia: las habilidades del pensamiento disminuyen, disminuye también la capacidad de tomar decisiones atinadas, existe una rigidez en los juicios de ideas, el grado de atención y el curso de pensamiento.
- La psicomotricidad: disminuye el tiempo de reacción.

- La competencia en la vida cotidiana: en muchos casos comienza la dependencia de otros para las tareas de auto-cuidado básicas, en el comportamiento en las relaciones interpersonales
- Y también disminuye la creatividad.

También se observa en algunos rasgos de la personalidad, **constancia** y en otros **cambios** pero hay que enfatizar que estos se van dando a lo largo de toda la vida para lograr el desarrollo pleno de ella y no solamente se manifiestan en la vejez:

- Cambios y constancia de las estructuras de la experiencia, de las convicciones y la perspectiva del tiempo.
- La imagen de sí mismo: Todas las modificaciones biológicas que implica el hecho de envejecer acarrearán una alteración de la imagen del cuerpo y por tanto se producen procesos de pérdida o disminución de la autoestima y el autoconcepto.
- Hay modificaciones de las funciones psíquicas: se da una avaricia material y afectiva e hipertrofia del instinto de conservación.
- En las emociones: se debate si hay o no empobrecimiento emocional durante la edad avanzada. Existen estudios acerca de la angustia, la soledad, las tendencias del desarrollo emocional (Lehr y Thomaes, 2003, pp.232-236). Como se dijo antes, es una etapa de modificaciones y ajustes a estos cambios.
- Sobre sus necesidades y motivos: cambian la alimentación, la conducta sexual, existe el afán de poder y la necesidad de adhesión, cambios en la motivación del rendimiento, los intereses y la tendencia a la autorrealización.
- Se alteran biológicamente durante la tercera edad, la independencia y la autonomía que previamente han permitido al individuo dominarse a sí mismo y al medio ambiente, y quizás impidan la adaptación en la vejez.
- Es sumamente importante determinar si los cambios se deben a causas pasajeras o están en relación con situaciones que provocan estrés (Lira, 1997). También hay un estrés dado por los sucesos críticos de la vida y las cargas en la edad avanzada y existen estudios (Lehr y Thomaes, 2003, pp.260-280) sobre las diversas reacciones ante situaciones de carga en las personas centenarias.

Durante todas las etapas del ciclo de la vida, ocurre un determinado balance entre crecimiento y declive y aunque en la vejez se produzcan cambios comportamentales también habrá estabilidad y crecimiento y una amplia capacidad de reserva como lo señala Baltes & Baltes (1993). Al aumentar la edad no será un general, universal y unidireccional declive del funcionamiento psicológico; mientras que hay funciones psicológicas que experimentan déficit debidos a la edad, otros se mantienen constantes, e incluso puede ser incrementadas (Fernández-Ballesteros, 1999; Fierro, 1994).

### **2.1.3. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DEL ANCIANO**

Como la edad cronológica no es un buen identificador de la vejez, los cambios en los roles sociales y laborales son considerados el principal marcador de la vejez.

La mayor parte de estos cambios tienen que ver con la situación que se plantea a partir de la jubilación (Buendía y Riquelme, 1994; Cruz, 1998; Moragas, 2000), que generalmente sin preparación previa, obliga a un cambio muy grande en la forma de vida, al parecer con mayor incidencia en el hombre que en la mujer, pero esto según el lugar central o no que el trabajo ocupe para ellos.

Los adultos mayores no están acostumbrados a usar el tiempo libre y al jubilarse, con un gran tiempo libre en disponibilidad, se enfrentan con un factor que impregna la crisis de identidad que aqueja a muchos de ellos. Hugonot (cit. en Viguera, 2001), gerontólogo francés, dice: *"se relaciona la jubilación con la soledad, con una vivencia de inutilidad, un encontrarse con un tiempo libre para el que no se está preparado"*. Por lo que, muchas veces la jubilación es el detonante del envejecimiento.

La jubilación se da por ley a determinada edad<sup>3</sup> y provoca un cambio brusco en el modo de vida del sujeto. La jubilación, cuyo nombre refiere a *júbilo*, estaba determinada en función de una recompensa por los años de trabajo y la necesidad de liberar puestos de trabajo. Merecido logro, sin duda, no siempre es vivido así por todos en la misma forma y en la misma edad, así algunos profesionales, artistas, algunos docentes y todos aquellos a los que el trabajo satisface están en condiciones de seguir unos años más.

Además, el monto de las jubilaciones (Alba, 1994; Grande, 2000), en la mayoría de los países, es inferior a los sueldos de los activos y es insuficiente para que el jubilado, que dispone del tiempo libre para poder hacer salidas, viajes, reuniones, se ve impedido porque sus ingresos solo le permiten sobrevivir. Por supuesto que esto no es así en algunos países de los llamados desarrollados.

La inserción laboral siempre otorga un rol social generalmente unido a otras personas con las que se interactúa cotidianamente. La pérdida de este rol puede crear una sensación de vacío, de desvalorización, de inquietud frente a todo este tiempo libre del que se dispone abruptamente.

---

<sup>3</sup> En el caso de México es a los 30 años de servicio en el hombre y 27 en la mujer, por lo que una persona que comenzó a trabajar desde los 20 años puede jubilarse a los 50, edad en la que aún se pueden desempeñar muchas tareas sin tanta disminución en la eficacia.

Las diferencias cada vez más agudas entre ricos y pobres se proyectan con más fuerza sobre las personas de la tercera y cuarta edad, carentes de recursos, discriminadas y olvidadas por la sociedad y los gobiernos.

## **2.2. RETRATO DEL ANCIANO ACTUAL** (Viguera, 2001 y 2002<sup>4</sup>)

El anciano de hoy se encuentra inmerso en una cultura que no es la suya propia. Si se pretende comprenderle, hay que ubicarse primero, en cómo vive el día de hoy y a las luchas a las que se enfrenta para hallar un lugar también aquí y para ello es prioritario ubicar al envejecimiento dentro de su contexto actual ya que los conceptos varían según las épocas. Por ejemplo, Ambroise Paré en 1968, (cit. en Lira, 1997, p.8) sugirió que *“la vejez extrema, que sobrepasa los 80 o 100 años, es tan fría y árida que quienes la alcanzan se convierten en ásperos, quisquillosos, impúdicos y llenos de quejas”* lo cual llama la atención y preocupa por ser un concepto social histórico de carga negativa.

¿Cuál es **el tiempo de los adultos mayores y ancianos** que viven el inicio del siglo XXI?:

### **2.2.1. El tiempo de antes.**

Todos los que son ancianos el día de hoy, nacieron en las primeras décadas del siglo XX (10, 20, 30 y comienzos del 40). Por lo mismo no se puede olvidar que todas esas generaciones de ancianos, fueron educados por tanto, por padres que pertenecían a esa sociedad de principios de siglo con sus características propias.

Crecieron y se educaron con todos los cambios que sacudieron las estructuras de la sociedad para bien y para mal: el hombre a la luna, Freud y el psicoanálisis, el nazismo, la bomba de Hiroshima, las dos guerras mundiales, el llamado período entre-guerras, la gran crisis mundial del año 30 y su impacto para la sociedad, la miseria en Europa que dio por resultado la cantidad de emigraciones e inmigraciones según los países, la Revolución Mexicana, etc. Así criaron y algunos también perdieron a sus hijos.

Si a esto se agrega todo lo que significó la revolución tecnológica y científica, el descubrimiento del SIDA, de los antibióticos y las vacunas, por nombrar algunos, que los tuvieron como protagonistas de ese tiempo, se comprenderá a cuantos cambios debió adaptarse el anciano que hoy ingresa a un nuevo milenio.

---

<sup>4</sup> Para una revisión más extensa puede consultar en [www.psiconet.com/tiempo](http://www.psiconet.com/tiempo), las clases: 1, 4, 5, 9 y 13 de 2001 y en las clases: 1, 2, 4, 5, 6 y 11 de 2002.



Prevalecía la cultura del trabajo y del esfuerzo, y la represión de la demostración en lo afectivo. Pesó también sobre estas generaciones las expectativas de sus padres puestas en ellos. Crecieron con todo lo que marcó al agitado, inquieto, aceleradísimo siglo XX. Y ahora siguen los cambios y con ellos la necesidad de adaptarse.

### **2.2.2. El tiempo de hoy.**

Ahora es un tiempo:

- en que al final del siglo pasado, el final del milenio fue equiparado a final de utopías, de ideologías, de valores, de paradigmas. Se empieza a dar significado distinto a la familia, a la pareja, a la sexualidad, al amor.
- en donde la cultura llamada posmoderna, haciendo culto de lo efímero y de lo descartable se contrapone con lo que ellos creyeron: valores predecibles y duraderos, valores estables y proyectos posibles.
- en el que al no importar el pasado se sacraliza el presente, los ancianos se sienten marginados dentro de ese pasado desechado.
- en donde todo es acelerado y el desencanto y la desesperanza parecen querer desplazar a lo que eran certezas de otros momentos.
- en donde hasta el ocio está organizado y los adultos mayores y ancianos, que disponen de tiempo libre, no están preparados para disfrutarlo, para vivirlo en plenitud.
- en que los medios de comunicación, en especial la TV, se han adueñado de todos los hogares irrumpiendo en la vida cotidiana, transmitiendo como válidos, productos, y modelos, derrochando imágenes que no pueden ser adecuadamente tomadas.

Todos estos cambios se van también instalando en la conciencia colectiva (inconsciente colectivo del que hablaba Jung), en la representación social y logra que los mayores pasen del asombro y la perplejidad a la necesidad de vivir la experiencia del cambio. Experiencia muy difícil, impensable años atrás pero para abordarla, necesariamente deben prepararse.

La época que toca vivir es muy difícil, intensa, agobiante. Son tiempos de guerras despiadadas de final incierto, injusticias sociales acentuadas, de empobrecimiento cada vez más masivo que se contrapone a los adelantos acelerados de las ciencias y las tecnologías. La incertidumbre parece ser el signo de la época y uno de los sectores más vulnerables de la sociedad son los adultos mayores y ancianos.

### **2.2.3. Como vive su vejez hoy.**

Los ancianos son de los sectores más vulnerables porque son más frágiles, porque han nacido y crecido con otros valores y certezas y deben adaptarse a los cambios que el momento impone para no quedar marginados. Vulnerables

también porque su situación de jubilados en la mayor parte de los países los lleva a tener que ajustarse en sus gastos reduciéndoles así muchas veces el acceso a lugares de esparcimiento o a espacios en donde continuar con su desarrollo personal. Tienen un gran tiempo libre, y no siempre las posibilidades materiales de cubrirlo. Vulnerables además porque es una etapa, como ya se explicó, de pérdidas y duelos, de una familia que se agranda pero en la que ya no son los protagonistas, conscientes de que el tiempo es inexorable y que los marca reflejándose en primer lugar en su apariencia, un período de la vida en que aparecen los mitos y prejuicios de la vejez y la muerte.

El anciano tiene que hacer frente a sus propios cambios (corporales, psicológicos, sociales) y a los acelerados cambios que ocurren a su alrededor. Debe aceptar su menor vitalidad y su mayor necesidad de cuidados en su salud. Las pérdidas lo someten a trabajos de duelo permanentes, contando además con la crisis de identidad a que muchas veces da lugar la brusca jubilación. Muchas veces la soledad lo lleva a buscar nuevos vínculos, horizontes de actividades que si bien muy saludables le impone nuevas adaptaciones, como el goce de un tiempo libre que debe utilizar placenteramente pero para el que generalmente no está preparado.

Su salud empieza a preocuparlo, visitas a los médicos, estudios, medicación (en algunas ocasiones excesivas) cambios de hábitos en la actividad y en las comidas. Si bien son pocas las enfermedades propias del envejecimiento, las disminuciones sensoriales, la aparición de dolores óseos y articulares, el cuidado de la hipertensión arterial que en muchas ocasiones se hace notar, la necesidad de cuidar los índices del colesterol, la glucemia, u otros, hacen que requiera controles periódicos.

Por último, la sociedad no esta acostumbrada todavía a tener gran cantidad de envejecientes sanos, lúcidos, activos y con demandas de espacios para seguir su desarrollo personal. Los prejuicios que todavía impregnan la conciencia colectiva tienden a marginarlos, a subestimarlos en sus distintas capacidades como aprender, crear, enseñar, mantener su sexualidad, transmitir experiencias válidas de su pasado, estar inserto en la sociedad en actividades varias.

#### **2.2.4. ¿Cómo darse cuenta de que uno ya es viejo?**

Existe cierta crisis al principio del envejecer, pues al notar las diferencias entre las fotografías y el espejo, *“la realidad muestra que a pesar de todo esto, generalmente no se sucumbe y nuevos mecanismos se ponen en juego para superar la crisis.”* (Viguera, 2001, clase 4) Es decir, que al principio será cosa de ajustarse como a todo cambio que se padece en la vida y poco a poco se necesita ir adaptando a esta nueva realidad, así el anciano pasa ciertas crisis así como el adolescente en esa etapa de desarrollo pero con la diferencia que ahora tiene una gamma de experiencias y conocimientos acumulados.

La edad es solamente una variable, pero lo importante es como cada persona empieza a sentir que está envejeciendo.

Los signos que se van mostrando no son iguales en todos los organismos, pero lo que es evidente es que a través del cuerpo (que es con lo que uno se muestra frente a los demás), son los otros los que nos demuestran que estamos envejeciendo.

Sobre estas disminuciones asientan muchos de los prejuicios sobre la vejez. Por ejemplo, decir que la respuesta sexual se enlentece, no significa que los envejecientes se vuelvan asexuados, la sexualidad es una función que se mantiene desde el nacimiento hasta la muerte. Sólo indica que va cambiando en su forma de manifestarse.

Pero no todos vivencian estos cambios de igual manera, además no es lo mismo en cuanto significación, que la capacidad auditiva disminuya para un músico que para otra profesión ni las dificultades de la motricidad para un deportista, ni la belleza física para una mujer que haya puesto su valor en esos atributos.

Otra característica es que el anciano reflexiona acerca de lo que ha sido y como ha vivido y se pregunta nuevamente tal como lo hiciera en la adolescencia *“¿Quién soy yo? ¿Cómo soy? ¿Qué cambios tuve?”*

### **2.2.5. El reto: hacia el futuro.**

Paralelamente al aumento de la longevidad y como consecuencia de ella, los ancianos tienen cada vez más demandas de espacios para ocupar, más lugares en donde seguir con su desarrollo personal y además un reclamo de no quedar marginado de los cambios y avances tecnológicos y científicos que la época supone. Así ocurre con el uso de Internet y de la computadora en general. Los nietos manejan estos recursos desde muy pequeños y los abuelos se ven impulsados a seguir estudiando y hacer uso de todos estos avances.

Aunque la mayoría de los adultos mayores, mantienen una actitud escéptica o temerosa frente a los nuevos adelantos, con lo cual se auto-marginan de su uso, hay quienes han vencido su temor a no poder y eso los ubica con una actitud frente al cambio que los beneficiará en muchas áreas de la vida.

Los adultos mayores y ancianos tienen la opción de afrontar el tiempo que les toca vivir aceptando la experiencia de vivir esos cambios, experiencia compleja,

difícil, impensable apenas unas décadas atrás y para la cual necesitan prepararse.

El siglo XXI los encuentra con disponibilidad de tiempo libre, con cuerpo y mente potencialmente dispuestos para la actividad y con motivación para seguir insertados en la sociedad de una forma activa utilizando los avances que les ofrece la tecnología para seguir aprendiendo. Se hace entonces necesario comprender que se puede aprender siempre, con otro ritmo, otras motivaciones, otros objetivos. El modo y el tiempo son diferentes.

La Educación y en especial la Educación Permanente y las Universidades de Tercera Edad (UTE)<sup>5</sup>, le brindan la posibilidad de seguir aprendiendo o creando, o trabajando su cuerpo y su mente. Pero para esto necesitan vivir en localidades que dispongan de estos programas y además tener la posibilidad de movilizarse hacia ellos. Por ello ahora se van agregando cursos virtuales<sup>6</sup> de los que pueden hacer uso cada día más mayores desde sus hogares.

El gran desafío para nuestra generación de ancianos es ir delineando nuevos modelos de envejecer y preparación para esta etapa de la vida.

*“Son tiempos vertiginosos para niños, jóvenes, adultos y también para los Adultos Mayores. En las primeras tres etapas de la vida, los cambios y el aprendizaje que ello supone, están puestos en la formación con vistas al trabajo, a la investigación, al futuro. En la vejez, todo conocimiento, todo aprendizaje, toda apuesta al cambio, está fundamentalmente ligada al placer, a la integración, al seguir vigentes y válidos, a la necesidad de vivir con una mejor calidad de vida y envejecer saludablemente. La educación en esta etapa tiene un sello distintivo y nuevo: muestra que no necesariamente debe estar ligada al campo de la producción, sino que el goce, el placer de aprender en sí mismo, son sus características básicas. Los ancianos tienen en su encuentro con las nuevas tecnologías un gran desafío” (Viguera, 2002, clase 6)*

Los ancianos deben aportar a las generaciones que les siguen todo lo que les dio los años vividos, la experiencia única de haber pertenecido al siglo XX. Resultado de los avances en las ciencias y la tecnología, la esperanza de vida de las actuales generaciones de mayores se ha extendido considerablemente: son más los que viven mayor cantidad de años y además los viven con mejores condiciones de salud y esto precisamente los lleva a buscar nuevos espacios para continuar con su desarrollo personal y defendiendo sus derechos. Lograda

---

<sup>5</sup> Para conocer una Universidad de esta índole, visite el sitio de República Dominicana <http://www.ute.edu.do>

<sup>6</sup> Si a ud. le interesa un curso como este, revise el curso virtual para el envejecimiento de Virginia Viguera en <http://www.psiconet.com/tiempo>

la mayor esperanza de vida, tomó especial relevancia el concepto de **calidad de vida** (González-Celis, 2004a, 2004b, 2004c), estudiada desde distintas disciplinas y sectores. Es evidente que un desafío imperioso de los que trabajan con el envejecimiento y sin duda también para los gobiernos (Alba, 1994), es lograr una mejor calidad de vida.

## RECAPITULACIÓN

De acuerdo a lo planteado en los dos capítulos precedentes se ha hecho un recorrido por los conceptos de anciano, vejez y envejecimiento y se han presentado las características físicas, biológicas, psicológicas y sociales del anciano. También se presentan las diferencias entre el anciano de hace un siglo y el actual y los desafíos que encuentra este sujeto de estudio en el presente.

Se ha descrito la situación del anciano en general y ahora es menester contextualizar a este sujeto anciano por ello se eligió una Ciudad de la República Mexicana para reducir este contexto y se seleccionó una Facultad Universitaria donde se hubieren realizado estudios con temática central referente al anciano. Se encontró que en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana que desde 2002 existe una incipiente línea de investigación sobre ancianos en la Cd. de Xalapa por lo que se analizaron dichas investigaciones.

Como se mencionó en la introducción, conocer la situación del anciano es importante porque la situación social y biográfica son elementos de la satisfacción de vivir y aproximarse a la situación que vive el anciano el día de hoy servirá como base para futuras intervenciones en la calidad de vida de éste.

Para aproximarse a la situación del anciano tomando como muestra representativa a la población de Xalapa, Veracruz el objetivo del siguiente capítulo será describir, comparar y analizar en cuatro categorías las investigaciones sobre ancianos de la Cd. de Xalapa, Ver. realizadas en dicha Facultad y en el cuarto capítulo se integrarán, a manera de conclusión, estos trabajos en uno solo.

La pregunta de investigación que se deriva es ¿cómo es la situación del anciano en la Cd de Xalapa, Ver. desde los ámbitos de salud, social, familiar y educativo que el envejecer implica?

### **CAPITULO 3 ANÁLISIS DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE ANCIANOS EN LA CD. DE XALAPA, VER. DESDE LOS ASPECTOS DE SALUD, FAMILIAR, SOCIAL Y EDUCATIVO.**

El análisis se apoya en datos recopilados en los períodos escolares de agosto a diciembre de 2002, 2003 y 2004, de los trabajos de investigación dirigidos por la maestra Dolores García Cerón<sup>1</sup> en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana (UV), mismas que reportan la situación de ancianos en Xalapa, Ver.

Las investigaciones que se han realizado sobre la vejez en la ciudad de Xalapa, en la UV, incluyen temáticas, tales como:

- Conocimiento y habilidades para el cuidado y la atención al anciano por parte de la familia, auxiliares de enfermería, enfermeras y estudiantes de Enfermería.
- Percepción social que tienen diversos estudiantes del grupo de la 3<sup>a</sup> y 4<sup>a</sup> edad.
- Calidad de conocimientos específicos (teoría de Virginia Henderson y Rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad Geriátrica) para una mejor atención al paciente geriátrico.
- Calidad o satisfacción de vida que manifiesta el anciano en esta ciudad.

Se seleccionaron las investigaciones que se hubieren realizado en la Facultad de Enfermería de la UV en el período 2002-2004 y cuyo contenido temático tenga relación con el anciano que vive en la ciudad de Xalapa. En total, se analizaron 22 investigaciones (TABLA 1).

Para la realización del análisis, se creó una matriz de datos (APÉNDICE B) en la que se especifican el objetivo, la pregunta de investigación, las variables, hipótesis, tipo de estudio, muestra, instrumento<sup>2</sup> y resultados. Las investigaciones se agruparon de acuerdo al objetivo y a la muestra que sirvió para el estudio, en cuatro categorías: Social, Familiar, Salud y Educativa que se explican a continuación.

La categoría SOCIAL (Soc.) hace referencia al trato por parte de la sociedad hacia el anciano, desde los mitos que hay en torno a la vejez hasta el concepto ideal, pasando por la realidad de nuestro contexto socio-económico-cultural actual.

---

<sup>1</sup> Académica de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana. Todas las investigaciones aquí reportadas fueron utilizadas con su autorización.

<sup>2</sup> Las investigaciones no reportan criterios de validez y confiabilidad que soporten estos datos, sin embargo este análisis es sustentado con base en los datos reportados por las mismas.

La categoría FAMILIAR (Fam.) se enfoca al conocimiento de la familia sobre el proceso de envejecimiento y cómo influye éste en el cuidado y trato que le dan a su anciano, asimismo las repercusiones existentes dentro de esta red de apoyo social.

La categoría SALUD (Sal.) incluye el cuidado que las enfermeras brindan al anciano (subcategorías Síndrome de Inmovilidad y Teoría de Virginia Henderson), y la promoción del auto-cuidado y la satisfacción de vivir que los mismos ancianos manifiestan (subcategoría Calidad de Vida y Satisfacción del Anciano).

La categoría EDUCATIVA (Edu.) trata sobre cómo se preparan los profesionistas de la Enfermería en el área de la Gerontología, los alcances y limitaciones de su formación.

En el desarrollo del análisis, se exponen algunos conceptos a los que hacen referencia las investigaciones; asimismo, se describen algunos elementos en común y diferencias; después se analizan los resultados de estos trabajos. En el análisis de los resultados se recuperan los aportes de cada uno y se comparan los datos relevantes que tengan relación entre sí.

La información obtenida servirá para aproximarse a comprender la situación que vive el anciano de la Ciudad de Xalapa, Veracruz en este inicio del siglo XXI.

**Tabla 1. Trabajos de investigación (2002-2004) de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana con temática sobre Ancianos de Xalapa, Ver. agrupados en cuatro categorías de análisis.**

| <b>Código</b> | <b>Categoría SOCIAL</b>   |
|---------------|---|
| Soc.1         | Percepción social que tienen los estudiantes universitarios de la Unidad de Ciencias de la Salud, Xalapa, Ver. agosto-diciembre 2002  |
| Soc.2         | Percepción social que tienen sobre el adulto mayor los estudiantes de la Facultad de Estadística UV. Xalapa, Ver. Período agosto-diciembre 2002.  |
| Soc.3         | Concepto del adulto mayor en los estudiantes de la Facultad de Enfermería que han y no han cursado la experiencia educativa de Gerontología en Xalapa, Ver. Agosto-diciembre 2004.  |
| Soc.4         | Concepto de envejecimiento que subyace en el cuidado que da el personal de enfermería al anciano, en el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz (CEMEV), Dr. Rafael Lucio, Xalapa, Ver. en el período agosto-diciembre de 2000. |
|               | <b>Categoría FAMILIAR</b>   |
| Fam.1         | Conocimiento de la familia para la atención del adulto mayor con DMNID en el Centro de Salud “Miguel Alemán” en el período agosto-diciembre 2003.   |
| Fam.2         | Conocimientos, habilidades y estrategias de la familia en el proceso de envejecimiento para el cuidado del anciano en el AGEB 014-5 en Xalapa, Ver. período agosto-diciembre 2002.  |
| Fam.3         | Contribución y función económica y social de los adultos mayores en su hogar y su reconocimiento por la familia en la zona centro, Xalapa, Veracruz, agosto-diciembre 2002.   |
| Fam.4         | Dificultades de la familia para dar cuidado al anciano, en la colonia Francisco Ferrer Guardia en Xalapa, Ver. durante el período agosto-diciembre del 2002.  |
|               | <b>Categoría SALUD</b>  |
|               | <b>Síndrome de Inmovilidad:</b>   |
| Sal.1         | Conocimientos y habilidades de las enfermeras en la rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad en el paciente geriátrico del Hospital civil “Dr. Luis F. Nachón” de Xalapa, Ver., en el período agosto-diciembre de 2002.                       |
| Sal.2         | Conocimientos y habilidades de las auxiliares de enfermería que laboran en el asilo Sayago, en Xalapa, Ver., en la Rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad en el Paciente Geriátrico, agosto-diciembre 2002.                                 |
| Sal.3         | Conocimiento y habilidades de los estudiantes de la Facultad de Enfermería en la rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad Geriátrica, en Xalapa, Ver, período agosto-diciembre del 2002.  |
|               | <b>Teoría de Virginia Henderson:</b>  |
| Sal.4         | Conocimiento de los estudiantes de la teoría de Virginia Henderson para el cuidado del adulto mayor. Facultad de enfermería grupo 702 y 703   |



|       |   |
|-------|---|
| Sal.5 | <p>Xalapa, Ver., agosto-diciembre 2003.<br/>                 Conocimiento de las enfermeras de la Teoría de Virginia Henderson para el cuidado del anciano en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Luis F. Nachón, Xalapa, Ver. período agosto-diciembre 2003.</p>  |
| Sal.6 | <p><b>Calidad de Vida y Satisfacción del Anciano:</b><br/>                 Influencia de la relación social en la autoestima del adulto mayor que se encuentra en el Asilo Sayago, con el grupo que asiste a las actividades recreativas de la UMF 66 del Seguro Social, en Xalapa, Veracruz. Período agosto-diciembre de 2004.</p> |
| Sal.7 | <p>Expresión de la sexualidad en los docentes adultos mayores de la facultad de enfermería de la Universidad Veracruzana en el período agosto-diciembre 2004.</p>   |
| Sal.8 | <p>Estilo de vida y calidad de vida del adulto mayor en la colonia Francisco Ferrer Guardia AGEB (010-7) en Xalapa, Ver. Período agosto-diciembre 2002.</p>   |
|       | <p><b>Categoría EDUCATIVA</b></p>   |
| Edu.1 | <p>Conocimientos de los estudiantes de la facultad de enfermería en la promoción y protección de la salud del adulto mayor Xalapa Veracruz agosto-diciembre de 2002.</p>  |
| Edu.2 | <p>Conocimientos, habilidades y estrategias de los estudiantes de facultad de enfermería en el proceso de envejecimiento para el cuidado del anciano, agosto-diciembre 2002, Xalpa, Ver.</p>  |
| Edu.3 | <p>Factores de estrés que afectan a los alumnos de la facultad de enfermería ante el cuidado de los ancianos. Agosto-enero 2004.</p>  |
| Edu.4 | <p>El proceso de envejecimiento y su relación con la formación de recursos humanos para el cuidado del anciano en el DIF municipal de Xalapa, Ver. Período agosto-diciembre 2003.</p>   |
| Edu.5 | <p>Relación del programa de control de hipertensión arterial con el nivel de satisfacción que manifiesta la población adulto mayor en la clínica 66 del IMSS.</p>   |
| Edu.6 | <p>Relación entre el proceso de envejecimiento y los contenidos del currículo del plan 90 y Modelo Educativo Flexible e Integral para dar cuidados al anciano en la Facultad de Enfermería. Xalapa, Ver. Agosto- diciembre 2002.</p>  |

### 3.1. CATEGORÍA SOCIAL

En esta categoría se describen y analizan las investigaciones (Soc.1, Soc.2, Soc.3 y Soc.4) relacionadas con el concepto social de los términos anciano y envejecimiento que tiene la sociedad, en específico universitarios de distintas carreras y enfermeras.

### **3.1.1. Representación social del anciano y del envejecimiento**

Según Rodríguez (1994) no se ha estudiado a fondo que es lo que la gente opina de la vejez, qué significa para ellos envejecer, o ser viejo; con que imágenes lo asocia, que sentimientos despierta en ellos, que expectativas evoca, etc. A este conjunto de ideas, imágenes, sentimientos y expectativas se le llama, la *representación social* de la vejez.

En general, la gente procura rehuir lo viejo o, si ya no es posible, disimularlo al menos. La consideración pasiva es manifiestamente, negativa, y en la activa frecuentemente se escuchan más lamentaciones dolorosas que declaraciones de aceptación satisfecha.

“A través de los grupos, los individuos se apropian de los productos de esa elaboración social de los conocimientos, y los hacen propios, los viven en el sentido de que los ejercen traduciéndose a la práctica, y en esa medida son profecías que se autocumplen. En sí, se convierte en una ideología traduciéndose en normas y expectativas de conducta para los individuos. De esta forma la representación social ya no sólo define lo que es la vejez, sino que establece que y cómo se debe ser, que es ser viejo y cómo se debe serlo”. (Rodríguez, 1994, pp.54).

Pero, no son sólo los otros grupos, los no viejos, los que comparten esa representación sino que, siendo el envejecimiento una condición universal, el propio sujeto que envejece la hace suya y de ese modo se convierte en el elemento por el que se autodefine a sí mismo.

A medida que las denominaciones de *viejo o anciano* se han ido desgastando, se procura sustituirlas por otras como de *edad avanzada, de la tercera (o cuarta) edad, adulto mayor* u otros circunloquios que no llevan asociada la carga negativa de las anteriores; estos son en realidad eufemismos<sup>3</sup> inducidos por la necesidad de sustituir denominaciones que han pasado a ser peyorativas, que se han ido convirtiendo en socialmente hirientes, por otras nuevas.

Por lo anterior, las representaciones sociales regulan las expectativas, las actitudes y las conductas de los demás grupos hacia el grupo *viejos* como categoría social, y de los viejos hacia sí mismos como grupo y cómo individuos.

---

<sup>3</sup> Modo de evitar una palabra desagradable para el hablante, sustituyéndola por otra que alude indirectamente al mismo significado.

Por consiguiente, las representaciones sociales no son estáticas, sino que van mudando a medida que cambian las condiciones de la sociedad que las produce; es más, ellas mismas son, en parte responsables de las modificaciones de las condiciones de cambio de dicha sociedad.

La representación social de qué es y cómo debe ser la vejez, y de cómo deben comportarse el resto de los grupos sociales con respecto a la categoría *viejos*, es resultado de una negociación en la que también participa la ciencia; pues la ciencia es, en definitiva, un componente más del sistema de creencias de una sociedad. Dicho de otro modo, los resultados de la ciencia, y sobre todo los de las ciencias sociales, se hacen operativos, aplicables sólo cuando han sido asimilados por la sociedad, y para ello han de ser dinámicamente adaptados, integrados en la correspondiente representación social.

En los tratados de gerontología, y en parte en los de geriatría, en los de sociología o de psicología de la vejez y, sobre todo en sus respectivas teorías se recopila con gran detalle la imagen que desde las diferentes perspectivas teóricas se tiene actualmente de la vejez.

La vejez es, en definitiva, una realidad social construida.

Hay cuatro investigaciones dentro de la categoría social los cuales se describen y analizan a continuación:

- Soc.1. Percepción social que tienen los estudiantes universitarios de la Unidad de Ciencias de la Salud, Xalapa, Ver. agosto-diciembre 2002.**
- Soc.2. Percepción social que tienen sobre el adulto mayor los estudiantes de la Facultad de Estadística UV. Xalapa, Ver. Período agosto-diciembre 2002.**
- Soc.3. Concepto del adulto mayor en los estudiantes de la Facultad de Enfermería que han y no han cursado la Experiencia Educativa de Gerontología. Xalapa, Ver. Agosto-diciembre 2004.**
- Soc.4. Concepto de envejecimiento que subyace en el cuidado que da el personal de enfermería al anciano, en el (CEMEV), Dr. Rafael Lucio, Xalapa, Ver. en el período agosto-diciembre de 2000.**

### 3.1.1.2. DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN<sup>4</sup>

Los **elementos en común** que tienen son:

1. El objetivo común fue: conocer la percepción social (concepto) que tienen los estudiantes de diversas entidades académicas (7<sup>o</sup> semestre de las carreras de nutrición, enfermería, bioanálisis y estadística y 9<sup>o</sup> semestre de medicina y odontología de la UV) sobre el anciano.
2. La variable dependiente es la percepción o concepto social que se tiene del adulto mayor.
3. Los estudios son transversales y descriptivos.
4. Tres de los trabajos (Soc.1, Soc.2 y Soc.3) tienen a estudiantes como sujetos de estudio.
5. El instrumento es un cuestionario de opción múltiple diseñado por los mismos autores.
6. Los resultados de Soc.1 y Soc.2 indican que la percepción que se tiene de la juventud hacia esta etapa de la vida o hacia el individuo anciano es limitada en parte porque no conviven con un anciano cotidianamente (véase TABLA 2)

**Tabla 2. Comparación entre los resultados de las investigaciones Soc.1, 2 y 3.**

| <b>Investigación</b> | <b>Resultados a los que llega</b>   |
|----------------------|---|
| Soc.1                | La mayoría (90.36%) de los universitarios de Ciencias de la Salud tienen estereotipos positivos con respecto al anciano, y 9.64% estereotipos negativos.  |
| Soc.2                | El 70.4% de los alumnos de Estadística consideran al anciano como una persona dependiente en cualquier área. El 66.7% no convive con un anciano. Mencionan que no reciben información adecuada de cómo tratar al anciano así, la percepción de los alumnos de la facultad estadística es limitada.  |
| Soc.3                | 91% de los estudiantes de Enfermería ya han cursado Gerontología. Hay diferencias en relación al concepto de adulto mayor desde los aspectos biológico, psicológico, social, cultural y espiritual según si han o no han cursado la experiencia educativa. También hay diferencias en cuanto a definir la edad del adulto mayor. Los alumnos también mencionaron cuáles son los nombres y edades con los que ubican a los envejecentes. |

Fuente: Apéndice B Matriz de datos de las investigaciones.

<sup>4</sup> Descripción con base en la Matriz de Datos que se puede consultar en el APÉNDICE B.

Comparando los resultados se nota que dependiendo el área profesional de los alumnos, cambia su percepción acerca del anciano. También se observa que cambia el concepto de adulto mayor dentro de la misma área académica (en este caso Enfermería) según se haya cursado o no cierta materia específica (como Gerontología).

**Las diferencias** entre los trabajos son:

1. El período de tiempo en el que se realizaron: Dos se hicieron dentro del período de agosto a diciembre de 2002 (Soc.1 y Soc.2). uno en el de agosto-diciembre de 2004 (Soc.3) y el último (Soc.4) en el período agosto-diciembre de 2000.
2. En el caso de Soc.3 la variable independiente es si han cursado Gerontología o no. y la variable dependiente de Soc.4 es el cuidado de Enfermería hacia el anciano.
3. Las hipótesis: en el trabajo Soc.1 es “la percepción que tienen los estudiantes es errónea”; la de Soc.3 afirma que “los alumnos que han cursado Gerontología tienen mayor claridad del concepto del adulto mayor que los estudiantes que no la han cursado”; y la de Soc.4 “a mayor concepto de envejecimiento que tenga el personal de enfermería, logrará proporcionar un mejor cuidado al anciano”.
4. El tipo de estudio: Soc.1 y Soc.2 son cualitativos; Soc.1 y Soc.3 exploratorios mientras que Soc.2 es además, observacional y prospectivo y Soc.3 comparativo.
5. Los sujetos a quienes les fue aplicado el cuestionario: Soc.1 a alumnos de las carreras de bioanálisis, enfermería, medicina, nutrición, odontología en la Unidad de Ciencias de la Salud (n=83); Soc.2 fue aplicado a estudiantes de la facultad de Estadística de la UV (n=27); Soc.3 a estudiantes de 7º semestre de Enfermería (n=86) y Soc.4 a enfermeros de los servicios de medicina interna, traumatología y cirugía (n=25).

### 3.1.1.2. ANÁLISIS DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Después de revisar estos trabajos se observa que el instrumento que se utilizó en el caso de **los estudiantes universitarios de la Unidad de Ciencias de la Salud (Soc.1)** y **los de la Facultad de Estadística de la UV (Soc.2)**, es el mismo, por lo tanto se comparan los resultados a los que llegan:

La mayoría de **los estudiantes universitarios de la Unidad de Ciencias de la Salud**, tal como se observa en las FIG.1 a la 7, tiene estereotipos positivos con respecto al anciano: Opinan que el anciano es una persona que necesita de amor y cariño, principalmente de sus familiares. También las perciben como personas con experiencias que pueden proporcionar conocimientos a la sociedad y son merecedoras de respeto. Por el contrario, de **los estudiantes de la Facultad de Estadística**, el 70.4% de los alumnos los consideran como personas dependientes en cualquier área que se pueda desarrollar; 66.7% no conviven con un anciano y

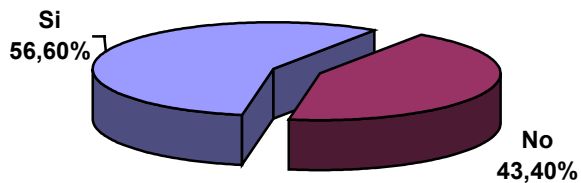
mencionan que no reciben información adecuada de cómo tratar al anciano así, se concluye que su percepción es limitada.

En estos dos trabajos (**Soc.1 y Soc.2**) se pidió la opinión de los estudiantes respecto a: la independencia del anciano, al desempeño laboral que tiene el adulto mayor, como considera el desempeño del anciano dentro del hogar, de la capacidad funcional en cuanto a si lo consideran activo o inactivo, si creen que es afectado por la sociedad, se les preguntó si conviven con un adulto mayor (de más de 60 años) en su hogar, si el grado de escolaridad que tienen influirá en la información que tienen del anciano y cuál es la frecuencia con que se da el maltrato, la desvinculación social, la discriminación y la marginación hacia el anciano.

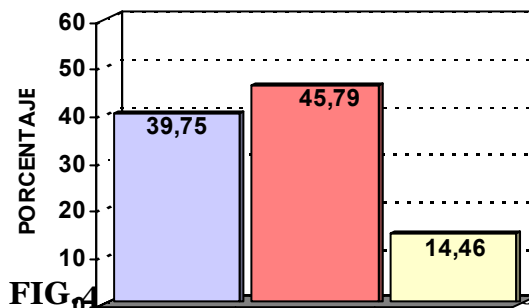
Las opiniones difieren según si se es alumno de la Unidad de Ciencias de la Salud o de la Facultad de Estadística.

Las opiniones de **los estudiantes de la Unidad de Ciencias de la Salud** se reflejan en las figuras 1 a la 7.

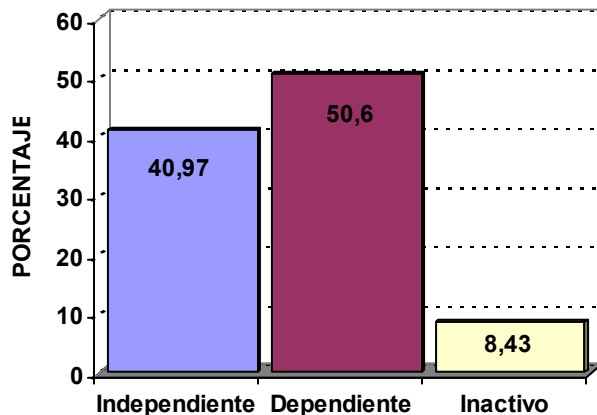
**FIG.1 El anciano es independiente en cuanto a su vida personal.**



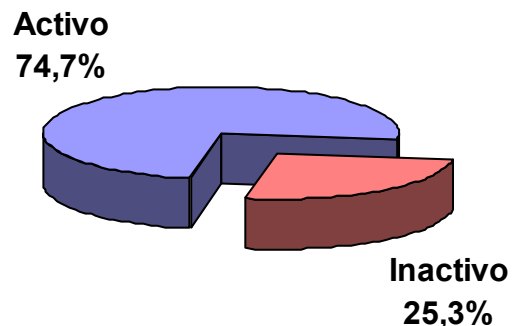
**FIG.2 Lo consideran dependiente en su desempeño laboral:**



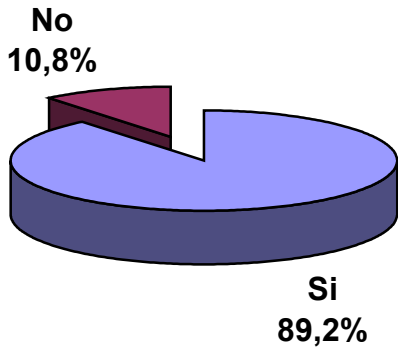
**FIG.3 Lo consideran dependiente dentro del hogar:**



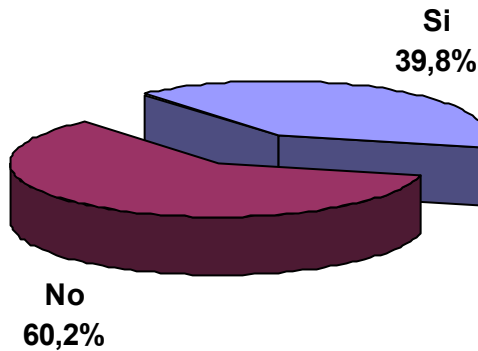
**FIG.4 Lo consideran a su capacidad funcional en la vida personal como:**



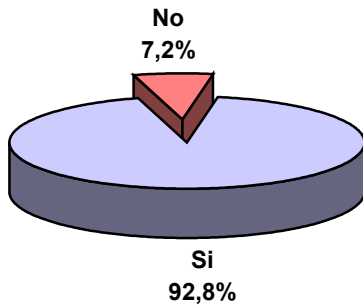
**FIG.5 El anciano es afectado por la sociedad al provocarle retraimiento y aislamiento:**



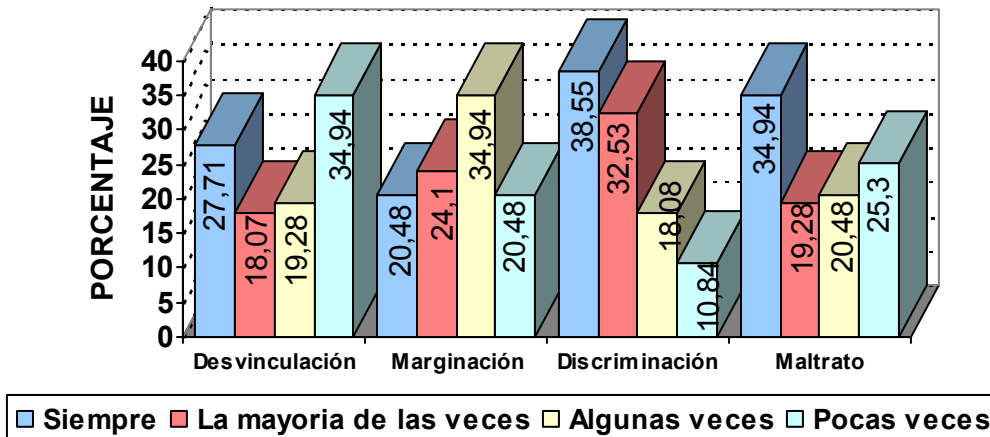
**FIG.6 Los estudiantes conviven con un adulto mayor en su hogar:**



**FIG.7 El grado de escolaridad influye en la información que tienen los estudiantes del anciano:**

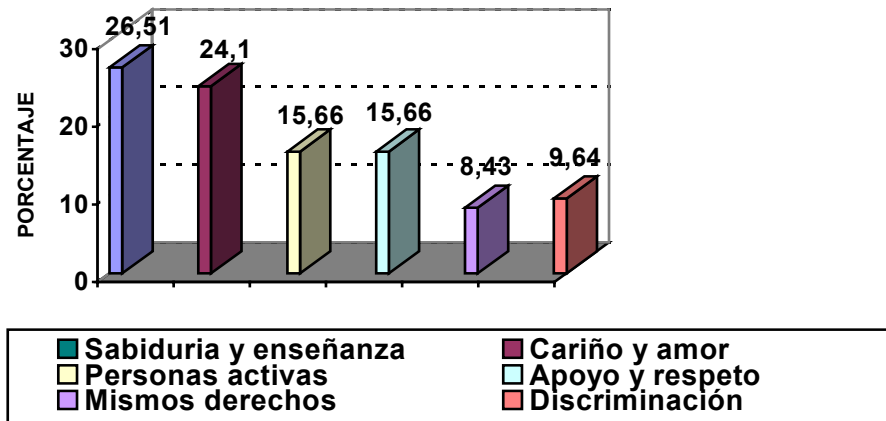


**FIG. 8 Opinión de los estudiantes acerca de la frecuencia con que se da la desvinculación social, la marginación, la discriminación y el maltrato hacia el anciano.**



Como resultado de esta investigación (**Soc.1**) se observa que la representación social que tienen los estudiantes de Ciencias de la Salud acerca del anciano, tiene una connotación positiva, como puede apreciarse en la FIG. 9 ya que lo consideran como una persona con sabiduría y enseñanza, que necesita de cariño y amor principalmente el de sus familiares, como una persona activa que merece respeto y apoyo, y no debe ser discriminado pues tiene los mismos derechos que el resto de la sociedad. Por lo anterior se observa que el concepto de los estudiantes de la Unidad de Ciencias de la Salud, es bueno.

**FIG.9 Concepto que tienen los estudiantes del adulto mayor en la Unidad ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana.**



En comparación, según lo descrito por Lozano (2002), **los estudiantes de la Facultad de Estadística de la UV (Soc.2)** opinan que el anciano es dependiente en cuanto a su vida personal, en su desempeño laboral, en el doméstico y lo perciben más bien un ser pasivo. Esta dependencia de la que se habla pudiera ser resultado de la privación de algunos papeles que antes fungían y los que ahora tienen no están bien definidos, creando una confusión en cuanto a donde deben ubicarse para desarrollar sus actividades de acuerdo a su edad, gustos y capacidades.

Así como los de Ciencias de la Salud, los estudiantes de Estadística están de acuerdo en que el anciano es afectado negativamente por la sociedad. En general, no conviven en su hogar con un adulto mayor y quizás esta sea una de las causas por las que aceptan y se comportan de acuerdo a los estereotipos asignados por la sociedad. Y ellos reconocen que no tienen información apropiada sobre cómo tratar al anciano.

Acerca de las situaciones dadas con mayor frecuencia por la sociedad hacia el anciano se tienen los siguientes porcentajes: los ancianos son marginados siempre (37%); se dividen las opiniones en cuanto a que el maltrato se da siempre (37%), o pocas veces (44.4%); la desvinculación o exclusión social se presenta pocas veces (37%) y sólo algunas veces la discriminación (40.8%).



El concepto sobre ancianos que tienen estos estudiantes difiere, se resume en que los ancianos son personas que necesita amor y cariño, pero éste no se le brinda a causa de los falsos estereotipos que se ha creado la sociedad de un anciano, lo que conlleva a que se piense que es una persona dependiente. Se puede afirmar que la percepción de los alumnos de la Facultad de Estadística es limitada.

En la TABLA 3 se muestran las diferentes respuestas entre alumnos de una y otra formación académica en cuanto a la opinión que tienen del anciano.

**Tabla 3. Comparación de las respuestas en porcentajes de estudiantes de dos diferentes áreas obtenidas a partir de los trabajos Soc. 1 y Soc.2.**

| <b>Preguntas del cuestionario</b>  | <b>Opciones de respuesta</b>             | <b>Respuestas en % de los Estudiantes de Ciencias de la Salud</b> | <b>Respuestas en % de los Estudiantes de Estadística</b> |
|--|--|---|--|
| <b>¿Cómo consideras al anciano?</b>  | Activo<br>Inactivo                       | 74.70<br>25.30  | 48.10<br>51.90   |
| <b>¿Consideras que el anciano es afectado por la sociedad?</b>   | Si<br>No                                 | 89.20<br>10.80  | 77.80<br>22.20   |
| <b>¿En tu hogar convives con una persona mayor de 60 años?</b>   | Si<br>No                                 | 39.80<br>60.20  | 33.30<br>66.70   |
| <b>¿Cómo consideras al anciano en cuanto al desempeño domestico?</b>   | Independiente<br>Dependiente<br>Inactivo | 40.97<br>50.60<br>08.43   | 25.93<br>48.14<br>25.93                                  |
| <b>¿Cómo consideras al anciano en cuanto al desempeño laboral?</b>   | Independiente<br>Dependiente<br>Inactivo | 39.75<br>45.79<br>14.46   | 22.20<br>51.85<br>25.93                                  |
| <b>¿Crees que el anciano es independiente?</b>   | Si<br>No                                 | 56.60<br>43.40  | 29.60<br>70.40   |
| <b>¿Crees que el nivel escolar que tienes te permite tener una amplia información acerca del adulto mayor?</b> | Si<br>No                                 | 92.80<br>07.20  | 40.70<br>59.30   |
| <b>¿Qué opinión tienes del adulto mayor?</b>   | <i>Libre</i>                             |   |  |

Fuente: Elaborada a partir de los datos obtenidos en Soc.1 y Soc.2

Como puede observarse, **los estudiantes de Ciencias de la Salud** en su mayoría, conceptúan positivamente al anciano y **los de la Facultad de Estadística** lo consideran como una persona dependiente en cualquier área que se desarrolle.

De acuerdo al trabajo **Soc.3** de Argüello et al (2004) la mayoría (91%) de **los 86 estudiantes de séptimo semestre de enfermería de la UV**, ya ha cursado la experiencia educativa<sup>5</sup> de Gerontología por lo que se puede suponer que tienen un conocimiento más amplio del adulto mayor y por ende han desarrollado un mejor concepto de esta etapa de la vida. Los resultados obtenidos en esta investigación se resumen en la TABLA 4.

**Tabla 4. Comparación de las respuestas obtenidas sobre el concepto de adulto mayor aplicada a estudiantes de 7º semestre de Enfermería que han y no han cursado la experiencia educativa de Gerontología.**

| <b>Opiniones sobre</b>                                       | <b>Alumnos que cursaron Gerontología</b>   | <b>Alumnos que no han cursado Gerontología</b>  |
|--|--|---|
| <b>El concepto de adulto mayor en el aspecto biológico</b>   | 82% opina que es un individuo que sufre cambios inter e intra moleculares en su ADN lo cual dificulta los intercambios nutricionales de órganos y tejidos. | 50% opina que la mayoría de las personas mayores tienen mala salud.   |
| <b>El concepto de adulto mayor en el aspecto psicológico</b> | 77% contestó que es un individuo que sufre una pérdida o disminución de la autoestima.   | El 75% está de acuerdo en que es un individuo que sufre cambios cognitivos, afectivos y de personalidad a lo largo del ciclo vital.   |
| <b>El concepto de adulto mayor en el aspecto social</b>      | 91% opinó que es una persona que sufre cambios fisiológicos y sufre un decremento de las actividades físicas y sociales.                                   | 50% afirma que es un individuo que sufre una baja en sus roles sociales y la mayoría se encuentran aisladas de su familia y el otro 50% contestaron lo mismo que los que cursaron gerontología. |
| <b>El concepto de adulto mayor en el aspecto cultural</b>    | 53% contestó que es un individuo que no le gusta salir al cine, teatro, parque, etc.   | 75% contestó que es un individuo que transmite conocimientos y experiencias de la vida sus valores y mitos.   |
| <b>El concepto de adulto mayor en el aspecto espiritual</b>  | 92% dice que es un individuo con necesidades condicionantes a creer en un ser superior.  | 50% está de acuerdo con lo anterior y el otro 50% dice que es un individuo que busca perdón hacia sus pecados.  |
| <b>La edad en que se considera a un adulto mayor</b>         | 90% menciona que la edad a partir de la que se considera adulto mayor a una persona es de los 40-49 años.  | 75% consideran que se es adulto mayor a partir de los 50-59 años.   |
| <b>Los diferentes</b>  | 40-49 años: pre-vejez  |   |

<sup>5</sup> Experiencia educativa es el nombre por el cual se le conoce a las Asignaturas según el Modelo Integral Flexible que es el nuevo plan curricular de la Universidad Veracruzana.

|  |   |
|--|---|
| <b>nombres que le dan a cada grupo de edad</b> | 50-59 años: adulto mayor<br>60-69 años: anciano<br>70-79 años: abuelo<br>80-89 años: tercera edad<br>Más de 90: longevo |
|--|---|

Fuente: Elaborada a partir de los resultados de la investigación Soc.3 de Argüello et al (2004)

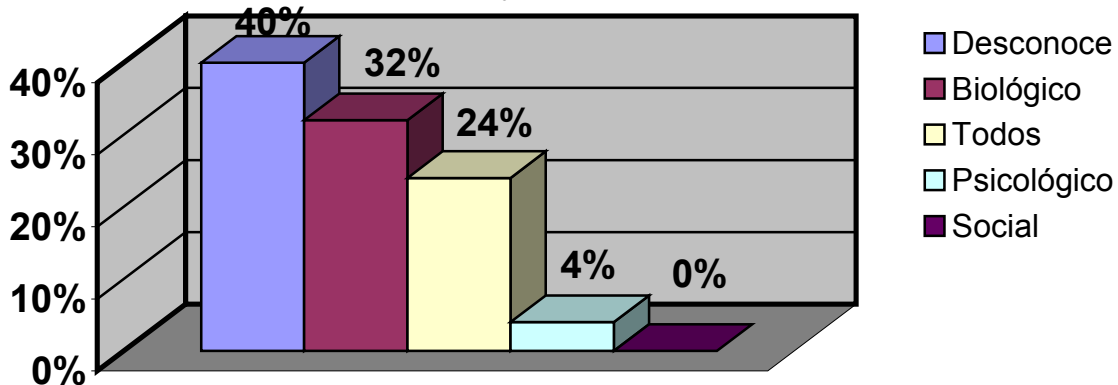
Por último, en el trabajo **Soc.4** de González (2002) donde **las enfermeras** ya aplican el concepto del anciano que tienen para el cuidado del mismo individuo, se puede comprobar que no difieren mucho los resultados con los otros tres trabajos mencionados arriba.

En la FIG.10 se aprecia cómo conciben las enfermeras del CEMEV (Centro de Especialidades Médicas de Veracruz) el proceso de envejecimiento.

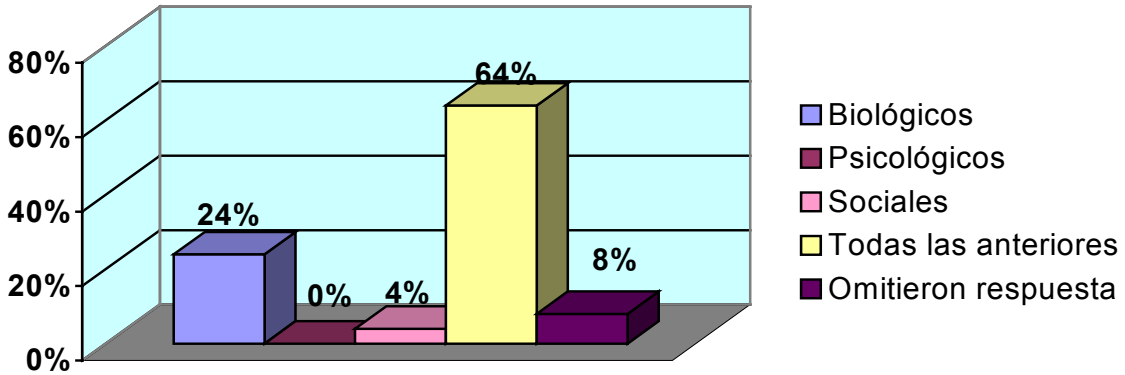
En la FIG.11 se observa el enfoque en el que sitúan al proceso de envejecimiento. Estos resultados indican que, las enfermeras en su mayoría, lo conciben como un proceso biopsicosocial, pero la diferencia que existe con la FIG.10 demuestra que no tienen muy claro este concepto.

Como se observa, hubo un 8% que no opinaron al respecto y en la FIG.10 un 40% no supo explicarlo en sus propias palabras. Este es un dato importante pues indica que existe una escasez de conocimientos, A pesar de que en su mayoría son licenciados en enfermería, las enfermeras del CEMEV tienen un pobre concepto de envejecimiento.

FIG. 10 Las enfermeras explican en sus propias palabras el proceso de envejecimiento

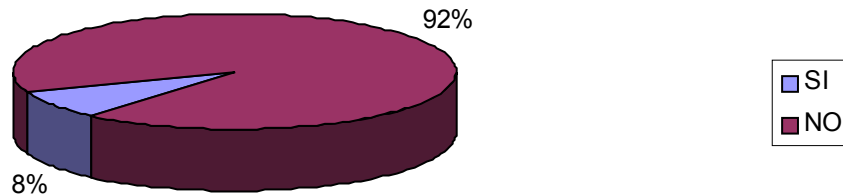


**FIG. 11 Respuesta de las Enfermeras del CEMEV a la pregunta de opción múltiple: ¿En cuál de estos aspectos enfoca al envejecimiento?**

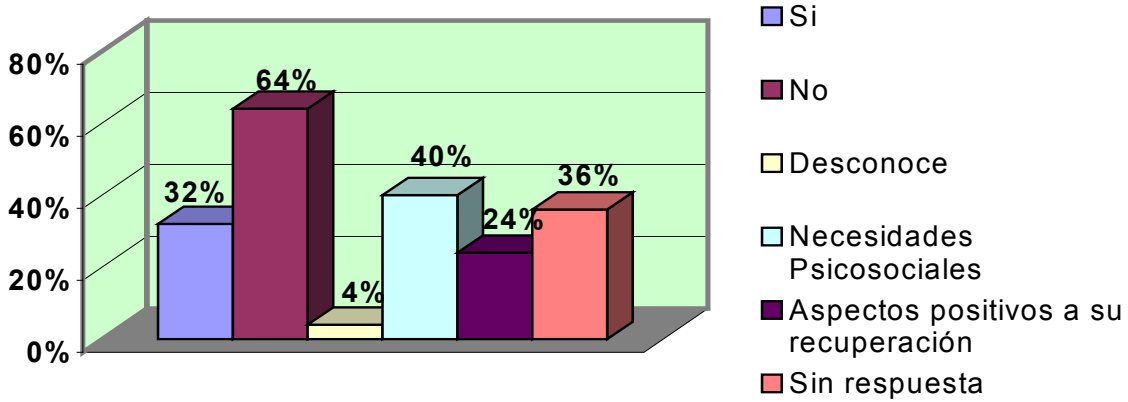


Además en la FIG.12 se aprecia que la mayoría del personal del Hospital no ha recibido capacitación dentro del Hospital para proporcionar cuidados al anciano. Y esto se puede constatar en la FIG.13, donde se observa la respuesta de las enfermeras cuando se les preguntó si brinda los mismos cuidados a un adulto y a un anciano con la misma patología.

**FIG.12 Porcentaje de enfermeras que han recibido capacitación dentro del Hospital para dar cuidado al paciente anciano**



**FIG.13 Respuesta de las enfermeras del CEMEV al preguntarles ¿Proporcionaría los mismos cuidados a un adulto y a un anciano que presentaran la misma patología? ¿Por qué?**



**FIG.14 ¿Considera necesario que se de apoyo psicológico al anciano?  
¿Por qué?**



Otro dato interesante es que, al preguntarles si consideran necesario que se le de apoyo psicológico al paciente que tiene alguna alteración emocional, todas las enfermeras contestaron que sí, tal como se aprecia en la FIG.14. Aunque también se observa que un buen porcentaje de la población estudiada no sabe explicar por qué considera importante este apoyo del psicólogo.

Según lo plantea en su hipótesis, González (2002) comprueba que entre más conocimientos obtenga el personal de Enfermería acerca del proceso de envejecimiento, tendrá más presente el cuidado tan minucioso que requieren los pacientes ancianos. Es decir, si el concepto que tienen las enfermeras sobre el anciano y el envejecimiento mejora, también mejorará el servicio otorgado a estos pacientes.

### 3.2. CATEGORÍA FAMILIAR

Las investigaciones de esta categoría, tienen en común a la familia que es un factor relevante en la adquisición y mantenimiento de una buena vejez. En esta sección se analizan la preparación para el cuidado del anciano saludable (Fam.1) o enfermo (Fam.4); la importancia del reconocimiento por parte de la familia hacia la contribución de éste (Fam.2) y las dificultades que experimentan cuando viven con él (Fam.3).

### **3.2.1. La familia y el anciano**

La familia es parte fundamental en la vida del anciano pues sirve como principal red de apoyo social de este (Amores et al, 2003 y González-Celis, 2003). Por ello, es importante conocer el papel del anciano dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional.

En esta época donde las familias se caracterizan por ser multigeneracionales<sup>6</sup>, el anciano participa y se relaciona con los distintos integrantes de la familia estableciendo nuevos papeles y diferentes necesidades en cada etapa. La satisfacción en la vida suele medirse por la relación con los hijos y el resto de los miembros de la familia (González-Celis, 2003).

El anciano suele vivir en su propio domicilio hasta que algo le impide seguir así (posiblemente una enfermedad, la muerte del cónyuge, etc.). Al irse a vivir con los hijos, comienza una relación del tipo intercambio de derechos y obligaciones, de dar y recibir.

Los ancianos, en las familias contemporáneas, colaboran con la atención del nieto, en especial si los padres trabajan. Por otro lado los abuelos esperan ser retribuidos con afecto, apoyo moral y ayuda financiera o en especie; y atención de los más viejos y enfermos. Así, además de recibir apoyo social, las personas mayores no sólo son receptoras de ayuda sino que también realizan una serie de aportaciones de carácter material, económico y afectivo a los miembros más jóvenes de la familia.

En el juego de estas expectativas mutuas operan muchos de los nuevos conflictos intergeneracionales entre hijos adultos y padres viejos.

---

<sup>6</sup> La familia multigeneracional es una organización relacional muy compleja en la que hoy tres, cuatro o más generaciones deben adaptarse simultáneamente a diversos cambios en el ciclo de vida familiar. En ella se presenta el fenómeno de la *verticalización* esto es, el número de generaciones vivas aumenta e incrementa las posibilidades de mantener relaciones intergeneracionales (abuelos, bisabuelos), al tiempo que las relaciones intrageneracionales (hermanos, tíos, primos) se contraen al disminuir el número de miembros de una generación.

En el caso de irse a vivir con los hijos cuando irrumpe una enfermedad o discapacidad, el problema de la dependencia está ahí y es necesario reorganizar el sistema familiar (González-Celis, 2003).

La dependencia es uno de los temas más críticos frente a la vejez y a la familia del que envejece, porque afecta fuertemente la relación con los hijos y remite al planteamiento confuso de la reversión de roles. Para un anciano, perder la independencia es perder el control de su propia vida y afecta fuertemente sus sentimientos de autoestima. Es necesario enfatizar que un viejo no puede asimilarse a la imagen de un niño, ni nunca será el hijo de su hijo; aun en su fragilidad, sigue siendo el padre con su historia familiar (Moragas, 1995). El hombre que envejece conserva su adultez emocional y su conducta debe ser significada en el contexto de una larga historia de vida.

Aunque la responsabilidad filial, como pauta social, posee menor peso social que la responsabilidad frente a los hijos, no es fácil aseverar que está ausente, como lo indica González-Celis (2003). La distribución de roles entre los diferentes hijos suele asignar a uno de ellos el papel de cuidador de los padres, papel que habitualmente recae en una hija o nuera.

En la familia funcional, los hijos adultos asumen la responsabilidad frente a los padres viejos, aunque en ocasiones ello implica un sentimiento de rechazo y abandono por parte de los ancianos (Chacón et al, 2002). Todo ello puede hacer que surjan diversas dificultades en la familia (Limón et al, 2002) como las: económicas, culturales, psicológicas y sociales, y durante el cuidado al anciano.

Pero, ya que existe evidencia suficiente sobre el papel relevante del bienestar subjetivo en la calidad de vida del anciano (González-Celis y Sánchez-Sosa, 2000 y 2001), la percepción del bienestar subjetivo estará condicionada por el apoyo psicológico y social familiar que reciba el anciano, que va a influir junto con las características individuales, motivaciones, valores y preferencias en su calidad de vida.

Dentro de la categoría familiar se describen y analizan las siguientes investigaciones:

**Fam.1. Conocimientos, habilidades y estrategias de la familia en el proceso de envejecimiento para el cuidado del anciano en el AGEB 014-5 en Xalapa, Ver. período agosto-diciembre 2002.**

**Fam.2. Contribución y función económica y social de los adultos mayores en su hogar y su reconocimiento por la familia en la zona centro, Xalapa, Veracruz, agosto-diciembre 2002.**

**Fam.3. Dificultades de la familia para dar cuidado al anciano, en la colonia Francisco Ferrer Guardia en Xalapa, Ver. durante el período agosto-diciembre del 2002.**

**Fam.4. Conocimiento de la familia para la atención del adulto mayor con DMNID en el Centro de Salud “Miguel Alemán” en el período agosto-diciembre 2003.**

### 3.2.1.1. DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN<sup>7</sup>

#### **Elementos en común:**

1. Tres de ellas (Fam.1, Fam.2 y Fam.3) se hicieron dentro del período de agosto a diciembre de 2002.
2. Fam.1 y Fam.4 tienen como objetivo: conocer si la familia es apta en conocimientos para cuidar a los ancianos que viven con ella.
3. Las variables dependientes: cuidado del anciano con vejez normal (Fam.1) o patológica (Fam.4).
4. Las variables independientes: conocimientos, habilidades (Fam.1 y Fam.4) y dificultades (Fam.3) de los sujetos de estudio.
5. La hipótesis (de Fam.1, Fam.3 y Fam.4) se resumen en que el nivel de conocimientos, habilidades o dificultades que posean las familias del anciano y su proceso de envejecimiento influirá en el cuidado que se tenga hacia este paciente.
6. Los estudios son descriptivos y transversales.
7. Los sujetos a quienes les fue aplicado el cuestionario: a familias que están conformadas por un miembro anciano.
8. El instrumento es un cuestionario con respuestas de opción múltiple diseñado por los autores.

#### **Diferencias:**

1. Fam.4 se hizo dentro del período de agosto a diciembre de 2003.
2. El objetivo de Fam.2 es conocer la manera en que es reconocida por la familia la contribución económica y social que hace el adulto mayor en una zona de Xalapa y Fam.3 pretende informar de las dificultades de la misma para dar cuidado al anciano.

---

<sup>7</sup> Descripción con base en la Matriz de Datos que se puede consultar en el APÉNDICE B.



3. Fam.2 indica como variable dependiente el reconocimiento familiar y como variables independientes la contribución, función económica y social del adulto mayor.

4. La hipótesis de Fam.2 es “el nivel de contribución por parte del adulto mayor influenciará en el reconocimiento familiar que se le de”.

5. La investigación Fam.3 reconoce el estudio como prospectivo.

6. El número de familias entrevistadas: 165 en Fam.2; 90 en Fam.3; 8 en Fam.4 y no se especifica el número de la muestra en Fam.1.

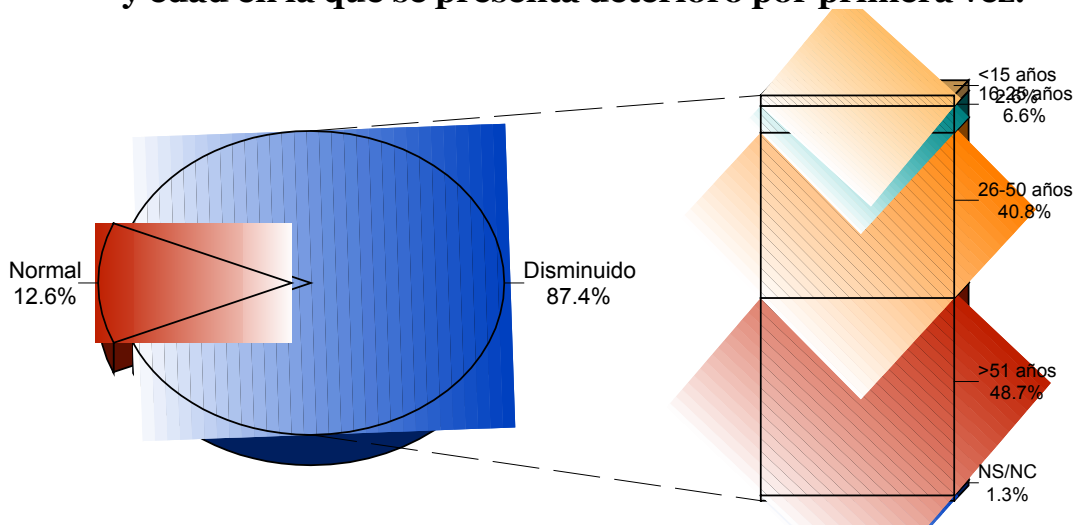
### 3.2.1.3. ANÁLISIS DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

En el análisis de las 4 investigaciones (Fam.1, Fam.2, Fam.3 y Fam.4) se encontró que:

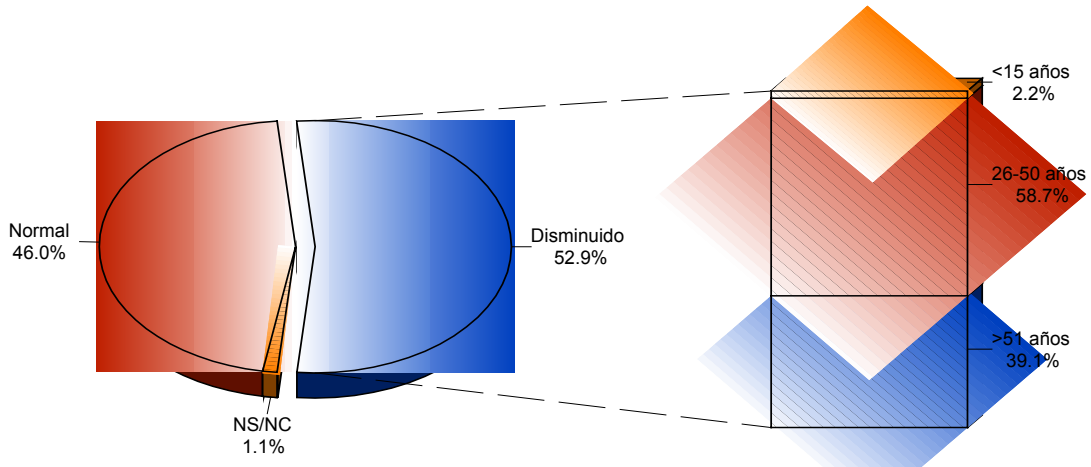
**Las familias de la zona Centro de Xalapa (Fam.1)** apuntan la situación de los ancianos con los que viven (que por lo general son sus padres). Ellos refieren una población de 46 mujeres y 41 hombres quienes tienen entre 60 y 95 años de edad. Tomando en cuenta que todos estos datos fueron referidos por la familia del anciano, los resultados señalan la percepción de los familiares y no la de los ancianos mismos, por lo que las respuestas podrían variar de acuerdo a la percepción del anciano.

Se evaluaron, como se observa en las FIG.15, 16, 17 y 18, los conocimientos, la percepción, las estrategias que siguen y las habilidades que poseen los familiares para el adecuado cuidado del anciano.

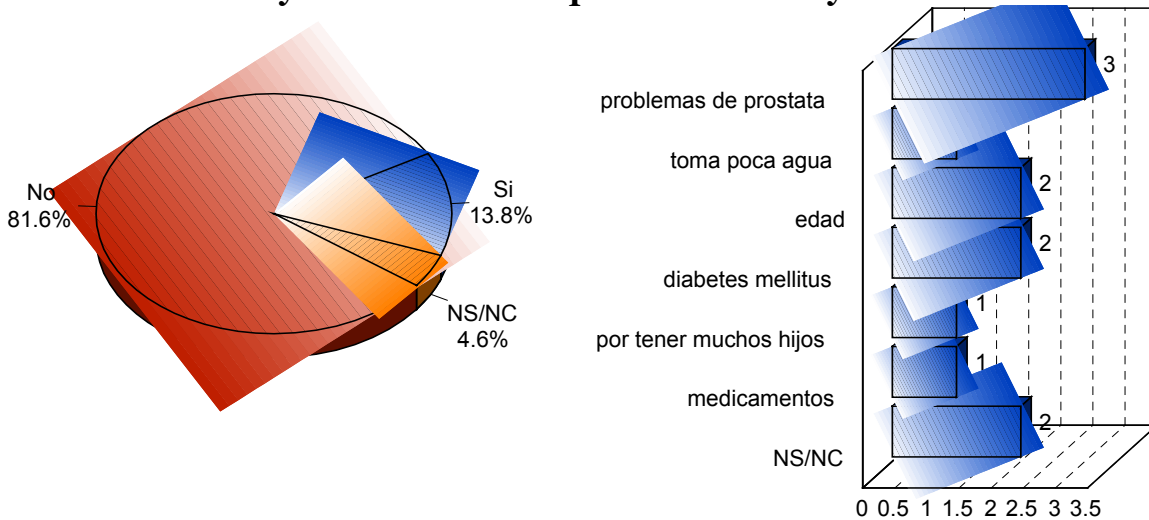
**FIG.15 CONOCIMIENTOS DE LOS FAMILIARES**  
**Fig.15.1 Sobre el nivel de visibilidad de su adulto mayor y edad en la que se presenta deterioro por primera vez.**



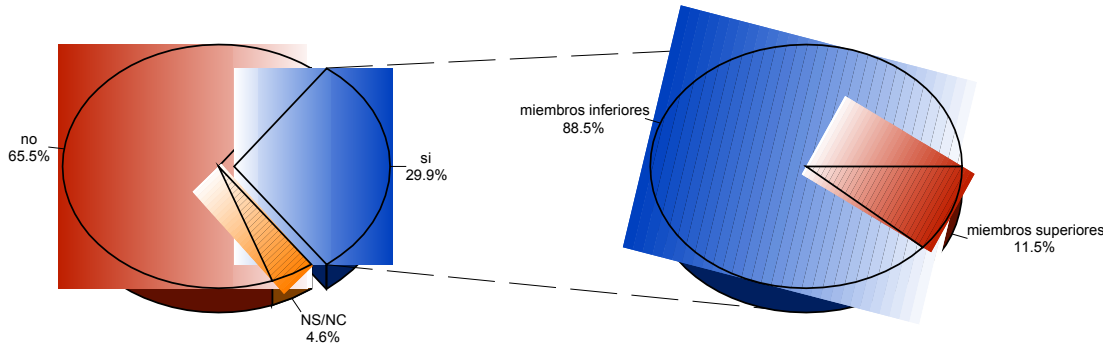
**Fig.15.2 Acerca del nivel de audición de su adulto mayor y edad en la que se presenta por primera vez.**



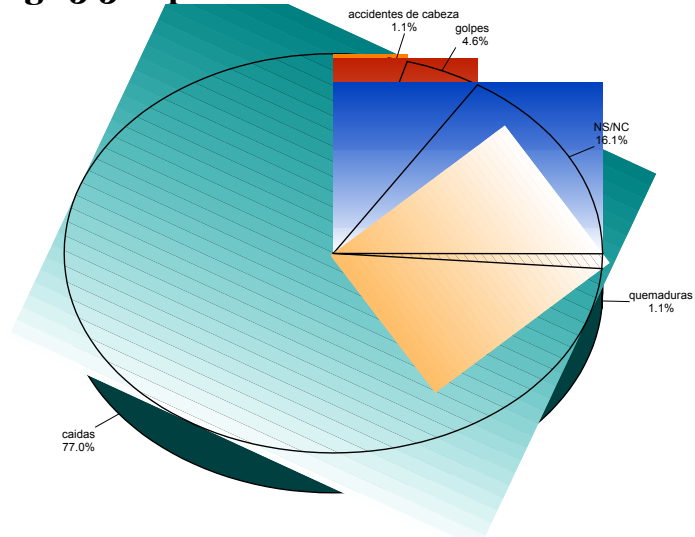
**Fig.15.3 Sobre el porcentaje de la incontinencia urinaria de su adulto mayor y las causas a las que se les atribuyen**



**Fig.15.4 Sobre la disminución de la circulación y su ubicación común.**

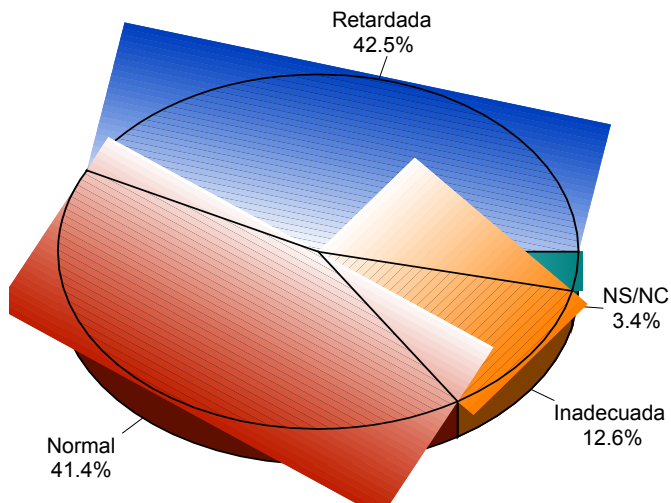


**Fig.15.5 Tipo de accidente más frecuente.**

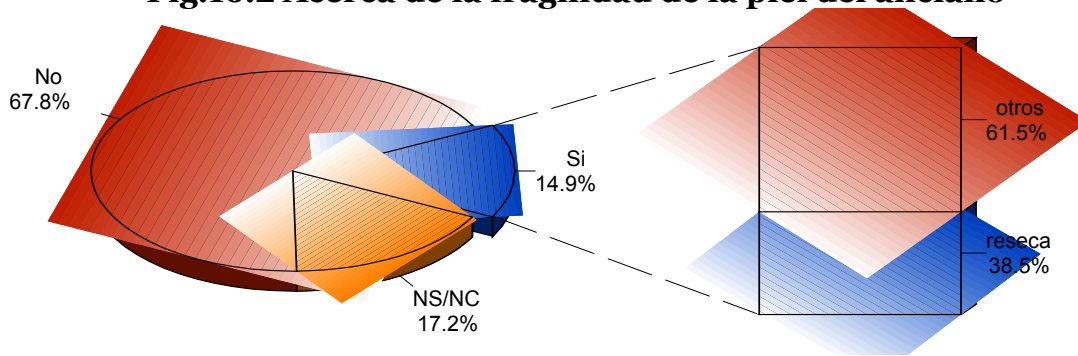


**FIG.16 PERCEPCION DE LOS FAMILIARES**

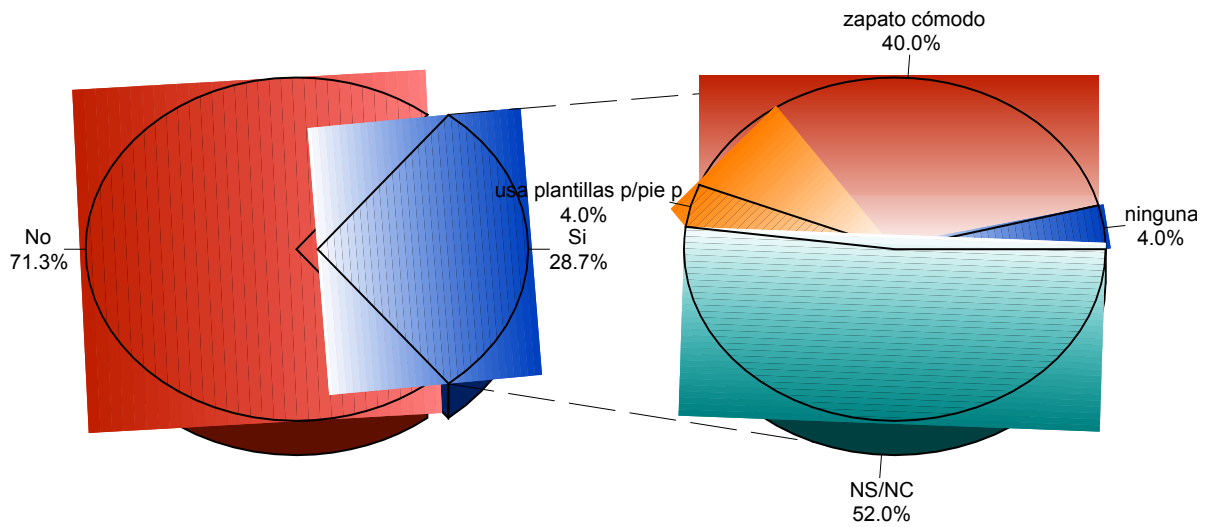
**Fig.16.1 Sobre la forma de responder por parte del anciano**



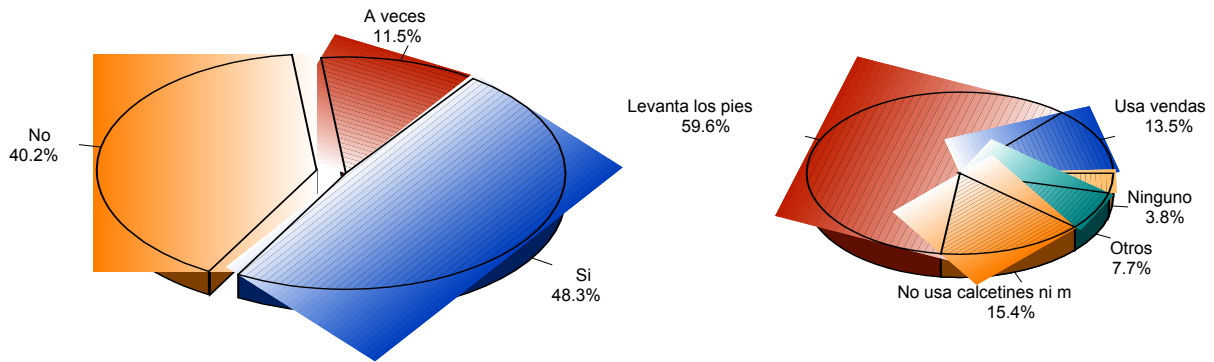
**Fig.16.2 Acerca de la fragilidad de la piel del anciano**



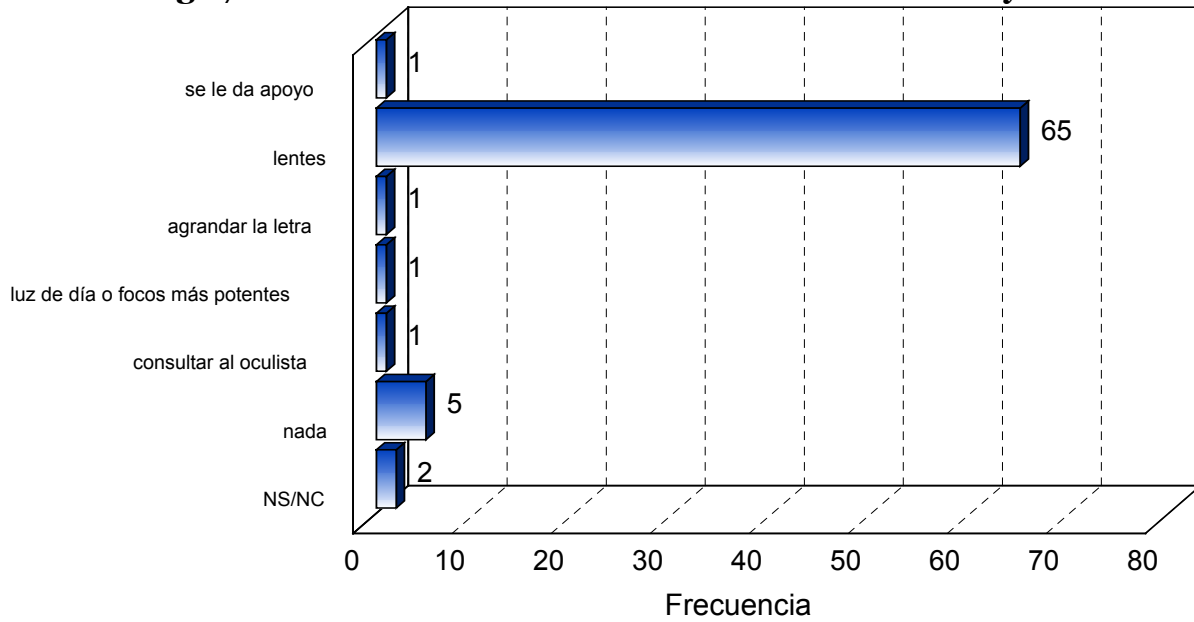
**Fig.16.3 Acerca de la deformidad de pie en el adulto mayor y lo que utiliza para disminuir las molestias ocasionadas**



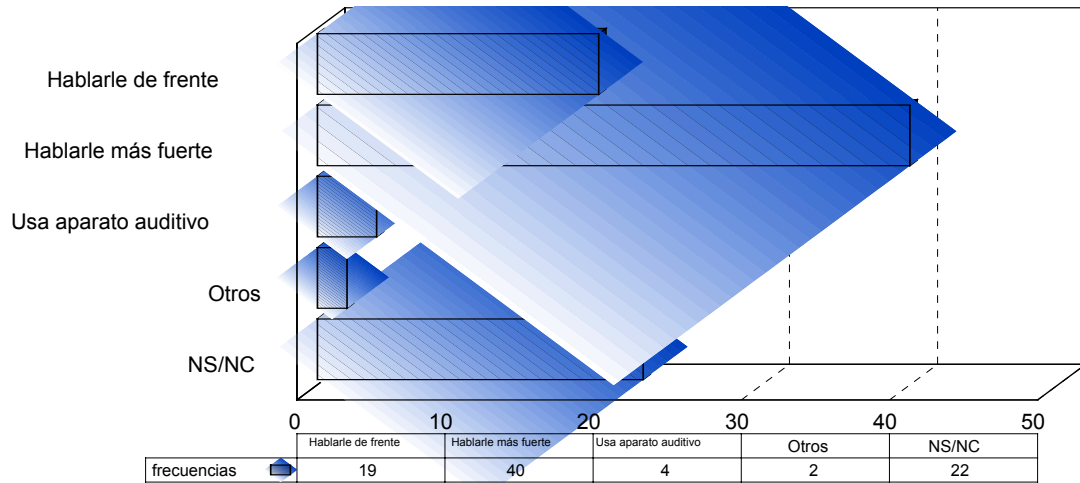
**Fig.16.4 Sobre la aparición del edema en pies del adulto mayor y las medidas que toma para mejorar esta molestia**



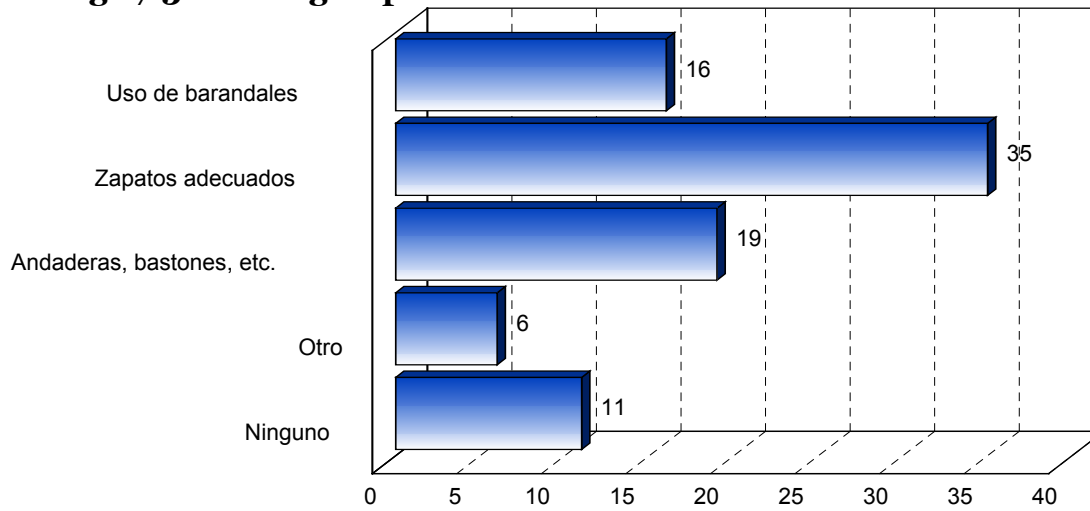
**FIG.17 ESTRATEGIAS DE LA FAMILIA**  
**Fig.17.1 Para favorecer la visibilidad de su adulto mayor.**



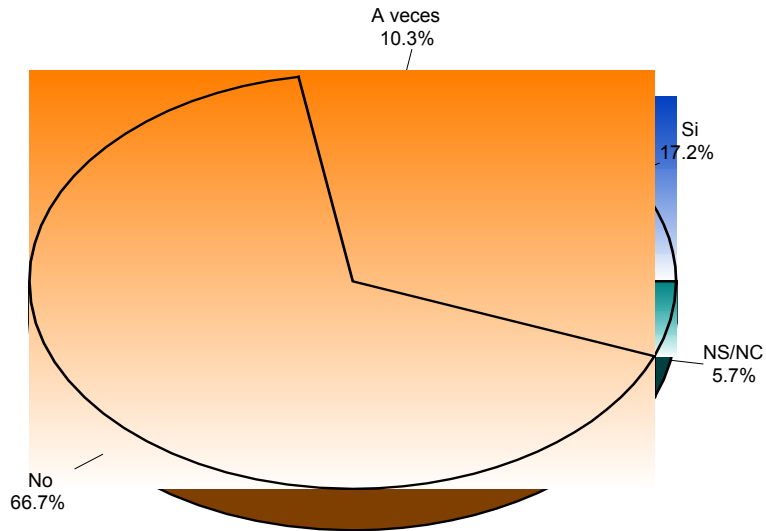
**Fig.17.2 Para que el adulto mayor escuche sin problemas.**



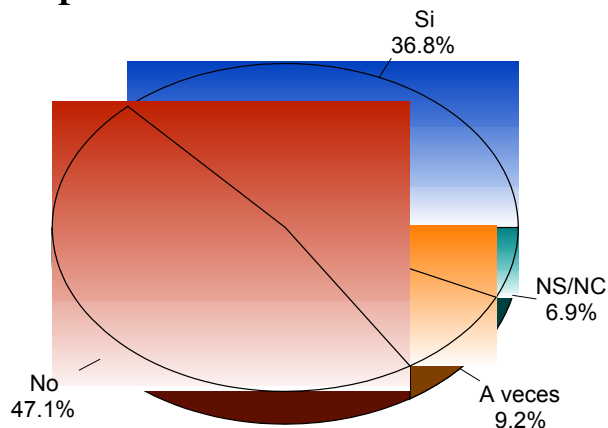
**Fig.17.3 Estrategias para evitar los accidentes en los ancianos**



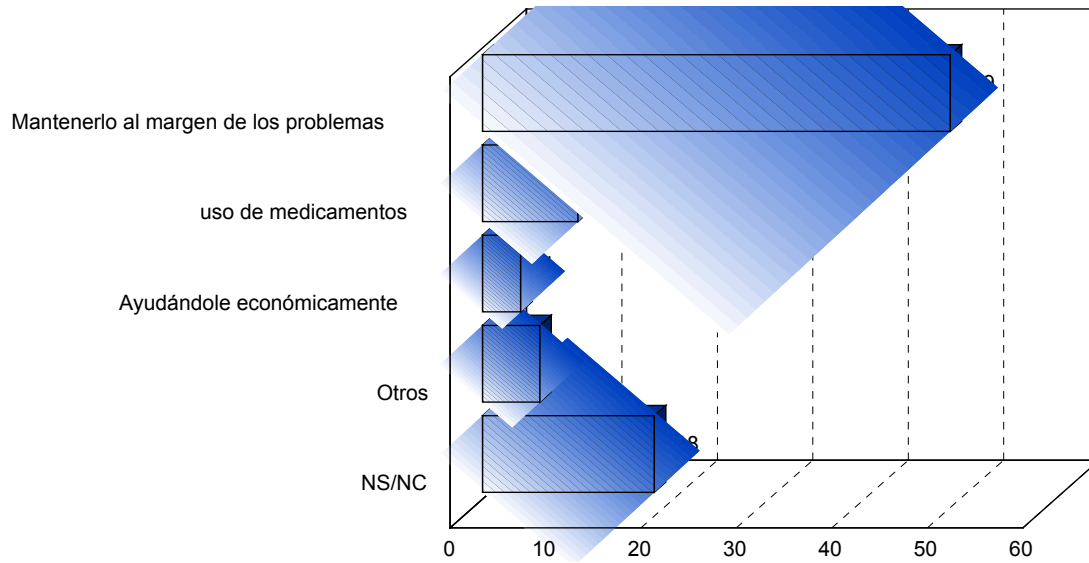
**FIG.18 HABILIDADES DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO DEL ANCIANO**  
**Fig.18.1 Para poder identificar la presencia de la dificultad para respirar.**



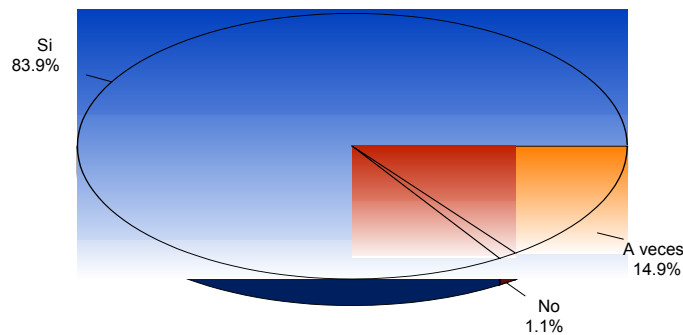
**Fig.18.2 Habilidad para identificar la exaltación del adulto mayor.**



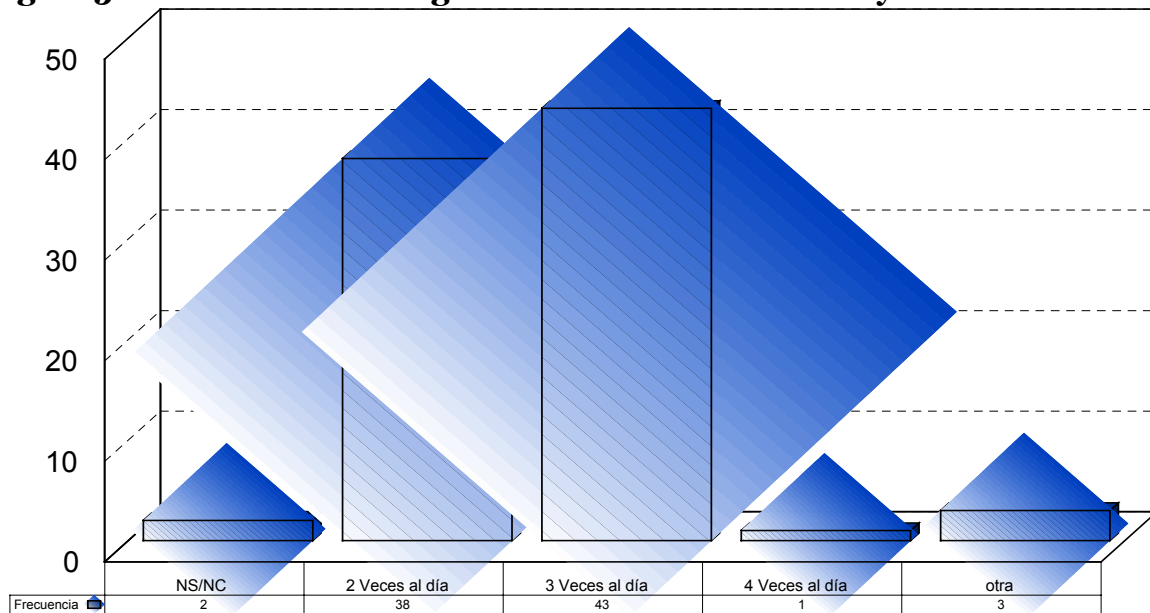
**Fig.18.3 Estrategia que utilizan para evitar la exaltación de su anciano.**



**Fig.18.4 Habilidad de la familia para convencer a su adulto mayor de bañarse diariamente**

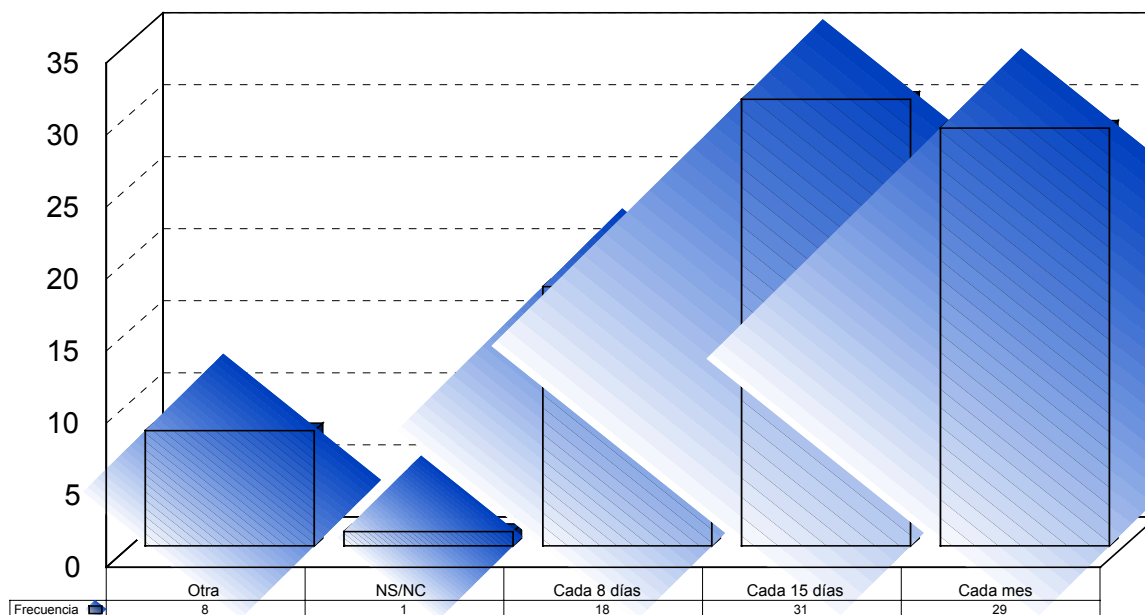


**Fig.18.5 Frecuencia de la higiene bucal en el adulto mayor en esta colonia**



**Fig.18.6 Frecuencia del cuidado de las uñas del anciano de esta colonia**





De este trabajo (**Fam.1**) se desprende que es necesaria, y en algunos casos urgente, la capacitación a familiares que tengan a su cuidado a un anciano, pues ellos muchas veces tienen dudas, que de no resolverse, podrían empeorar o perjudicar la situación del anciano.

Gracias a esta investigación, Chacón et al (2002) fungieron como promotores de la salud al resolver las dudas que surgieron a los familiares del anciano contribuyendo así a la calidad en la atención al mismo. Ellos sugieren mejorar la capacitación al personal de Enfermería que trabaja en los Centros de Salud para que conteste correctamente a las dudas que surjan de la familia y que los ancianos reciban una educación en la que se les enseñe a cambiar su estilo de vida incorrecto para que puedan alcanzar la senectud lo más sanos posible.

El siguiente estudio (**Fam.2**) se realizó en el mismo AGEB 014-5, pero su objetivo fue diferente, al pretender conocer **la manera en que es reconocida por la familia la contribución y las funciones económicas y sociales que realiza el adulto mayor que vive en la zona Centro de Xalapa.**

Estos datos también fueron proporcionados por un familiar del anciano que vive con él. Según ellos, el 78% de los ancianos que viven en esta zona, contribuyen de alguna manera con su familia, y la forma en cómo lo hacen se muestra en la TABLA 5.

Como respuesta de estas aportaciones, los familiares opinan que la mayoría de los adultos mayores sí recibe reconocimiento por parte de ellos y solo un pequeño porcentaje no lo recibe. La forma de expresar este reconocimiento se plantea en la TABLA 6.

**Tabla 5. Contribución de los adultos mayores en su hogar**

| <b>Forma en la que contribuyen los ancianos en su hogar</b> | <b>Si contribuyen</b> | <b>No contribuyen</b> |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Con muebles e inmuebles                                     | 26%                   | 74%                   |
| Con dinero :  | 59%                   | 41%                   |
| de su pensión   | 34%                   |                       |
| de su trabajo   | 19%                   |                       |
| de sus ahorros  | 6%                    |                       |
| Con orientación y consejos a su familia y a la sociedad     | 49%                   | 51%                   |
| Conocimientos obtenidos:                                    | 42%                   | 58%                   |
| con base en su experiencia en sus estudios                  | 38%                   |                       |
|   | 4%                    |                       |

Fuente: Porcentajes obtenidos de la investigación Fam.3

**Tabla 6. Reconocimiento familiar hacia la contribución del anciano**

| <b>Forma en la que los familiares expresan reconocimiento a su anciano</b> | <b>Ancianos que si son reconocidos</b> | <b>Ancianos que no son reconocidos</b> |
|--|--|--|
| Con dinero   | 36%                                    | 8%                                     |
| Muestras de cariño   | 33%                                    |  |
| Palabras   | 18%                                    |  |
| Reconocimientos escritos   | 5%                                     |  |
| TOTAL  | 92%                                    |  |

Fuente: Porcentajes obtenidos de la investigación Fam.3

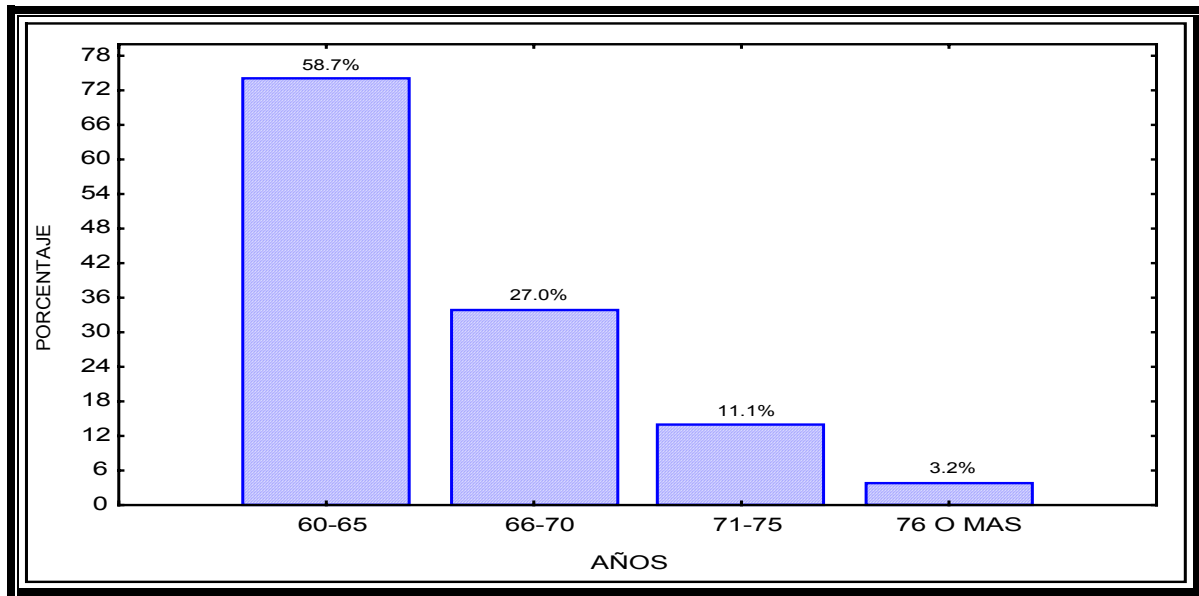
Los resultados de **Fam.2** indican que una mayor función con su respectiva contribución, propicia un mayor reconocimiento por los familiares hacia los adultos mayores lo que significa que de acuerdo a la percepción de los familiares sobre la utilidad de la aportación del anciano será el reconocimiento que se le haga al mismo.

Y sobre las **dificultades para dar cuidado al anciano en la colonia Francisco Ferrer Guardia (Fam.3)**, Limón et al (2002) observaron que en esta colonia no se detectan tantas dificultades económicas, culturales y psicológicas y no existe tanto desconocimiento sobre los padecimientos que puede presentar un adulto mayor por parte de las 90 familias estudiadas. Esto probablemente se deba a que más de la mitad de los ancianos están en una edad aún productiva (60-65 años) y continúan siendo remunerados lo que les permite realizar sus actividades sin dañar los roles sociales de los demás, tal como se muestra en la FIG.19.

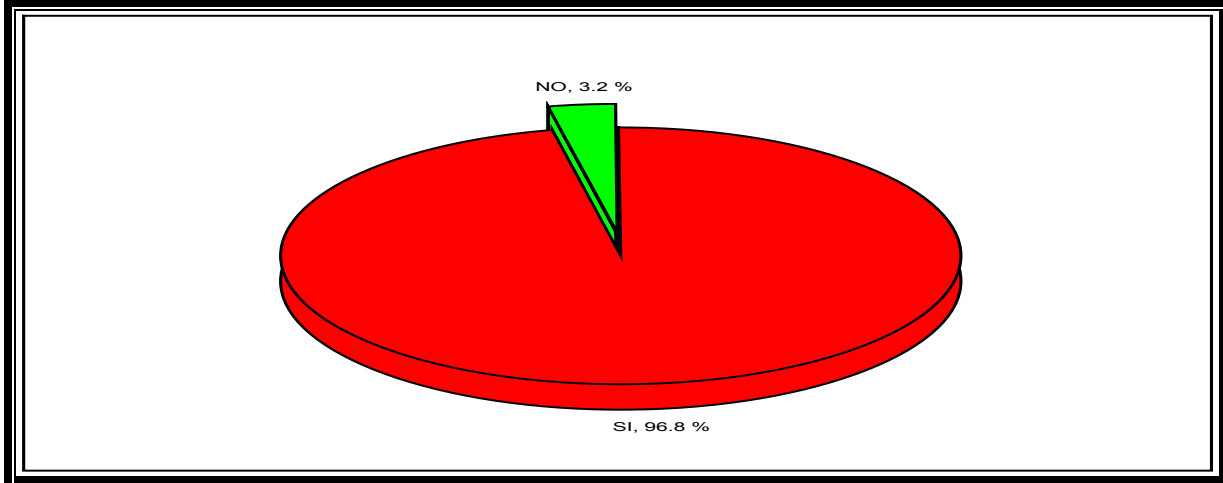
A esta conclusión se llegó pues casi la totalidad de las familias puede cubrir las necesidades económicas del adulto mayor además de las de su familia (véase FIG.20), y más de la mitad expresó que no les incomoda que el adulto mayor profese alguna religión, puesto que para transportarlo al lugar de reunión, los mismos ancianos pueden hacerlo por si solos (FIG.21), ni si realiza alguna actividad recreativa (FIG.22) aunque esto último se debe en parte, a que como se aprecia en la FIG.23, la principal distracción de esta población es ver la tele, por lo que no salen tanto y por ello no existe esta dificultad.

En cuanto a las dificultades de salud se puede decir que, por lo menos en esta colonia, más de la mitad de los ancianos presenta alguna enfermedad crónica (FIG.24) como hipertensión, artritis, corazón, diabetes u osteoporosis. Y un buen número presentan deficiencias dentales, deficiencias visuales, problemas urinarios y deficiencias auditivas como se aprecian en las FIG.25.

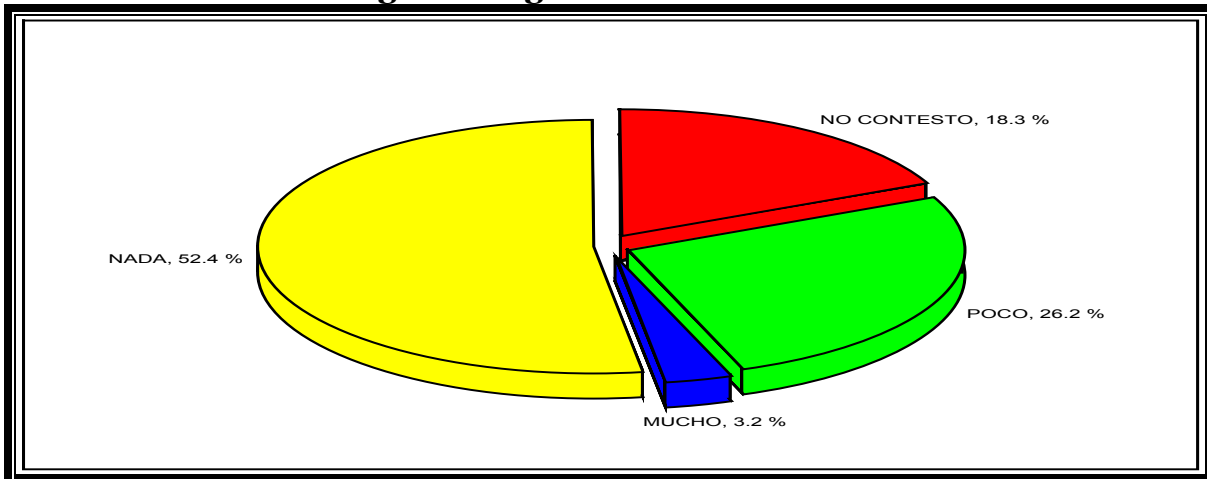
**FIG.19 Rangos de edades de los adultos mayores que habitan en la colonia Francisco Ferrer Guardia en Xalapa, Ver. en el período agosto–diciembre de 2002.**



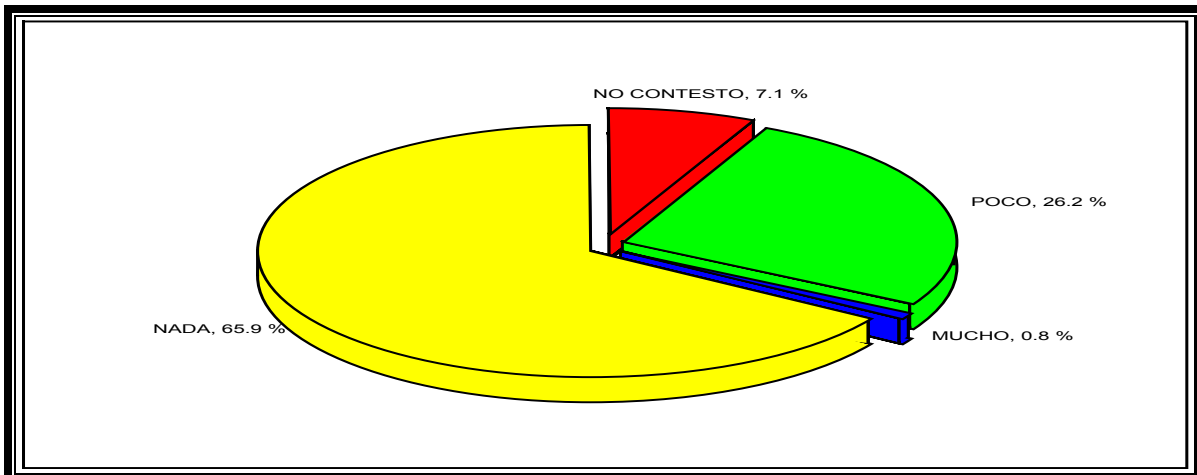
**FIG.20 A la familia se le facilita económicamente dar cuidado al anciano de esta colonia**



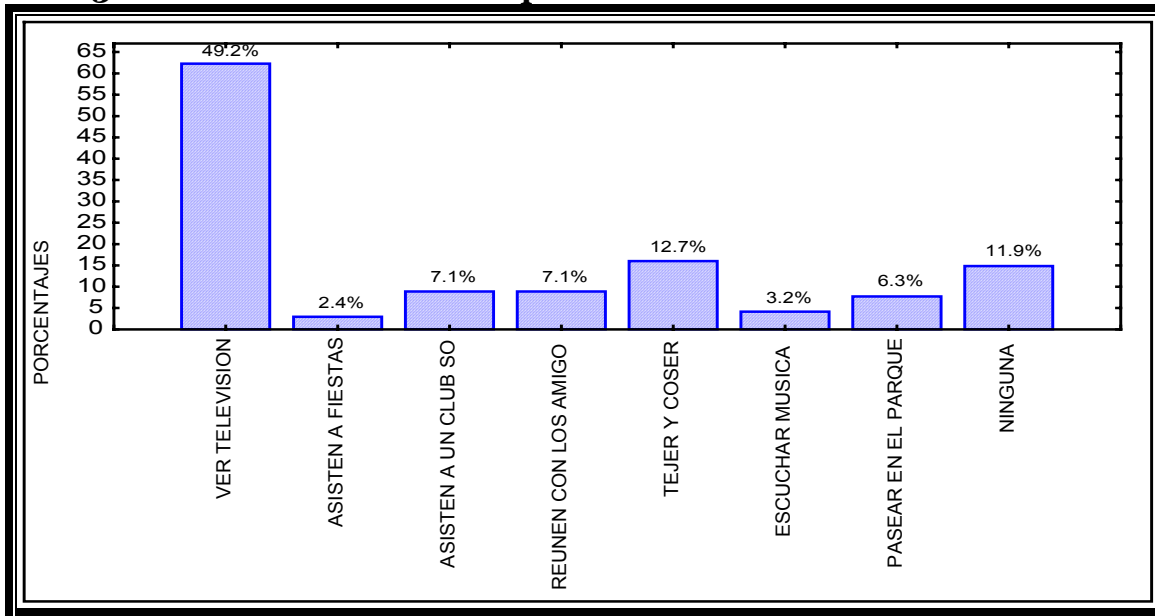
**FIG.21 Dificultades de la familia para que el anciano profese alguna religión en esta colonia.**



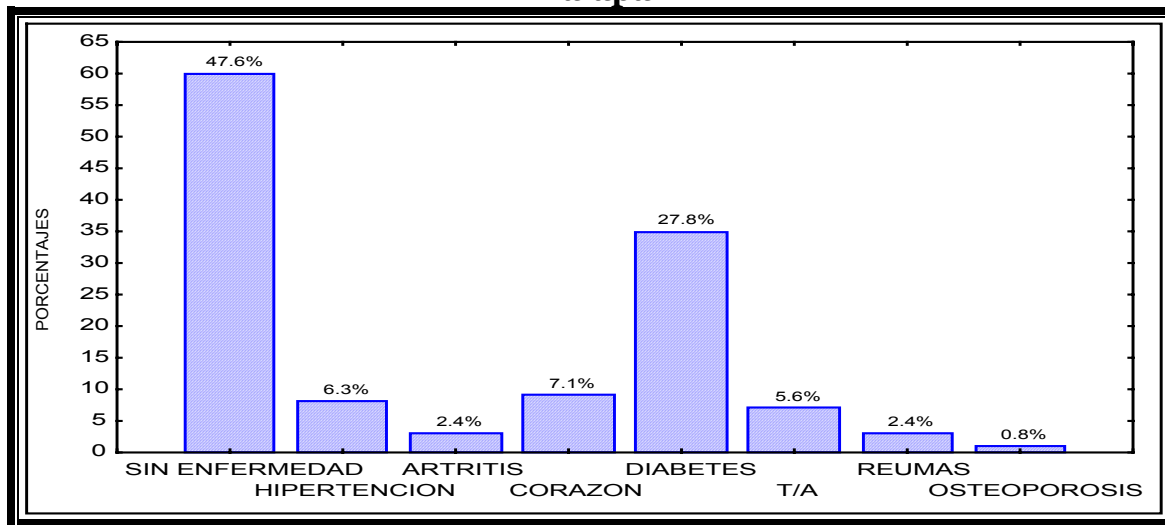
**FIG.22 Dificultad de la familia para que el anciano realice actividades recreativas en esta colonia**



**FIG.23 Actividades recreativas que realizan los ancianos de esta colonia**



**FIG.24 Enfermedades frecuentes de los ancianos de una colonia de Xalapa**



**FIG.25 DEFICIENCIAS DE SALUD DE LOS ANCIANOS DE LA COLONIA FRANCISCO FERRER GUARDIA**  
**Fig.25.1 Deficiencias dentales detectadas en los ancianos de esta colonia**

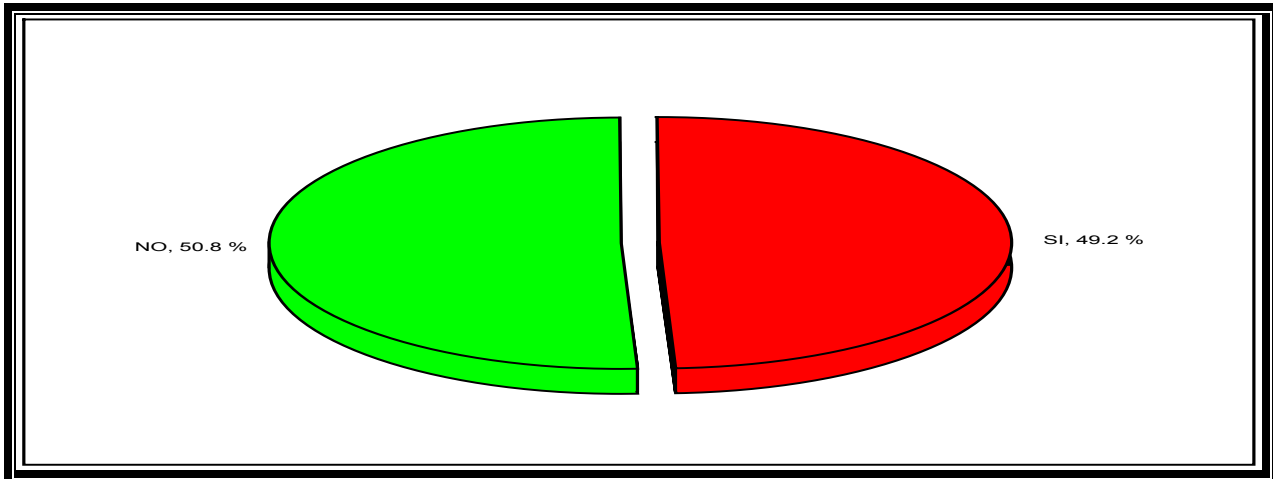


Fig.25.2 Deficiencias visuales de los ancianos detectadas en esta colonia

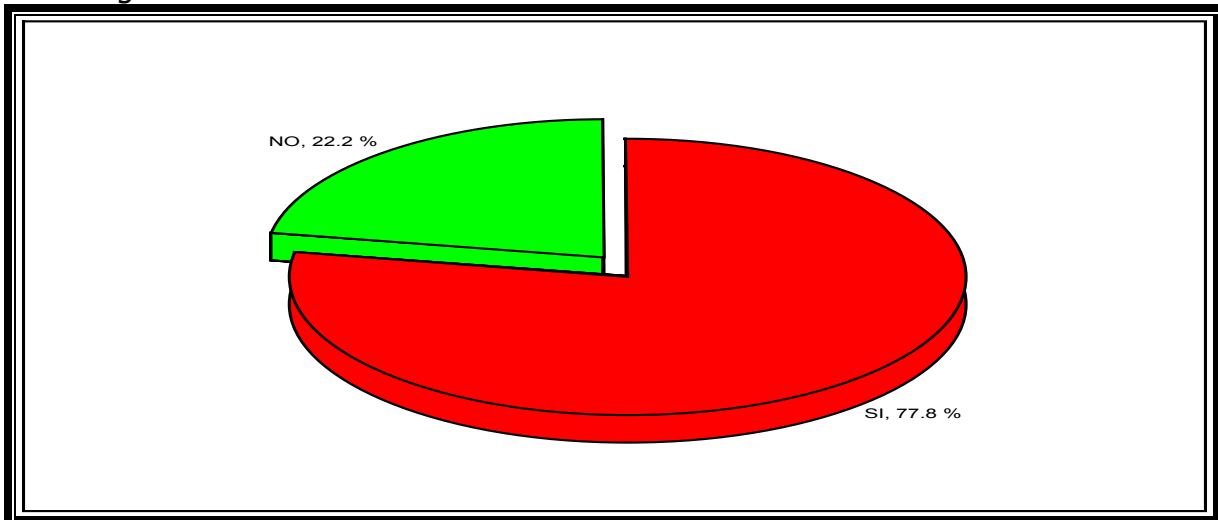
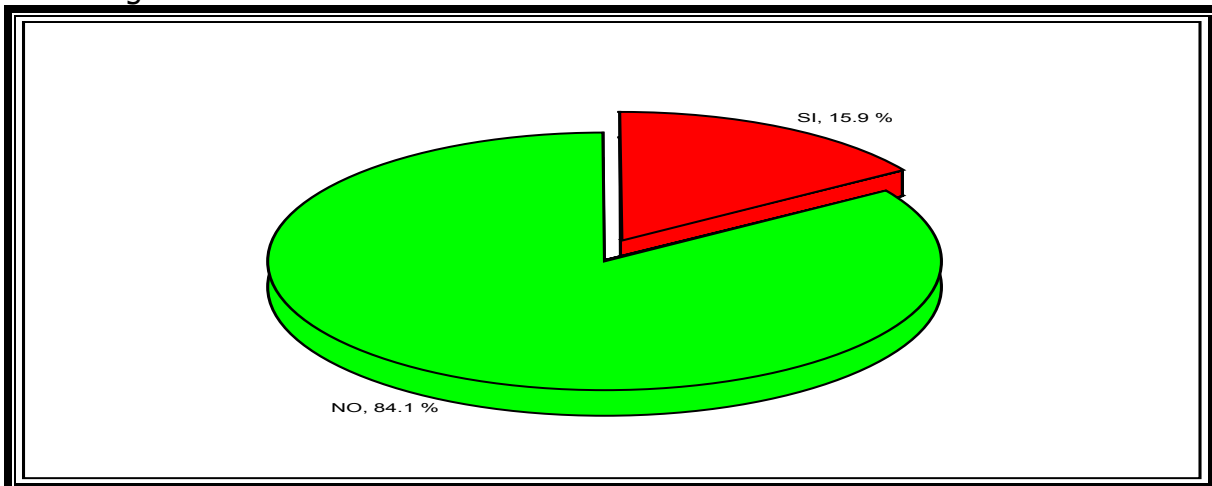
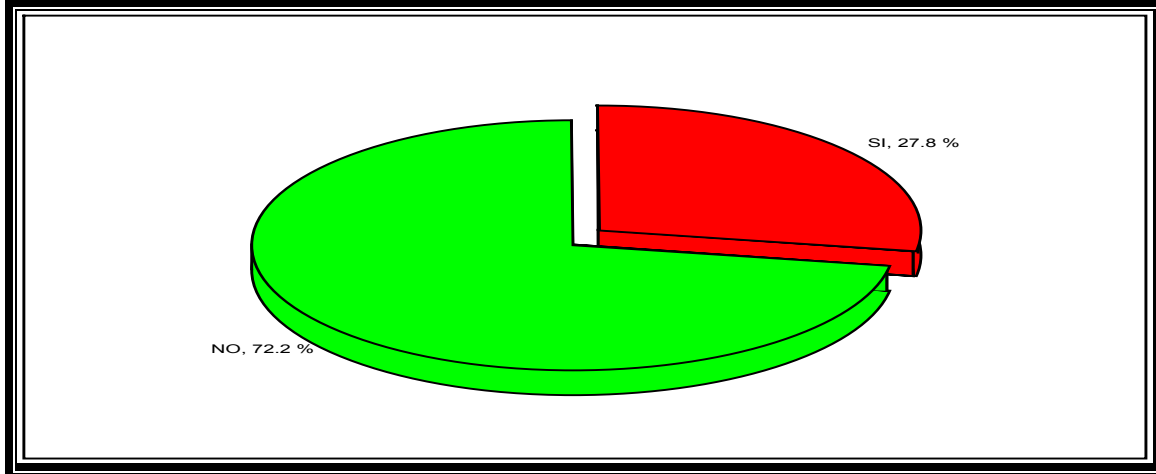


Fig.25.3 Problemas urinarios detectados en los ancianos de esta colonia



**Fig.25.4 Deficiencias auditivas detectadas en los adultos mayores en esta colonia**

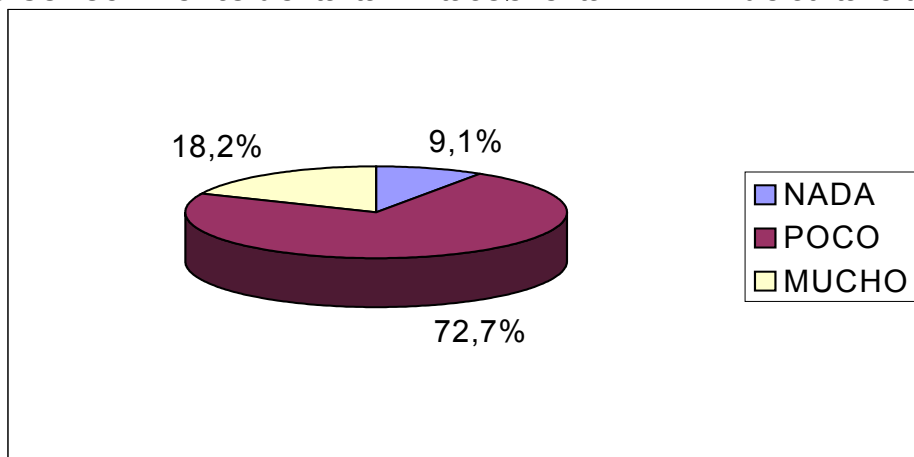


Como se menciona párrafos arriba, la edad de los ancianos de esta colonia hace hincapié sobre lo ya dicho en el primer capítulo, acerca del período en que se debe nombrar 3<sup>a</sup> edad, pues los ancianos de esta etapa (60/65 años) son muy diferentes a los ancianos de 75/80 y más años, período en el que, en otros países, ya se le llama 4<sup>a</sup> edad.

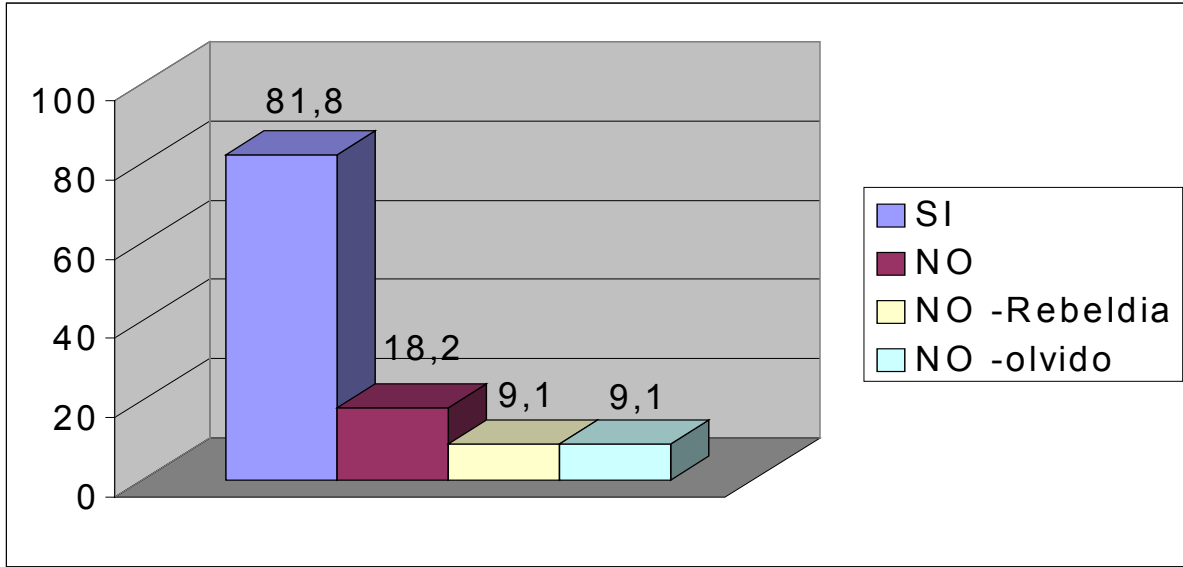
Por su parte, **la familia del adulto mayor con diabetes mellitus no insulina dependiente (DMNID) (Fam.4)** tal como se aprecia en la FIG.26 sabe poco sobre esta enfermedad, resultado alarmante pues la hipótesis de este trabajo es “a mayor conocimiento sobre la diabetes, mayor efectividad en el cuidado del adulto mayor” y si la familia sabe sólo poco, es probable que el cuidado que den a su anciano no sea el más adecuado, lo que puede repercutir directamente en su salud y por ende en su calidad de vida (Amores, etal, 2003). A pesar de este dato, toda la población contestó acertadamente al cuestionársele sobre los niveles normales de glucosa en la sangre (80-120 mg/dl).

La mayoría de la población encuestada (81.8%) menciona que su familiar sigue correctamente el tratamiento (tx) indicado pero el 18.2% restante opina que no lo sigue por olvido o por rebelde, lo que cual es preocupante, pues al parecer la familia no le interesa que su familiar empeore por no seguir las indicaciones médicas (véase FIG.27).

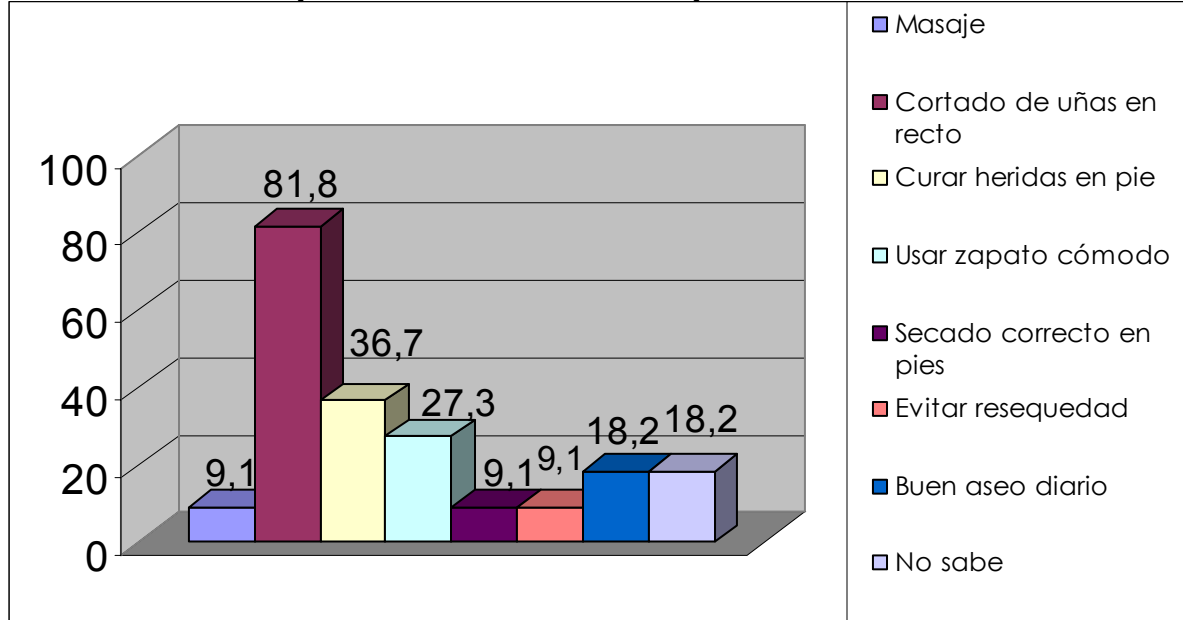
**FIG.26 Conocimiento de la familia sobre la DMNID de su anciano**



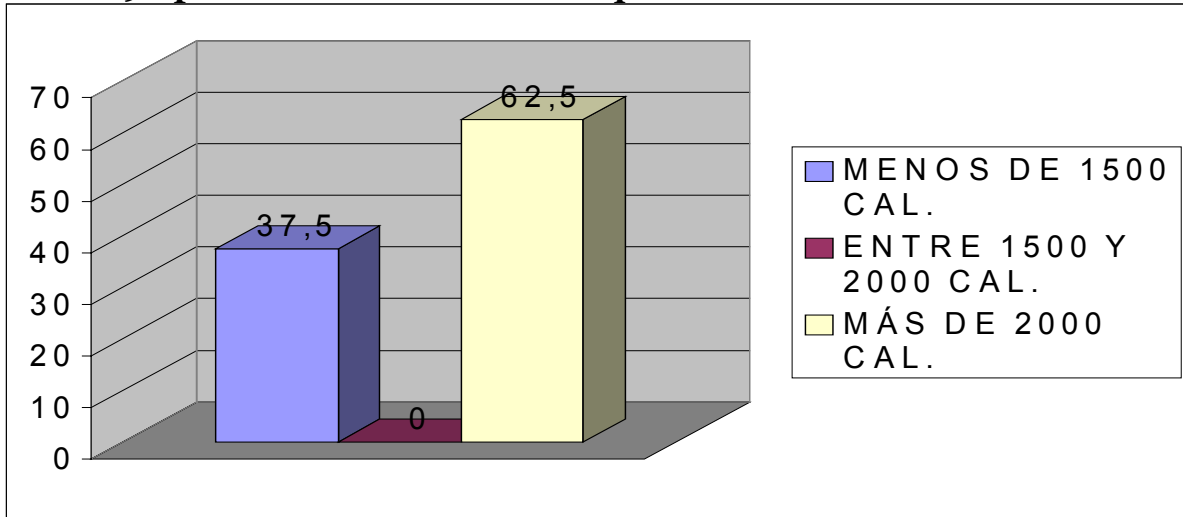
**FIG.27 El familiar diabético sigue correctamente el tratamiento indicado por el médico**



**FIG.28 Cuidados que se le deben dar a los pies de su familiar con DMNID**



**FIG.29 Aporte calórico total diario que consume su familiar diabético**

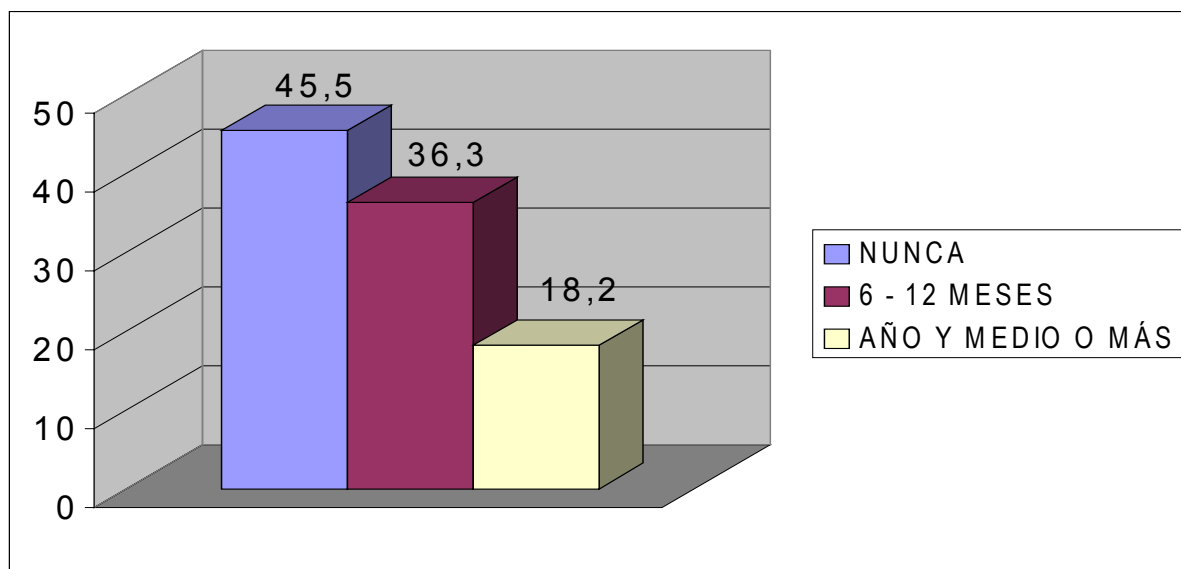




También a la familia se le interrogó sobre el conocimiento de los cuidados básicos que debe brindar a su paciente diabético, para prevenir alguna complicación. Tal como se muestra en la FIG. 28, respecto al cuidado de los pies se observa que la mayoría de las familias conoce cómo debe ser el cortado de las uñas, pero desconoce que es importante usar zapatos cómodos y una quinta parte de los encuestados, no supo responder cuales son los cuidados que se deben dar al paciente diabético en los pies, siendo que se deben inspeccionar diariamente pues el pie diabético es la causa más frecuente de amputación no traumática.

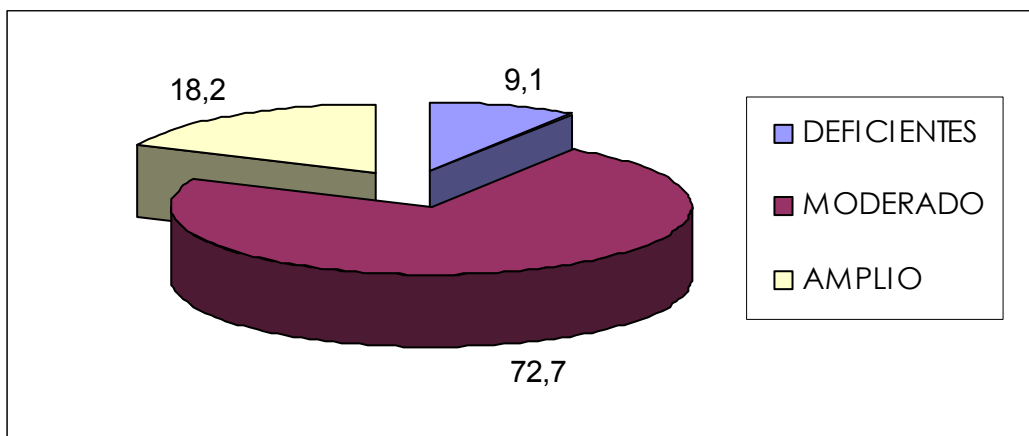
Respecto al aporte calórico, se observa en la FIG.29 que más de la mitad de los pacientes geriátricos consume más de 2000 calorías<sup>8</sup> al día lo que indica que la población en estudio se encuentra en riesgo de presentar algunas complicaciones a su enfermedad.

**FIG.30 Frecuencia con la que acude su familiar diabético a consulta con el oculista**



<sup>8</sup> Lo ideal debe ser menos de 1500 calorías.

**FIG.31 Percepción de la familia sobre su conocimiento para brindar atención al adulto mayor con DMNID**



Otro dato que preocupa es la indiferencia del familiar para llevar a este paciente con el oculista, tal como se aprecia en la FIG.30, a pesar de que la retinopatía diabética es la principal causa de ceguera en el mundo occidental en personas de 60 años.

El último aspecto que se consideró en esta investigación es la auto-percepción del familiar acerca del conocimiento que posee para brindar atención al adulto mayor con DMNID y los resultados indicados en la FIG.31 que ellos se consideran con poca información y que les falta preparación en este sentido y por lo mismo, la atención que se le brinda al adulto mayor por parte de sus familiares es deficiente.

Con base en estos resultados se propone la creación de cursos para familiares o lo que se conoce como educación diabetológica como lo señala Amores et al (2003) y grupos de apoyo psicológico en los que el paciente con diabetes y su familia son enseñados a sobrellevar la enfermedad desde aprender los procedimientos básicos para su cuidado hasta compartir con otros la gama de emociones que surgen a partir del diagnóstico de la enfermedad.

Esta última investigación de la categoría Familiar enlaza con la siguiente categoría de Salud.

### **3.3. CATEGORÍA SALUD**

En esta categoría se analizan las investigaciones que se relacionan con la Rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad Geriátrica (Sal.1, Sal.2 y Sal.3), la teoría de Virginia Henderson (Sal.4 y Sal.5) para el cuidado del anciano y las que existen con respecto a la autoestima (Sal.6), sexualidad (Sal.7) y calidad y estilo de vida (Sal.8) en el adulto mayor.

Haciendo énfasis en el proceso normal de envejecimiento, hay que recordar que este conlleva a una disminución de la capacidad funcional: La capacidad de un individuo para adaptarse a los problemas de todos los días, aquellas actividades que le son requeridas por su entorno inmediato y su participación como individuo dentro de la sociedad, a pesar de sufrir una incapacidad física, mental o social independientemente de la existencia de alguna enfermedad crónica, la fuerza muscular y la flexibilidad articular disminuyen.

También se ve alterado el sentido del equilibrio y la coordinación de movimientos pero es importante señalar que este proceso es irreversible, que se va agravando e incluso acelerando en las personas ancianas por la inactividad y actitudes sedentarias, lo cual trae como consecuencia el Síndrome de Inmovilidad siendo uno de los principales enemigos que deben combatir los profesionales de enfermería, debido a la deficiente atención que se brinda a la persona afectada. A todas las personas les afecta un prolongado tratamiento o el ingreso en una institución sanitaria, por el cambio de hábitos, alimentación, el entorno hostil, la falta de información y, sobre todo la disminución del contacto afectivo, que crea un alto grado de ansiedad. Esta situación se agrava cuando el paciente es un anciano.

#### **3.3.1. Síndrome de inmovilidad (SI)**

La movilidad o capacidad de desplazamiento en el medio que rodea al individuo, es imprescindible para obtener independencia, siendo esta un componente esencial de la vida del hombre. *“El Síndrome de Inmovilidad es la disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por el deterioro de las funciones motoras y afecta a casi el 80% de los ancianos”* (Stabb As y Lchodges, 1998, pp.340).

El grado máximo de inmovilismo se consigue con el reposo prolongado en cama, pues algunas personas de la tercera edad tienen tendencia a acostarse ante pequeñas afecciones, aunque también influye en gran parte la actitud de mantener en reposo a los ancianos cuando son hospitalizados.

Se ha observado que la cama incrementa notablemente el riesgo de complicaciones respiratorias y circulatorias, *“los músculos se atrofian con rapidez, sobre todo las articulaciones, si el reposo se prolonga se anquilosan”* (Salgado, 1994, p.109), esto

favorece la dependencia que hace que las personas no hagan las cosas por sí mismas, lo que conlleva a un descondicionamiento para la realización de actividades independientes.

Las personas inmovilizadas experimentan con frecuencia trastornos depresivos y no aceptan que pueden ser capaces de aprender a moverse. En cuanto a su relación con el entorno y comunidad, estos pacientes corren el riesgo de aislarse, como reacción del rechazo de la sociedad; pero se debe tomar en cuenta que la actividad física en el anciano tiene gran importancia para el funcionamiento de su organismo. No hace falta recurrir a complicados estudios fisiopatológicos para demostrarlo, ya que la vida diaria ofrece ejemplos muy claros.

La inmovilidad tiene un elevado costo de vida tanto para el pronóstico funcional, como por la elevada mortalidad que conlleva: pues se asocia la inmovilidad con un 33% de mortalidad a los tres meses y en un 58% a un año.

A pesar de estos datos y las severas repercusiones que revelan la actitud mayoritaria de los profesionales de la salud en torno a este problema, no existe el alto grado de interés que debería representar. Esta situación es considerada como normal, tanto en el medio hospitalario como en el extrahospitalario especialmente en el grupo de “viejos grandes”. Este panorama actual se vive en las instituciones de salud y en los asilos, lo cual se sustenta al realizar un análisis de las siguientes **investigaciones sobre la rehabilitación del síndrome de inmovilidad geriátrica:**

Hay tres trabajos que tienen que ver con el Síndrome de Inmovilidad:

- Sal.1. Conocimientos y habilidades de las enfermeras en la rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad en el paciente geriátrico del Hospital civil “Dr. Luis F. Nachón” de Xalapa, Ver., en el período agosto-diciembre de 2002.**
- Sal.2. Conocimientos y habilidades de las auxiliares de enfermería que laboran en el asilo Sagayo, en Xalapa, Ver., en la Rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad en el Paciente Geriátrico, agosto-diciembre 2002.**
- Sal.3. Conocimiento y habilidades de los estudiantes de la Facultad de Enfermería en la rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad Geriátrica, en Xalapa, Ver, período agosto-diciembre del 2002.**

### 3.3.1.1. DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Descripción con base en la Matriz de Datos que se puede consultar en el APÉNDICE B.

Los **elementos en común** que tienen son:

1. Los tres (Sal.1, Sal.2 y Sal.3) se hicieron dentro del período de agosto a diciembre de 2002.
2. El objetivo de los estudios: Identificar los conocimientos y habilidades para la rehabilitación de este síndrome, tan común en los ancianos.
3. Las variables dependientes (atención al paciente geriátrico) e independientes (conocimientos y habilidades de los sujetos en cuestión).
4. La hipótesis: el nivel de conocimientos y habilidades que posean las enfermeras para rehabilitar este síndrome, influirá en la rehabilitación del paciente geriátrico que padece el Síndrome de Inmovilidad Geriátrica.
5. Los estudios son transversales y descriptivos u observacionales.
6. El instrumento es un cuestionario de opción múltiple diseñado por los autores de las investigaciones.
7. En general los resultados no son alentadores, como se observa en la TABLA 7.

**Tabla 7. Comparación de los resultados de las investigaciones sobre Síndrome de Inmovilidad Geriátrica.**

| <b>Código</b> | <b>Sujetos de estudio</b>  | <b>Resultados de las investigaciones</b>  |
|---------------|--|---|
| Sal.1         | Enfermeras del Hospital Civil “Dr. Luis F. Nachón” de Xalapa, Ver.       | Se demuestra que un 87% no tiene el conocimiento y la habilidad adecuados en cuanto a las técnicas de rehabilitación, ya que desconocen pasos y el conocimiento es deficiente con lo cual existen pacientes seniles que presentan complicaciones del síndrome de inmovilidad.   |
| Sal.2         | Auxiliares de enfermería que laboran en el asilo Sagayo, en Xalapa, Ver. | El 41% de las auxiliares encuestadas adquirieron sus conocimientos mediante la experiencia y la práctica. 68% saben poco sobre las técnicas para la rehabilitación del síndrome de inmovilidad y el 32% restante no saben nada al respecto. Las auxiliares de enfermería no son aptas para llevar a cabo una rehabilitación adecuada en pacientes con síndrome inmovilidad lo que afecta a la calidad de vida del paciente. |
| Sal.3         | Estudiantes de la Facultad de Enfermería.                                | El 50% poseen al menos alguna de cuatro habilidades (precisión, eficacia, rapidez, destreza) para realizar los procedimientos de rehabilitación. De este porcentaje, el 26% contestó poseer una de las cuatro habilidades analizadas. El 12% respondió poseer sólo dos habilidades. El 4% considera poseer tres habilidades y el 8% respondió poseer las cuatro habilidades estudiadas.                                     |

Fuente: APÉNDICE B Matriz de datos de las investigaciones

Con base en el análisis de la Tabla 7 se aprecia que estas profesionistas de la salud no están 100% capacitados para la rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad lo que repercute en la atención que se le da al paciente geriátrico que la padece y ello habla de la deficiente formación de recursos humanos en esta área.

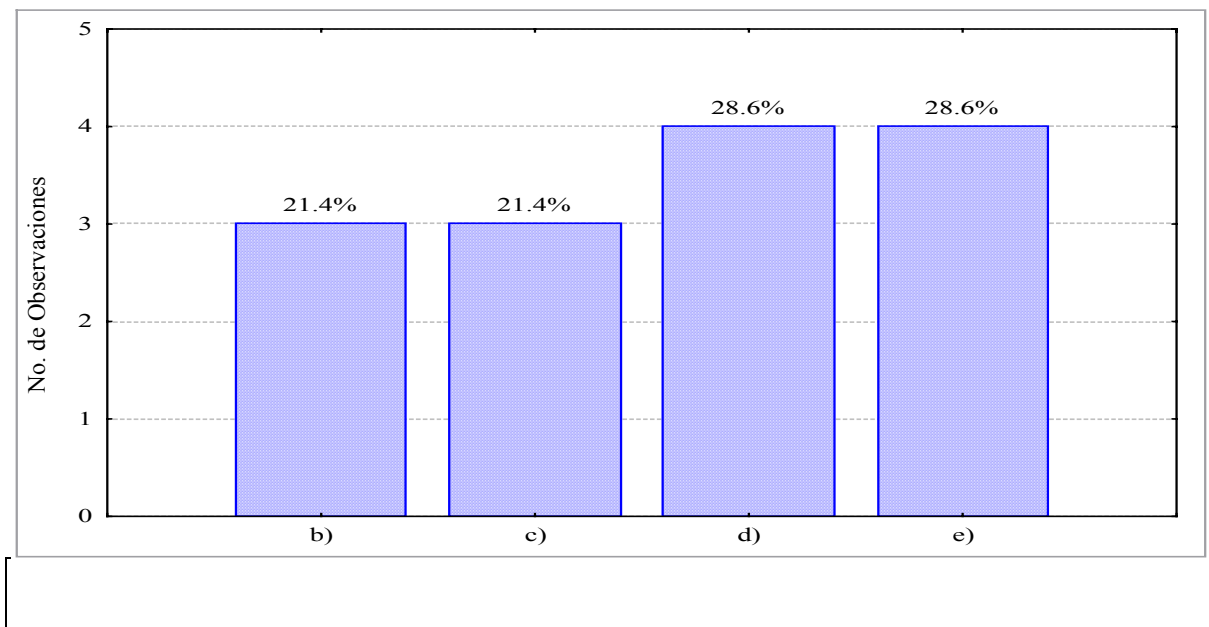
**Las diferencias** entre Sal.1, Sal.2 y Sal.3 son:

1. Los sujetos a quienes les fue aplicado el cuestionario: La investigación Sal.1 se aplicó a enfermeras que laboran en el Hospital Civil de la región (n=21). El trabajo Sal.2 a auxiliares de enfermería que trabajan en un asilo popular en la Cd. de Xalapa (n=22). Y Sal.3 fue aplicada a estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UV (n=83).
2. El tipo de estudio: dos (Sal.1 y Sal.2) son retrospectivos y uno (Sal.3) es prospectivo.

### 3.3.1.2. ANÁLISIS DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Después de una revisión extensa de estos tres trabajos se observó que **el personal de enfermería que labora en el Hospital Civil (Sal.1)** manifiesta un déficit de conocimientos respecto al Síndrome de Inmovilidad, comenzando por el desconocimiento sobre la definición correcta de este síndrome, tal como se aprecia en la FIG.32, lo que significa que la población estudiada (21 enfermeras de los servicios de medicina interna, cirugía y traumatología de la unidad de cuidados intensivos UCI) no está preparada para brindar los cuidados esenciales a todo paciente geriátrico y especialmente al anciano en estado de inmovilidad.

**FIG. 32 Definición del SI que eligieron las enfermeras del Hospital Civil**

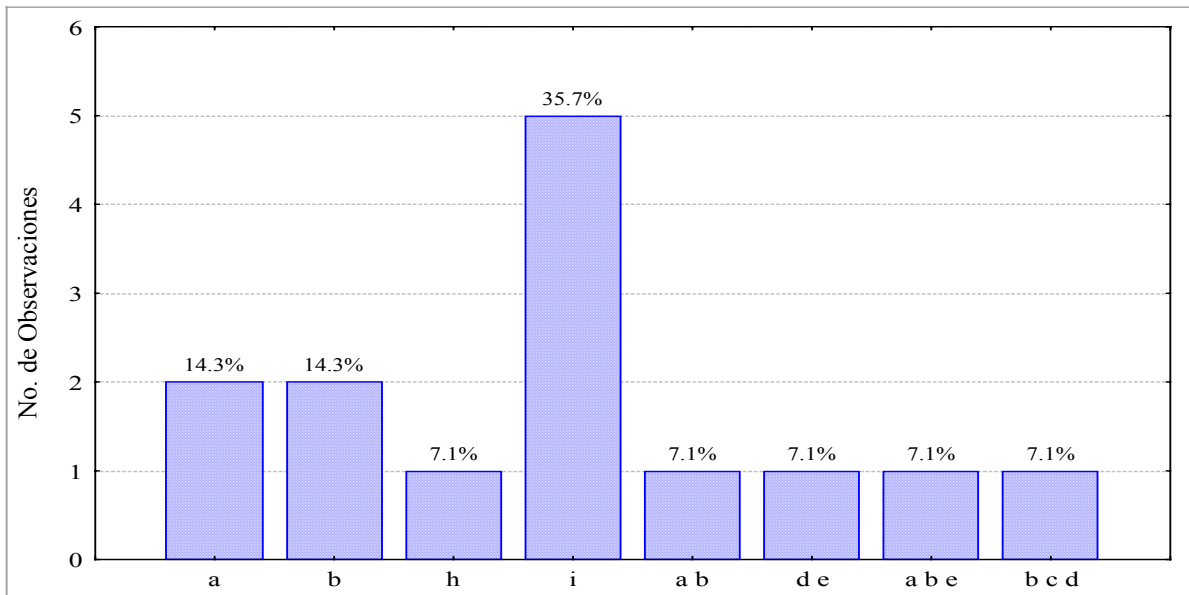


| Opciones de respuesta de la definición del Síndrome de Inmovilidad: |   |
|---|---|
| a)  | Conjunto de padecimientos que se dan en la vejez.                                   |
| b)  | Proceso de deterioro del ser humano.  |
| c)  | Proceso de la declinación del tono y fuerza muscular con el paso del tiempo.        |
| d)  | Deterioro de la capacidad para moverse en forma independiente dentro de un entorno. |
| e)  | Todas   |

Fuente: Cuestionario utilizado en la investigación Sal.1 de Melo et al (2002)

Otro elemento importante es que solo la tercera parte del personal de enfermería enfermero conoce las principales causas del Síndrome de Inmovilidad como se muestra en la FIG.33. En efecto, la enfermera que trabaja con ancianos debe esforzarse por identificar y detectar tanto las necesidades como las limitaciones del paciente con Síndrome de Inmovilidad.

**FIG.33 Causas principales del SI de acuerdo al conocimiento de las enfermeras que laboran en el Hospital Civil.**



Opciones de respuesta de las principales causas del Síndrome de Inmovilidad:

|    |                              |
|----|------------------------------|
| a) | Proceso fisiológico          |
| b) | Por enfermedad               |
| c) | Hospitalización prolongada   |
| d) | Por falta de movilización    |
| e) | Falta de cambios de posición |
| f) | Consumo excesivo de fármacos |
| g) | Entorno inadecuado           |
| h) | Ninguna                      |
| i) | Todas                        |
| j) | Otra                         |

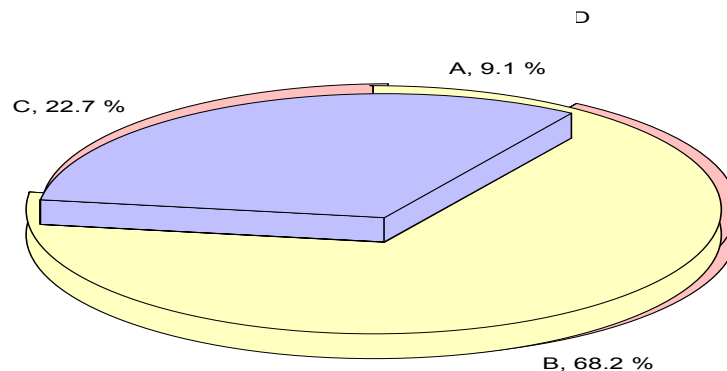
Fuente: Cuestionario utilizado en la investigación Sal.1 de Melo et al (2002)

**En el Asilo Sayago (Sal.2)** (que no es ajeno a esta problemática) tal como reportan Caro et al (2002), se encontró que el 68.2% de las auxiliares de enfermería (n=22) definen correctamente el SI como “el deterioro de la capacidad para moverse de forma independiente dentro de un entorno”, 22.7% lo refiere como un “proceso de la declinación de tono y fuerza muscular” y el 9.1% menciona que es “proceso de deterioro en el organismo del ser humano”. Lo anterior se aprecia en la FIG.34.

No obstante que la mayoría de las auxiliares de enfermería, demuestran tener un concepto correcto, tal conocimiento lo han adquirido sólo por la práctica constante con el anciano que padece esta enfermedad como se observa en la FIG.35.

Un dato significativo es que, tal como se aprecia en la FIG.36, sólo dos terceras partes saben *poco* sobre las técnicas que existen para la rehabilitación<sup>10</sup> de este síndrome de inmovilidad y la otra tercera parte acepte que no sabe *nada* sobre ellas.

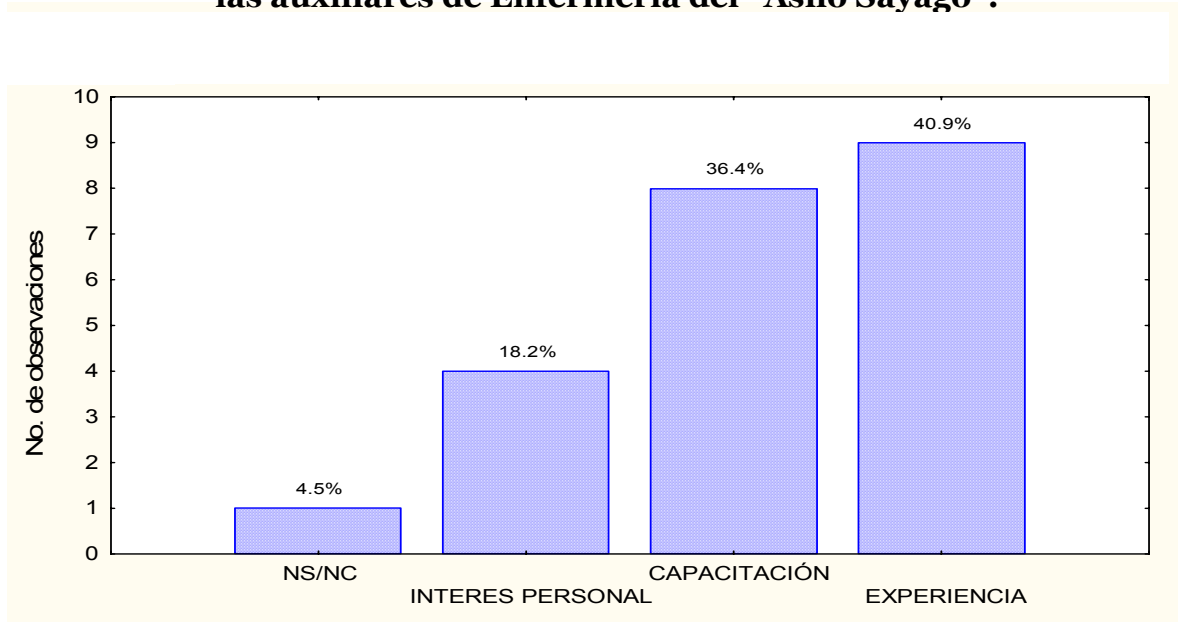
**FIG.34 Definición de inmovilidad de las auxiliares de Enfermería del “Asilo Sayago”.**



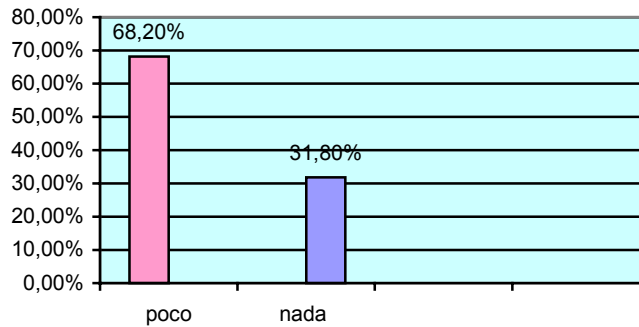
<sup>10</sup> Técnicas para rehabilitar este Síndrome de Inmovilidad son: ejercicios isotónicos (dinámicos), isométricos (estáticos) o isocinéticos (de resistencia), la hidroterapia, mesoterapia o terapia Shiatsu que consiste en masajes con presión.



**FIG.35 Obtención de conocimientos de las auxiliares de Enfermería del “Asilo Sayago”.**



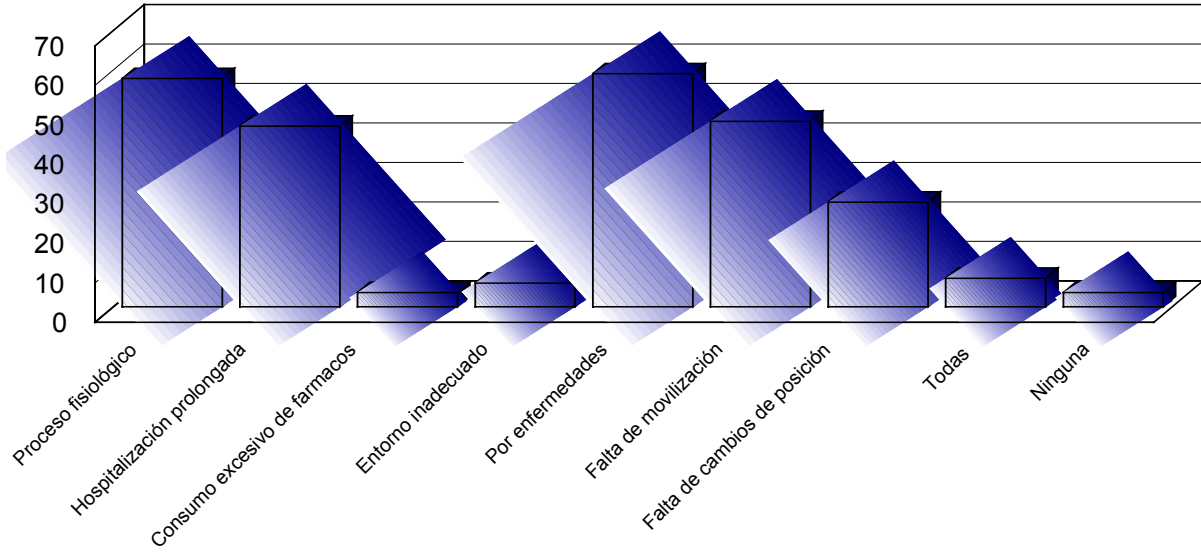
**FIG.36 Conocimiento de las auxiliares de enfermería del Asilo Sayago sobre las técnicas de rehabilitación del SI**



Fuente: Cuestionario utilizado en la investigación de Caro et al (2002)

Por su parte, **los estudiantes de enfermería de la UV (Sal.3)** encuestados (n=83) por Barriento et al (2002) reportan que las causas a las que atribuyen la aparición del Síndrome de Inmovilidad son las enfermedades (59%), el proceso fisiológico de envejecimiento (57.8%), la falta de movilización del paciente (46.9%), por una hospitalización prolongada (45.7%) y la falta de cambios de posición al paciente (26.5%) como se puede apreciar en la FIG.37.

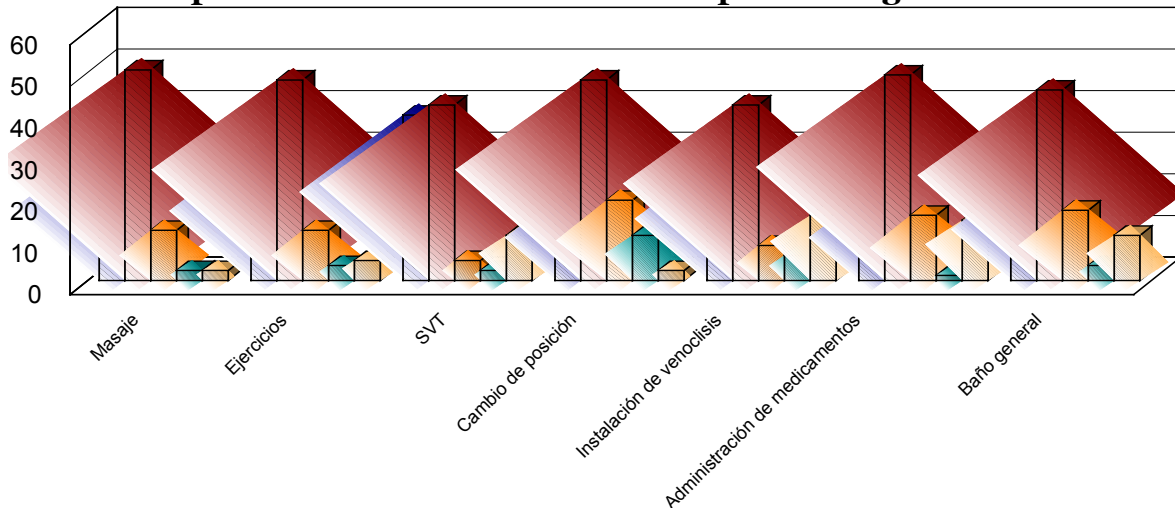
**FIG.37 Causas frecuentes de Inmovilidad que conocen los estudiantes de la Facultad de Enfermería.**



La cuarta parte de los estudiantes posee alguna de las 4 habilidades analizadas (precisión, eficacia, rapidez y destreza) en los procedimientos<sup>11</sup> que aparecen en la FIG.38. Siendo un porcentaje muy pequeño de estudiantes quienes se perciben capaces de realizar la rehabilitación de un paciente con este síndrome.

Las técnicas de rehabilitación de este síndrome más conocidas por ellos son sin duda los ejercicios, la combinación de estos con hidroterapia y el conjunto de todas como puede apreciarse en la FIG.39.

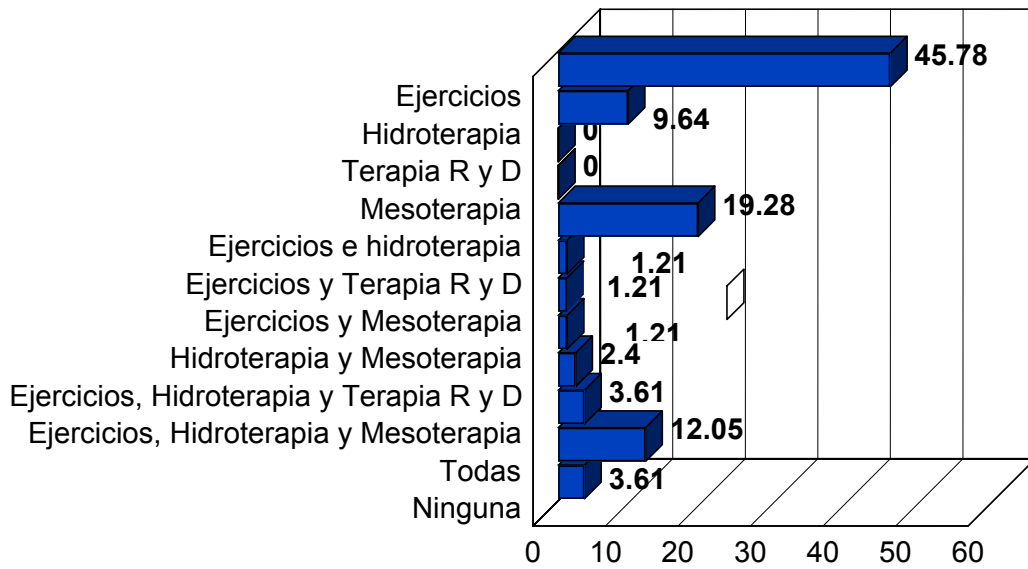
**FIG.38 Procedimientos utilizados por estudiantes de Enfermería de la UV para desarrollar habilidades en pacientes geriátricos**



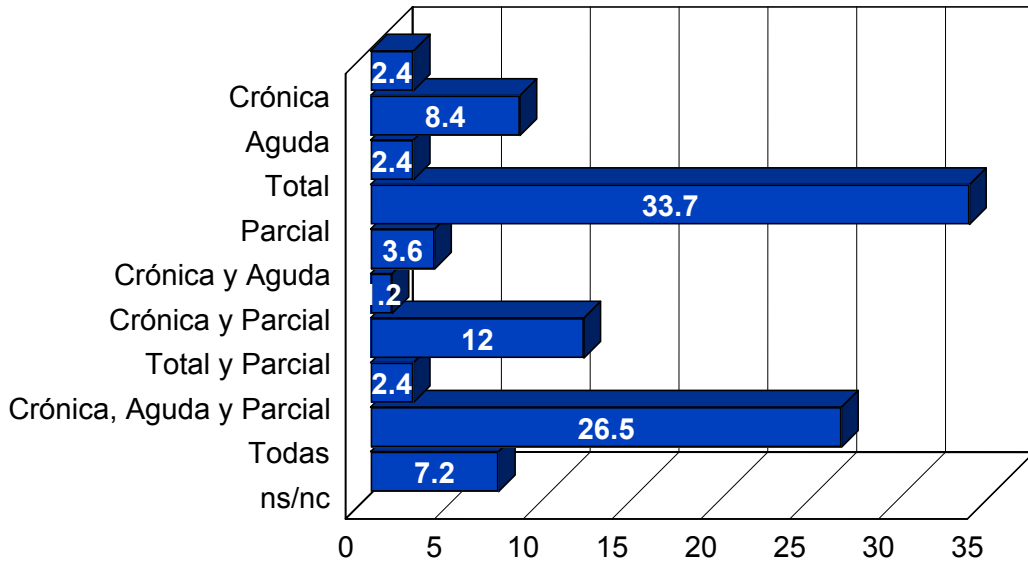
<sup>11</sup> Masaje, ejercicios, STV o signos vitales, cambio de posición, instalación de venoclisis, administración de medicamentos y baño general.

- No contesto
  - Contesto 1 habilidad
  - Contesto 2 habilidades
  - Contesto 3 habilidades
  - Contesto 4 habilidades
- HABILIDADES EN ESTUDIO:**  
 Precisión  
 Eficacia  
 Rapidez  
 Destreza

**FIG.39 Técnicas de rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad conocidos por los estudiantes de la Facultad de Enfermería**



**FIG.40 Tipos de Inmovilidad que conocen los estudiantes de la Facultad de Enfermería**



Los estudiantes no conocen los diferentes tipos de inmovilidad que existen. La mayoría conoce algún tipo, pero solo una cuarta parte conoce todos ellos (la inmovilidad crónica, aguda, total y parcial), como se puede apreciar en la FIG.40.

### **3.3.2. Teoría de Virginia Henderson**

Virginia Henderson partió de la teoría de las necesidades humanas básicas identificando 14 necesidades fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de la enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ella factores físicos, psicológicos y sociales.

Se basa en el principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer. Dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene la capacidad suficiente para ello. Cuando no, es menester el que alguien externo le ayude. Este es el caso de la enfermera.

Virginia Henderson intenta responder a la pregunta ¿qué hacen las enfermeras? Y determinar en qué se diferencia su aportación de las otras especialidades de salud, ya que considera al paciente como un individuo que requiere de asistencia para obtener su salud e identifica en él, 14 componentes o necesidades, que abarcan todas las funciones posibles de la Enfermería, por lo cual se considera que el aporte de Henderson puede obtener resultados aplicándolos al cuidado del anciano ya que con esta teoría se engloba al paciente, para enriquecer así la atención brindada por Enfermería.

Por esto mismo, la autora en su teoría también define a la Enfermería como *“la única función de una enfermera es la de ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar las actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o a una muerte tranquila, que este llevaría a cabo sin ayuda, si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que le facilite la consecución de su independencia lo mas rápido posible”* (Gaona et al, 2003, p.1)

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1.-Respirar con normalidad.
2. -Comer y beber adecuadamente.
3. -Eliminar los desechos del organismo.
4. -Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. -Descansar y dormir.
6. -Seleccionar vestimenta adecuada.
7. -Mantener la temperatura corporal.
8. -Mantener la higiene corporal.
9. -Evitar los peligros del entorno.

10. -Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. -Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
12. -Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. -Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. -Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

También define los otros tres conceptos básicos del metaparadigma de Enfermería:

**Persona:** Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona y su familia son consideradas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

**Entorno:** Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

**Salud:** Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

Las enfermeras deben poseer conocimientos en la utilización de estos fundamentos teóricos porque deben ser capaces de valorar y satisfacer las necesidades del paciente senil respecto a las condiciones y estados patológicos que las alteran y aplicarlas en sus actividades para el cuidado del anciano en el ámbito profesional donde laboren, puesto que todo cuidado de enfermería debe efectuarse mediante bases sustentadas.

Hay dos investigaciones sobre conocimiento y aplicación de la Teoría de Virginia Henderson para el cuidado del adulto mayor:

- Sal.4. Conocimiento de los estudiantes de la teoría de Virginia Henderson para el cuidado del adulto mayor en la Facultad de Enfermería grupos 702 y 703 Xalapa, Ver., agosto-diciembre 2003.**
- Sal.5. Conocimiento de las enfermeras de la Teoría de Virginia Henderson para el cuidado del anciano en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Luis F. Nachón, Xalapa, Ver. período agosto-diciembre 2003.**

3.3.2.1. DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN<sup>12</sup>

**Los elementos en común** que tienen son:

1. Los dos se hicieron dentro del período de agosto a diciembre de 2003.
2. El objetivo fue: identificar el nivel de conocimientos en la aplicación de la teoría de Virginia Henderson para el cuidado de los ancianos.
3. Las variables dependientes (cuidado del anciano) e independientes (conocimiento de la teoría de Virginia Henderson).
4. La hipótesis “el conocimiento de esta teoría influye en la calidad de los cuidados al paciente senil”.
5. Los estudios son transversales y descriptivos.
6. El instrumento es un cuestionario de 21 y 22 preguntas respectivamente que aunque difieren en cuanto al formato (elección múltiple, abiertas, relación de paréntesis) pretenden evaluar lo mismo.

**Las diferencias entre los dos:**

1. Los sujetos a quienes les fue aplicado el cuestionario: El primero (Sal.4) fue aplicado a estudiantes de la facultad de enfermería de la UV (n=60). El segundo (Sal.5) se aplicó a enfermeras que laboran en el Hospital Civil de la región (n=9).

3.3.2.2. ANÁLISIS DE LAS INVESTIGACIONES

Después de una revisión exhaustiva de las investigaciones Sal.4 y Sal.5 se encontró que todos **los estudiantes (n=60) de la Facultad de Enfermería (Sal.4)**, tal como lo investigaron Bello et al (2003), conocen esta teoría y las 14 necesidades antes mencionadas, sin embargo los conceptos básicos de esta teoría y del metaparadigma de Enfermería (enfermería, salud, entorno, persona, necesidad) no son totalmente conocidos como se aprecia en la tabla 8 y en la FIG.41.

**Tabla 8. Comparación de los porcentajes de respuesta de estudiantes de Enfermería y enfermeras del Hospital Civil sobre los conceptos del metaparadigma de Enfermería**

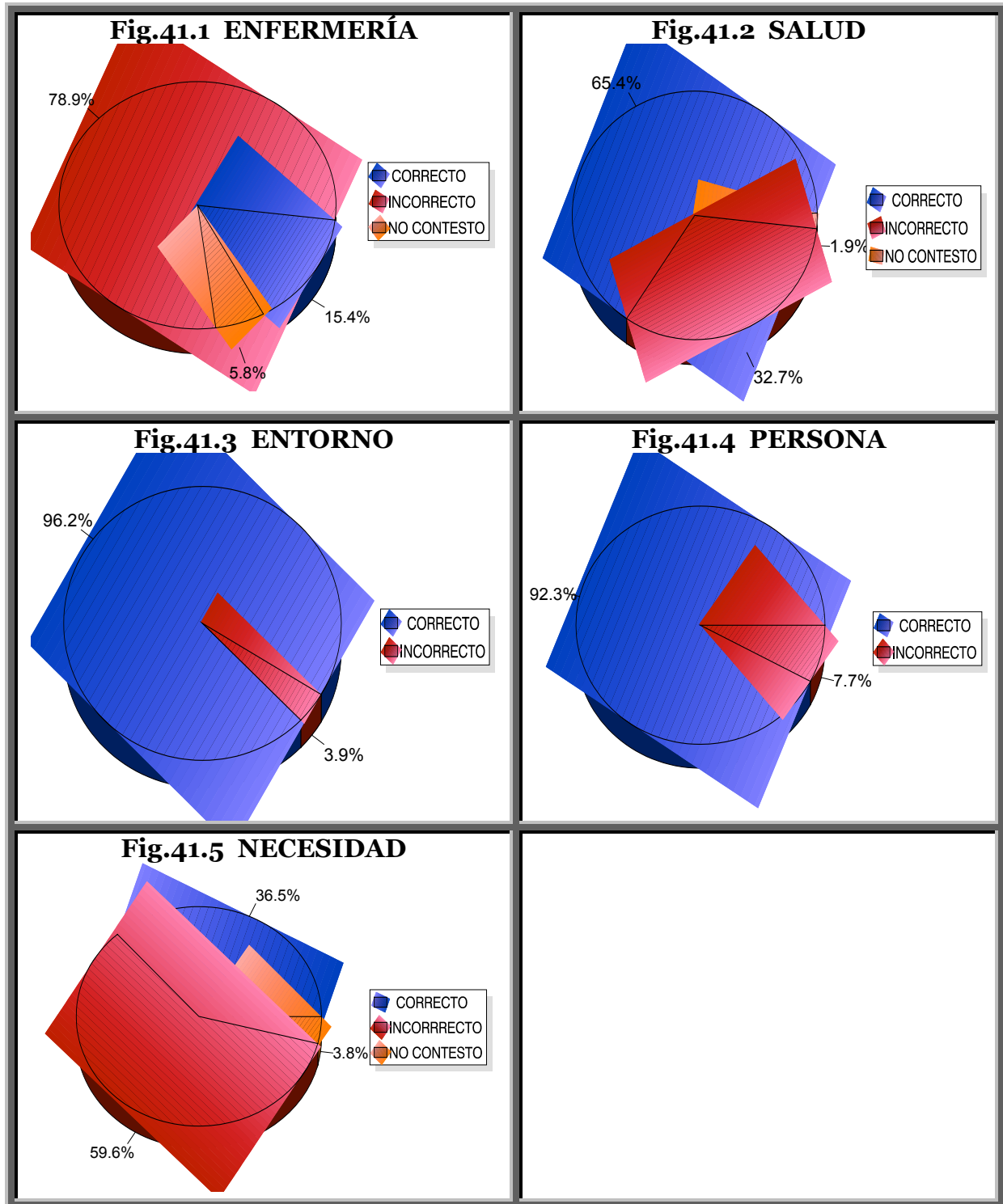
| Conceptos         | Estudiantes |            |             | Enfermeras     |                |
|-------------------|-------------|------------|-------------|----------------|----------------|
|                   | Correcto    | Incorrecto | No contestó | correcto       | incorrecto     |
| <b>Enfermería</b> | 15.4        | 78.9       | 5.8         | 34.0           | 66.0           |
| <b>Salud</b>      | 65.4        | 32.7       | 1.9         | 66.0           | 34.0           |
| <b>Entorno</b>    | 96.2        | 03.9       | 0.0         | 50.0           | 50.0           |
| <b>Persona</b>    | 92.3        | 07.7       | 0.0         | 84.0           | 16.0           |
| <b>Necesidad</b>  | 36.5        | 59.6       | 3.8         | No se preguntó | No se preguntó |

Fuente: Elaborado con base en los cuestionarios utilizados por Bello et al (2003) y Gaona et al (2003), en la investigación Sal.4 y Sal.5

**FIG.41**

<sup>12</sup> Descripción con base en la Matriz de Datos que se puede consultar en el APÉNDICE B.

**Conocimiento sobre los principales conceptos de la teoría de Virginia Henderson obtenido de los estudiantes de la Facultad de Enfermería en Xalapa, Ver, Diciembre 2003.**



Fuente: Cuestionario de la investigación (Sal.4) de Bello et al (2003).

El resultado que llama la atención es que la mayoría de los estudiantes desconoce los conceptos de “Enfermería” (78.9%) y de “Necesidad” (59.6%) así como también un porcentaje moderado el de “Salud” (32.7%), lo que es un signo de alarma, debido a que si los mismos egresados de esa carrera no saben definir su especialidad, ello habla de una mala formación desde las aulas o un desinterés por parte de los educandos en su propia formación académica y profesional.

Por otra parte, en la investigación Sal.5, de **las enfermeras en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Civil** (n=9), sólo la mitad conoce la teoría (Gaona et al, 2003). El concepto más acertado es el de “Persona” (84%) y el menos acertado es el de “Enfermería” (34%) (véase Tabla.8 y FIG.42); es decir, esto corrobora los resultados de los estudiantes en cuanto a no definir correctamente las funciones de la Enfermería según los conceptos de la Teoría de Virginia Henderson. Y esto sigue siendo alarmante porque demuestra que las mismas profesionistas desconocen la definición de su rama de especialización.

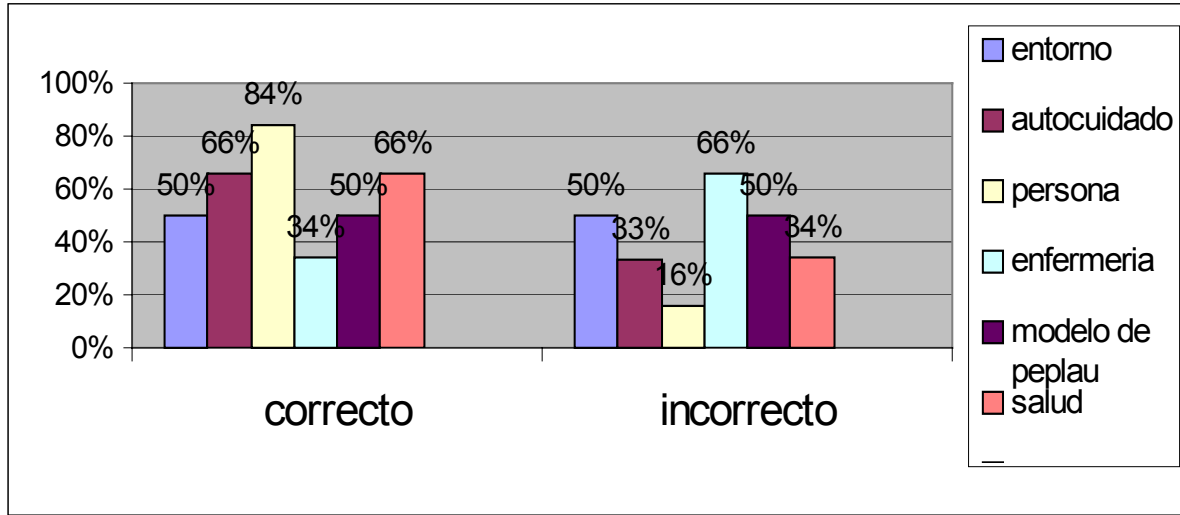
Todas las enfermeras conocen las necesidades del anciano y hacen lo posible por suplirla. Saben que necesitan respirar normalmente; moverse y mantenerse en posición adecuada; evitar los riesgos del entorno; eliminar residuos corporales; comer y beber adecuadamente; mantener el cuerpo limpio y los tegumentos protegidos; y, dormir y descansar. Los porcentajes de estos resultados se aprecian en la FIG.43.

El personal sabe dar atención y cuidado al anciano, porque se basa en rutinas y actividades diarias aunque sin fundamentación teórica pues como se dijo párrafos arriba, solo la mitad de las encuestadas dijo conocer esta teoría.

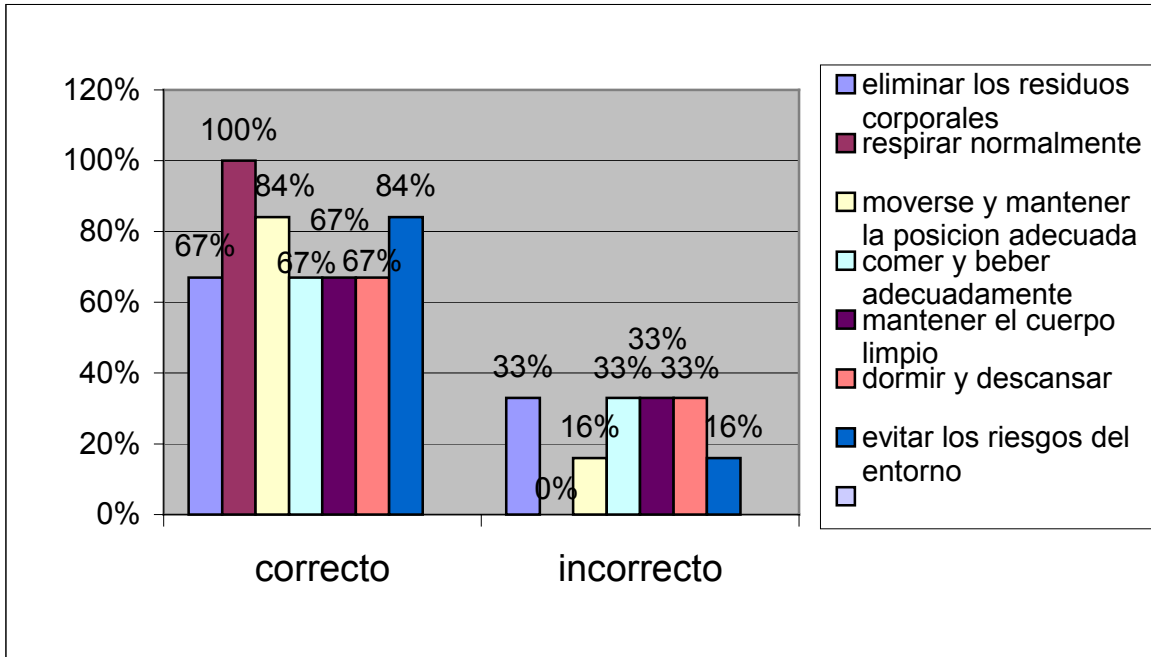
Comparando los resultados de **Sal.4 y Sal.5**, existe diferencia entre ellos: los estudiantes de Enfermería consideran conocer en su totalidad la Teoría (a pesar de que son notorias las fallas conceptuales) y saben relacionar en su mayoría, los problemas que presenta el adulto mayor con las necesidades que describe Henderson pero en contraste, solo el 50% de las enfermeras, quienes trabajan cotidianamente con estos pacientes, conoce esta teoría y como afirman Gaona et al (2003), el conocimiento deficiente de esta teoría repercute en la calidad de los cuidados que reciben los pacientes seniles hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Civil “Dr. F. Nachón”, pues no superan los niveles óptimos de eficacia que se requieren para atender como es debido al anciano.



**FIG.42 Conocimientos de las enfermeras sobre los conceptos que maneja la Teoría de Virginia Henderson**



**FIG.43 Conocimiento de las enfermeras sobre la Teoría de Virginia Henderson en relación a los trastornos del anciano**



### 3.3.3. CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN DEL ANCIANO

Todas las investigaciones aquí analizadas, coinciden en que el sujeto de estudio es el mismo anciano a diferencia de todas las demás (con excepción de Edu.5) donde los entrevistados son familiares, estudiantes o enfermeras:

- Sal.6. Influencia de la relación social en la autoestima del adulto mayor que se encuentra en el Asilo Sayago, con el grupo que asiste a las actividades recreativas de la UMF 66 del Seguro Social, en Xalapa, Veracruz. Período agosto-diciembre de 2004,**
- Sal.7. Expresión de la sexualidad en los docentes adultos mayores de la Facultad de Enfermería de la UV en el período agosto-diciembre 2004,**
- Sal.8. Estilo de vida y calidad de vida del adulto mayor en la colonia Francisco Ferrer Guardia AGEB (010-7) en Xalapa, Ver. Período agosto-diciembre 2002**

El objetivo de la investigación **Sal.6** fue identificar cuál es el grado de satisfacción que reportan adultos mayores de dos distintas instituciones. La hipótesis es que el adulto mayor que tiene una mayor relación social tiene mayor autoestima que los que están reclusos en asilos. El tipo de estudio fue transversal y correlativo. Los resultados señalan que existen diferencias entre los sujetos ancianos entrevistados del Asilo Sayago (n=10) y los de la UMF 66 (n=7), todos ellos ancianos entre 60 y 80 años. Por ejemplo, el 30% de los participantes del asilo se encuentran altamente satisfechos y 60% están medianamente satisfechos contra el 57% de la UMF 66 se encuentran altamente satisfechos y 43% medianamente satisfechos. En la tabla 9 se expresan mejor estas diferencias.

**Tabla 9. Comparación de los resultados sobre la autoestima y su influencia en las relaciones interpersonales de los ancianos de dos instituciones**

| <b>Reactivos</b>   | <b>Asilo Sayago</b> | <b>UMF 66</b> | <b>Opciones de respuesta proporcionadas por los ancianos</b>   |
|--|---------------------|---------------|--|
| La influencia de los cambios físicos en sus relaciones interpersonales                     | 60%                 | 86%           | Manifiestan sentirse aceptados completamente.  |
|  | 30%                 | 14%           | Medianamente aceptados.  |
| La Influencia de los problemas de salud del adulto mayor en sus relaciones interpersonales | 70%                 | 70%           | Sienten que son aceptados por las personas que los rodean y que les ayudan a solucionar estos problemas. |
|  | 20%                 | 30%           | Dicen que las personas que los rodean no les importan sus problemas y que no los aceptan.                |

|  |     |      |   |
|--|-----|------|---|
| Las reuniones sociales   | 90% | 57%  | Siempre permiten desarrollar pensamientos positivos en ellos                |
| La importancia del estado de ánimo para relacionarse con los demás   | 20% | 86%  | Sí influye su estado de ánimo   |
|  | 30% | 14%  | A veces influye su estado de ánimo  |
|  | 50% | 0%   | No influye su estado de ánimo aunque estén molestos o preocupados con razón |
| ¿Es su apariencia un problema para hacer nuevas amistades?   | 70% | 100% | No tienen ningún problema con su apariencia                                 |
| Satisfacción con las amistades que tiene el adulto mayor   | 50% | 86%  | Se sienten altamente satisfechos con las amistades que tienen actualmente   |
|  | 30% | 14%  | Medianamente satisfechos  |
|  | 20% | 0%   | Bajamente satisfechos   |
| ¿Cómo lo consideran las personas que rodean al adulto mayor cuando realiza labores domésticas y actividades recreativas? | 30% | 14%  | Trabajadores  |
|  | 50% | 86%  | Activos   |
|  | 20% | 0%   | Impertinente  |
| ¿Les gusta convivir con gente nueva?   | 80% | 100% | Sí  |
| ¿Está satisfecho al mantenerse ocupado?  | 60% | 100% | Están altamente satisfechos   |
|  | 20% | 0%   | Medianamente satisfechos  |
|  | 20% | 0%   | Bajamente satisfechos   |
| Satisfacción con la propia vida  | 40% | 86%  | Altamente satisfechos   |
|  | 50% | 0%   | Medianamente satisfechos  |
|  | 10% | 14%  | Bajamente satisfechos   |

Fuente: Elaborada con base en el cuestionario utilizado por De la Fuente (2004) en la investigación Sal.6

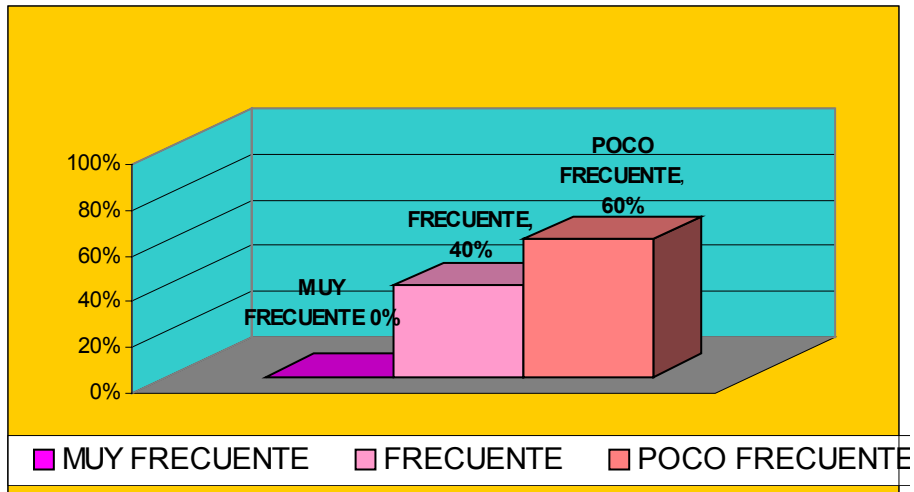
En general se observa que los entrevistados de la UMF 66 tienen más elevada su autoestima que los que están en el Asilo Sayago sin embargo sería conveniente comprobar si esta diferencia es significativa, y si es la causa de que se sientan más satisfechos con su vida..

El objetivo de la investigación **Sal.7** fue conocer la manera en que el adulto mayor docente de la Facultad de Enfermería expresa su sexualidad. Se plantea como hipótesis “*el adulto mayor expresa su sexualidad de igual manera que otros grupos en otras etapas de desarrollo*”, misma que es comprobada al término del estudio.

La muestra fue conformada por 5 docentes entre 60 y 65 años de edad y a pesar de ser pequeña, se incluyen los resultados debido a la novedad del tema de estudio. Los encuestados son en su mayoría (80%) mujeres, heterosexuales, casados (40%), solteros (40%) y viudos (20%). Se les preguntó acerca de cómo expresan sus deseos

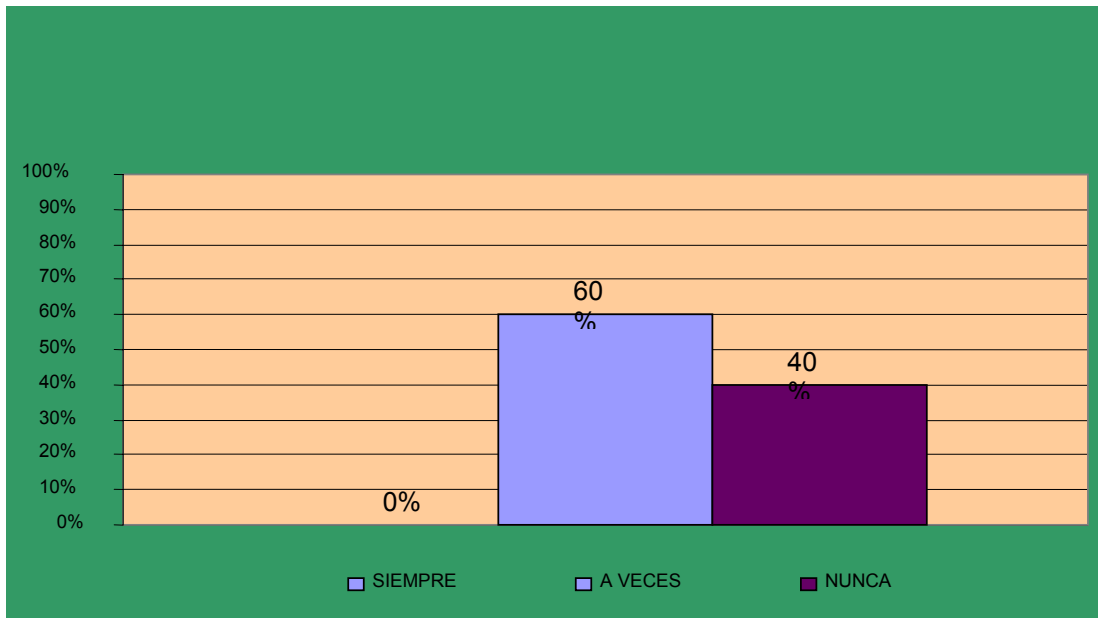
sexuales y el 80% estuvo de acuerdo en que lo hacen a través de su arreglo personal. Además, indican que las relaciones sexuales en esta etapa de la vida disminuyen, como se aprecia en la FIG.44.

**FIG.44 Frecuencia de relaciones sexuales de los docentes adultos mayores de la Facultad de Enfermería**

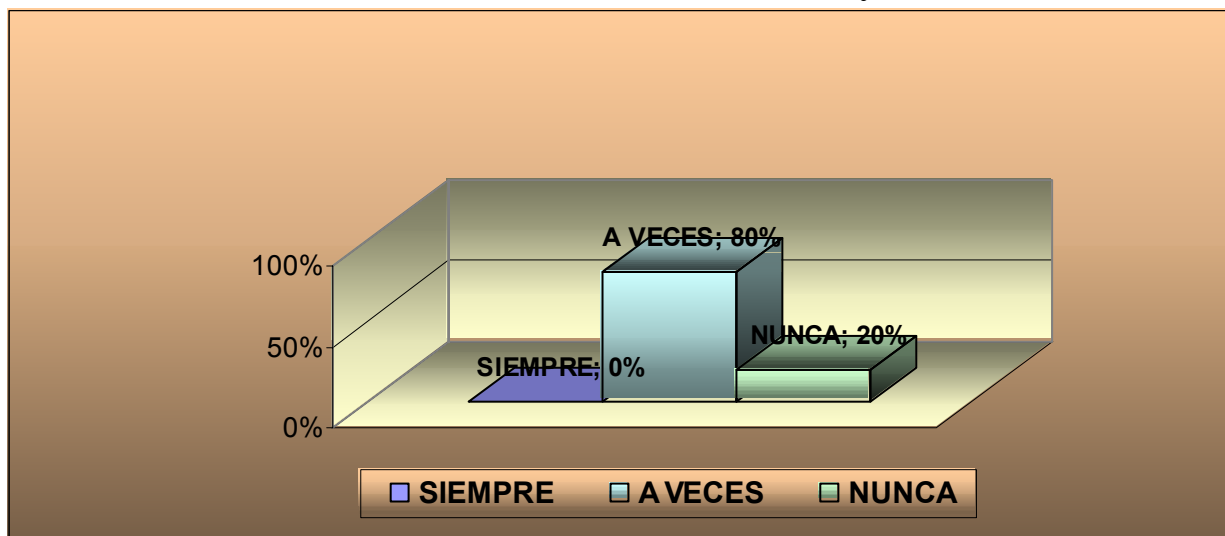


Debido a los cambios físicos que surgen después de los 60 años de edad, algunos ancianos ven afectado el ejercicio de su sexualidad, como se observa en la FIG.45. Y la aceptación por parte de la familia ante la expresión de la sexualidad de estos mayores, se da en un 60%, por parte de la sociedad sólo es “a veces” en un 80% (véase FIG.46).

**FIG.45 Porcentaje de la frecuencia de limitaciones físicas que impiden una vida sexual plena en los docentes adultos mayores**



**FIG.46 Opinión acerca del grado de aceptación que tiene la sociedad sobre la sexualidad en el adulto mayor**



Álvarez y Jiménez (2004) reportan inseguridad en las respuestas de los participantes en **Sal.7** al resolver el cuestionario, para manifestar y expresar sus preferencias sexuales. En repetidas ocasiones se hace presente la inhibición o negación, de la manera en que ponen de manifiesto su sexualidad. Los autores consideran que es probable que si tengan deseos de expresarse, sin embargo referirse al tema está estigmatizado por la sociedad y sus prejuicios, por lo que muchas veces su forma de responder no representa una realidad; equivocadamente, se tiene un estereotipo donde los ancianos son seres asexuados y no sienten o no les es necesario manifestar y vivir su sexualidad<sup>13</sup>.

Entre la investigación **Soc.4** y la última de esta categoría (**Sal.8**) existen elementos en común. El primero de ellos es la colonia en la que se trabajó y el período de 2002. El tipo de estudio coincide como descriptivo, prospectivo y transversal. El muestreo fue por conglomerados. Se resumen los resultados a los que se llegaron en la TABLA 10.

En la investigación Sal.8 participaron un total de 130 ancianos. Los resultados, que se muestran en la FIG.47, indican que tiene relación el estilo de vida que llevan los ancianos en esta colonia con la manera en cómo perciben su calidad de vida.

<sup>13</sup> En oposición a este pensamiento, es necesario considerar las palabras de Salvarezza (1991): la sexualidad se manifiesta en la autoafirmación de la femineidad y de la masculinidad; la sensación cotidiana de sentirse buscado, necesitado y querido, dará una perspectiva distinta a esta etapa de la vida tan compleja y tan difícil de vivir.

**Tabla 10. Resultados de las investigaciones Soc.4 y Sal.8**

| <b>Código</b> | <b>Investigación</b>   | <b>Resultados</b>   |
|---------------|--|---|
| Soc.4         | Dificultades de la familia para dar cuidado al anciano, en la colonia Francisco Ferrer Guardia en Xalapa, Ver. durante el período agosto-diciembre del 2002. | En los familiares de los ancianos de esta colonia, no se detecta un porcentaje alto de dificultades económicas, culturales o psicológicas y el desconocimiento sobre los padecimientos que puede presentar un adulto mayor es mínimo, debido a que la mayoría de los ancianos están aún en una edad productiva (60-65a) lo que les permite realizar actividades sin perjudicar los roles sociales de sus familiares.  |
| Sal.8         | Estilo de vida y calidad de vida del adulto mayor en la colonia Francisco Ferrer Guardia AGEB (010-7) en Xalapa, Ver. Período agosto-diciembre 2002.         | Se encontró una asociación positiva entre el bienestar social y psicológico de los ancianos.<br>En cuanto al Estilo de Vida el 48% de los adultos mayores presentan buenos hábitos alimenticios, 46% buenos hábitos higiénicos, 53% no realiza ningún tipo de ejercicio y 64% se siente a gusto con sus creencias.<br>En cuanto a la Calidad de Vida el 65% se califican como deficientes en su bienestar físico y 61% percibe tener bienestar psicológico y el 64% bienestar social. |

Fuente: Anexo 1 Matriz de datos de las investigaciones

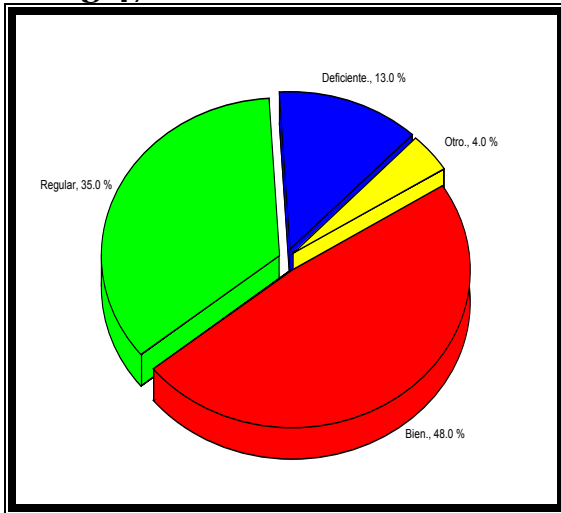
Se aprecia que casi la mitad (48%) de los adultos mayores presentan buenos hábitos alimenticios puesto que tuvieron una ingesta entre 1550-2200 cal. que es lo que ellos deben consumir a diario aproximadamente. Esto conlleva, a prevenir enfermedades entre las que se encuentra la osteoporosis, estreñimiento, elevación del colesterol y triglicéridos, hipertensión arterial, diabetes, etc. A pesar de esto hay un porcentaje (13%) que consume menos de 1000 calorías, lo cual es alarmante pues es un aporte calórico muy bajo con lo cual están propensos a adquirir algunas de las enfermedades mencionadas.

También casi la mitad (46%), presentan buenos hábitos higiénicos ya que realizan su aseo corporal siguiendo un patrón de periodicidad además de que ofrecen un aspecto limpio y olor agradable. Presenta su piel limpia, suave, lisa, flexible y sin alteraciones ni lesiones, además de mostrar una dentadura limpia y libre de caries, gingivitis y halitosis; su ropa está limpia y bien cuidada. Por el contrario, una quinta parte (22%) de la población manifiestan hábitos higiénicos deficientes ya que estos

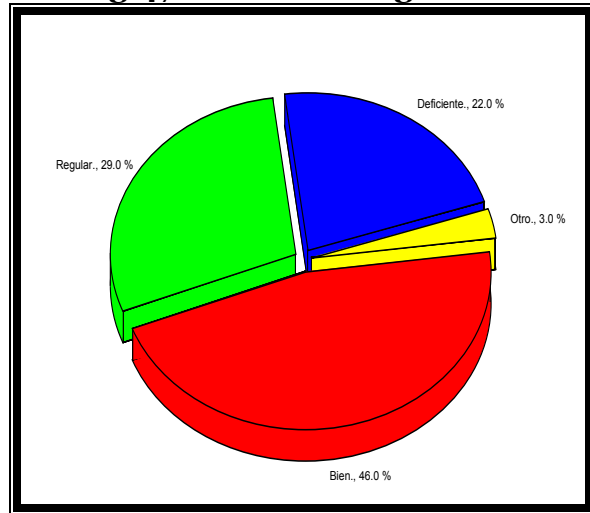
dan un aspecto de piel, manos, cabello, dentadura y uñas descuidados, además de presentar un notable deterioro de la piel y mucosas con presencia de manchas, lesiones, heridas y úlceras; muestran manchas en la ropa, sudor, restos de comidas, etc. y presentan una placa dental con caries y halitosis.

**FIG.47 Estilo de vida del adulto mayor en la colonia Francisco Ferrer Guardia AGEB 010-7 Xalapa, Ver. período agosto-diciembre 2002**

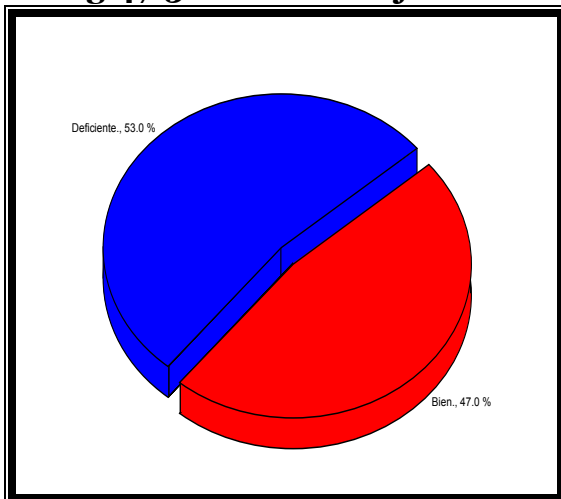
**Fig.47.1 Hábitos alimenticios**



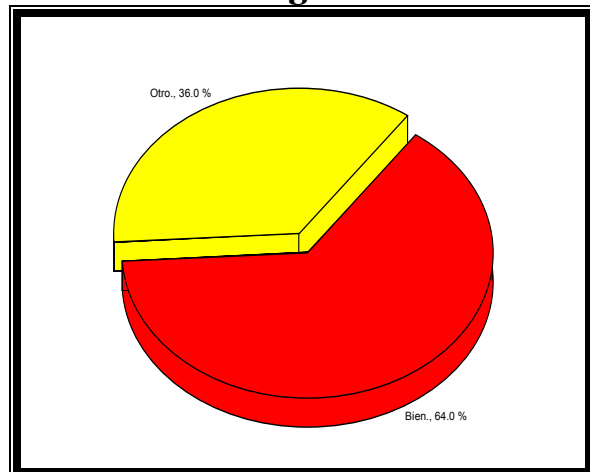
**Fig.47.2 Hábitos higiénicos**



**Fig.47.3 Hábitos de ejercicio**



**Fig.47.4 Satisfacción con su creencia religiosa**



FUENTE: Investigación Sal.8 "Estilo de vida y calidad de vida del adulto mayor".

Por otra parte en cuanto a los hábitos de ejercicio, más de la mitad (53%) no realiza ningún tipo de ejercicio debido a que presentan dificultad para ejercer los mismos,

además de que no cuentan con la ayuda o supervisión de un familiar para realizarlos. Ellos tienen como consecuencia problemas como obesidad, osteoporosis, disminución de la masa muscular, problemas del corazón, disminución del peristaltismo y de la capacidad pulmonar. En cambio los adultos mayores que si tienen buenos hábitos de ejercicio (47%) puesto que tienen la capacidad para realizarlo, mantienen una vida saludable lo cual posibilita que puedan desarrollarse íntegramente y valorarse como personas, además que pueden exteriorizar manifestaciones de alegría, placer, satisfacción, orgullo, entre otros.

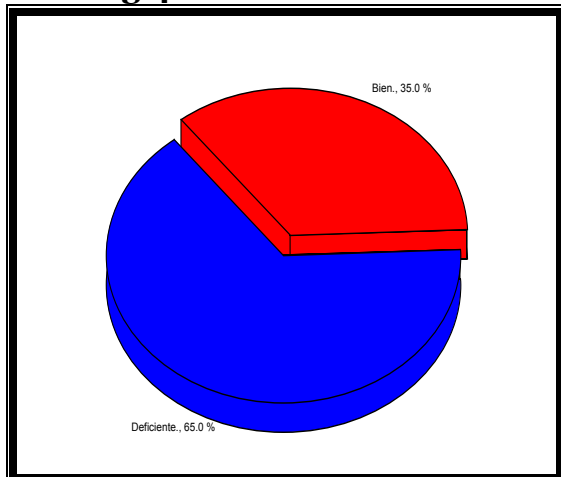
Dos terceras partes (64%) se sienten a gusto con su creencia ya que esta significa mucho para ellos, pues la fe en ella es la que los impulsa a obrar o actuar de forma adecuada y la mayoría mencionó que cuando se encontraban en depresión por alguna problemática y sentían hundirse, apoyaban su fe en su religión y solo así encontraban la paz, lo que consideraban les había ayudado a llegar hasta esta edad. En cambio los que no profesaban ninguna fe (36%) mostraron una indiferencia hacia la religión ya que contestaron que con o sin ella, se sentían de la misma manera, es decir, indiferente. Pero también, Castillo et al (2002) observaron en estos ancianos cierta indiferencia, es decir, se mostraban apáticos, “como si todo les diera igual”, pues no reflejaban en su rostro emoción alguna.

Por medio de estos porcentajes se pudo observar que el estilo de vida de la mayoría de los adultos mayores es satisfactorio, a pesar de que los hábitos de ejercicio fueron deficientes por no poderlos realizar con regularidad.

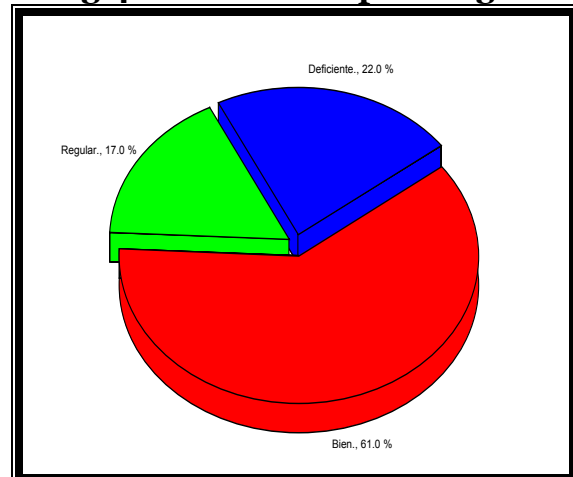
En cuanto a la calidad de vida se observan los resultados en la FIG.48.

**FIG.48 Calidad de vida del adulto mayor en la colonia Francisco Ferrer Guardia  
AGEB 010-7 Xalapa, Ver. período agosto-diciembre 2002**

**Fig.48.1 Bienestar físico**

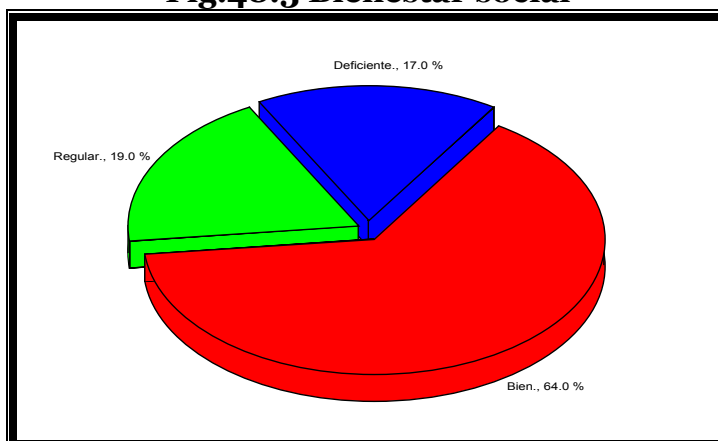


**Fig.48.2 Bienestar psicológico**





**Fig.48.3 Bienestar social**



FUENTE: Investigación Sal.8 "Estilo de vida y calidad de vida del adulto mayor"

De manera general, se aprecia la calidad de vida de los ancianos de esta zona de Xalapa:

En el bienestar físico se encontró que dos terceras partes (65%) de la población lo refieren como deficiente, ya que padecen alguna enfermedad crónico-degenerativa como la diabetes, la hipertensión arterial, algún tipo de cáncer, altos niveles de colesterol y triglicéridos entre otros.

En el bienestar psicológico más de la mitad (61%) de los encuestados lo considera como adecuado debido a que se encuentran felices y satisfechos con lo que han realizado a lo largo de su vida, además de vivir en un ambiente familiar estimulativo, tanto intelectual como culturalmente, así como con una reducción de estrés importante. Sin embargo, existe una quinta parte (22%) de la población que manifestó tener un bienestar psicológico deficiente pues atravesaban en ese momento por crisis como duelo, depresión, pérdida de la movilidad, entre otros.

Castillo et al (2002) señalan la importancia de atender oportunamente a los adultos mayores que presentan alguna disminución en su capacidad funcional y en lo afectivo.

También dos terceras partes (64%) indican bienestar social, ya que presentan un adecuado intercambio de ideas, experiencias y sensaciones con las personas de su entorno social. Es decir, existe una buena comunicación con la sociedad. La otra porción (36%) indica bienestar regular o deficiente, debido principalmente a una falta de comunicación con las personas de su alrededor lo que produce una falta de ánimo para relacionarse con los demás.

De acuerdo a estos resultados, los ancianos de esta colonia reportan satisfacción en cuanto a su calidad de vida; aunque el bienestar físico sea limitado debido a las enfermedades crónico-degenerativas que padecen.

Todo esto conduce a Castillo et al (2002) a confirmar la hipótesis de que el estilo de vida del adulto mayor si influye en la calidad de vida ya que si existen malos hábitos alimenticios, higiénicos, de ejercicio y creencias, su calidad de vida se verá afectada en su bienestar físico (por medio de enfermedades crónicas las cuales crearán problemas económicos para su control), psicológico (presentándose ansiedad, depresión, inseguridad, etc.) y social (causará desempleo, algún tipo de vicio, desintegración familiar, además de la responsabilidad de atender a un adulto mayor enfermo).

### **3.4. CATEGORÍA EDUCATIVA**

En esta categoría se analizan tres investigaciones (Edu.1, Edu.2 y Edu.3) que se realizaron en estudiantes de Enfermería, evaluando el nivel de conocimientos y habilidades que han adquirido durante su formación profesional en la UV para cuidar al anciano y los factores de estrés a los que se encuentran expuestos. También se incluye un trabajo sobre la formación de recursos humanos en el DIF municipal para cuidar al paciente geriátrico (Edu.4); un trabajo que mide satisfacción en el adulto mayor crónicamente enfermo sobre un programa educativo implementado en una clínica del IMSS (Edu.5) y se finaliza haciendo una comparación entre los contenidos curriculares de dos modelos educativos impartidos en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, que contemplan la práctica gerontológico (Edu.6).

#### **3.4.1. Currículum de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana UV**

Se define como el *“proyecto que precide las actividades educativas escolares, precisa sus intenciones y proporciona guías de acción adecuadas y útiles para los profesores que tienen la responsabilidad directa de su ejecución. Proporciona informaciones concretas sobre qué enseñar, cómo y cuando evaluar.”* (García, D. 1990, p.8).

Existen dos planes curriculares dentro de la Facultad de Enfermería de la UV, mismos que se describen a continuación:

#### **Plan de estudios 1990**

El fundamento en el que se sustenta este plan de estudios es en el diagnóstico de la situación de salud, en él se recuperan elementos de la problemática de salud como

daños a la salud, cobertura de servicios a la salud, recursos físicos y humanos con que cuenta el Estado y la conceptualización del proceso salud-enfermedad.

En este plan de estudios, la carrera de Licenciatura en Enfermería, tiene una duración de ocho semestres, al término de los cuales se realiza el servicio social durante un año en comunidades subrurales y primordialmente en rurales. El plan de estudios se organiza con base en la práctica profesional de enfermería, las experiencias de aprendizaje se encausan a la resolución de problemas de salud en los niveles de atención con énfasis en el primer nivel.

En un intento por superar las limitaciones que se presentan en el plan de estudios por asignaturas, se elige la organización curricular por áreas, con el fin de favorecer una relación vertical y horizontal de acciones que aseguren la continuidad, secuencia e integración teórico práctico de dicho plan.

El currículum está integrado por cuatro áreas:

Área I Salud individual y colectiva.

Área II Materno infantil.

Área III Médico quirúrgico.

Área IV Integradora de la práctica de enfermería.

### **Modelo Educativo Integral Flexible (MEIF)**

En el plan de estudios del MEIF se plantea que los fundamentos en que se sustenta son: la situación de salud, perfiles de ingreso y egreso, organización estructural curricular y descripción del plan de estudios.

Este modelo educativo se centra en los estudiantes y se propone lograr su formación integral y armónica a través de un aprendizaje permanente en los diversos ámbitos de su quehacer profesional y de su vida personal, convirtiéndolos en individuos con una identidad y competencia que les permita responder a las necesidades de la sociedad. Por ello, el plan de estudios está organizado por cuatro áreas de formación que incluyen 53 experiencias educativas (antes asignaturas) con un total de 428 créditos:

1) Área de formación básica:

General

Iniciación a la disciplina.

2) Área de formación disciplinar

3) Área de formación terminal

4) Área de formación electiva

Así, mientras **el área de elección libre** permite a los estudiantes formarse en aspectos diversos de su interés, los cuales contribuyen a su formación integral, como son el conocimiento de su contexto, el arte, la cultura, el deporte y aspectos inter y multidisciplinarios; **el área de formación terminal** se centra en posibilitarles que elijan la orientación de su perfil profesional, de acuerdo con las preferencias que cada estudiante tiene para su desarrollo laboral y a las características del contexto regional. **El área disciplinaria** proporciona a los estudiantes una sólida formación que los caracterice y les de identidad dentro de un campo profesional en particular, considerando su desempeño en un amplio contexto y en concordancia con los avances en el dominio específico de cada disciplina. La parte del **área de formación básica de iniciación a la disciplina** se avoca a lograr que los alumnos se apropien de los contenidos básicos del área disciplinar a la que pertenece su carrera, por lo que constituye un espacio curricular, cuyo nivel de especificidad permite compartir algunas experiencias educativas con otras carreras que incluyan las mismas áreas de conocimiento.

De esta manera, para la Universidad Veracruzana, el MEIF constituye la respuesta ante los retos y perspectivas que plantea el contexto internacional, nacional y regional a la educación superior en México.

Ahora la cuestión que surge es: ¿Qué tan bien están preparados los estudiantes de Enfermería en cuanto al proceso de envejecimiento y sus repercusiones en la práctica profesional?

Hay tres investigaciones al respecto:

- Edu.1. Conocimientos de los estudiantes de la Facultad de Enfermería en la promoción y protección de la salud del Adulto Mayor Xalapa Veracruz agosto-diciembre de 2002.**
- Edu.2. Conocimientos, habilidades y estrategias de los estudiantes de la Facultad de Enfermería en el proceso de envejecimiento para el cuidado del anciano, agosto-diciembre 2002. Xalapa, Ver.**
- Edu.3. Factores de estrés que afectan a los alumnos de la Facultad de Enfermería ante el cuidado de los ancianos. Agosto-enero 2004.**

### 3.4.1.1. DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN<sup>14</sup>

#### **Elementos en común:**

1. Si bien el objetivo es diferente en cada caso (véase TABLA 11), Edu.1, Edu.2 y Edu.3 se relacionan en conocer el nivel de conocimientos, habilidades, estrategias y factores de estrés que tienen los estudiantes en su relación con la promoción y protección de la salud del anciano.
2. La variable dependiente es el cuidado del anciano y la independiente es el nivel de conocimientos y los factores de estrés.
3. Los tres trabajos son descriptivos y dos (Edu.1 y Edu.2) se definen como transversales.
4. Todos los sujetos que sirvieron para los estudios, fueron alumnos del 7º semestre de la Facultad de Enfermería en la Unidad de Ciencias de la Salud de la UV. La muestra (n) es similar en cada caso: En Edu.1, n=55; en Edu.2, n=60 y en Edu.3, n=56.
5. El instrumento es un cuestionario de opción múltiple diseñado por los mismos autores.

**Tabla 11. Objetivos de las investigaciones Edu.1, Edu.2 y Edu.3**

|       |   |
|-------|---|
| Edu.1 | Identificar el nivel de conocimientos de los estudiantes en la promoción y protección de la salud del adulto mayor en la Facultad de Enfermería de la Ciudad de Xalapa, Veracruz.                                   |
| Edu.2 | Conocer el nivel de conocimientos, habilidades y estrategias de los estudiantes de Enfermería en el proceso de envejecimiento para el cuidado del anciano.  |
| Edu.3 | Conocer los factores de estrés de los alumnos de la Facultad de Enfermería ante el cuidado de los ancianos, planteando estrategias para resolverlos, así como las técnicas más usuales en el tratamiento del mismo. |

Fuente: APÉNDICE B Matriz de datos de las investigaciones.

Las diferencias son:

1. Los estudios son en Edu.1 prospectivo y en Edu.3 exploratorio.
2. Las hipótesis. En Edu.1 “el nivel de conocimientos origina interés por promover y proteger la salud del adulto mayor”; en Edu.2 “El nivel de conocimientos, habilidades y estrategias acerca del proceso de envejecimiento, influye en el cuidado del anciano” y en Edu.3 “El conocimiento sobre los factores de estrés de los estudiantes de Enfermería acerca del cuidado del anciano influirá positivamente en el cuidado de la salud de la población senil”.
3. Los resultados se pueden consultar en la TABLA 12.

<sup>14</sup> Descripción con base en la Matriz de Datos que se puede consultar en el APÉNDICE B.

**Tabla 12. Resultados de las investigaciones en estudiantes de la Facultad de Enfermería**

|       |  |
|-------|--|
| Edu.1 | Los estudiantes (64%) tienen poco interés en documentarse a diferencia de los que en realidad se interesan (36%).  |
| Edu.2 | 60% de la muestra tiene buenos conocimientos sobre lo que es e implica el proceso de envejecimiento pero es menester, que en el 40% restante se enfatice la enseñanza.   |
| Edu.3 | Resulta estresante para el alumno, que el anciano tenga alguna incapacidad para ver escuchar y/o hablar (48%), que el anciano se encuentre deprimido (25%), que coma muy lento (20%), también que exista un maltrato por parte del personal que labora en las instituciones (29%) y los recursos financieros de la institución no sean suficientes para la atención del anciano. |

Fuente: APÉNDICE B Matriz de datos de las investigaciones.

En general, estos resultados indican que sólo un poco más de la mitad de los encuestados tiene conocimientos óptimos sobre lo que es el proceso de envejecimiento y más o menos el mismo porcentaje no se interesan en la promoción ni protección del adulto mayor y que los factores más nombrados que le estresan son la incapacidad de alguna función sensorial, el estado emocional decaído, la lentitud al comer en el cuidado del anciano, el maltrato del personal de instituciones y los bajos recursos para financiar la debida atención a este cada vez más importante sector de la población.

#### 3.4.1.2. ANÁLISIS DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Para ampliar estos resultados, se muestran en la TABLA 13 y 14 los **conocimientos de los estudiantes de la Facultad de Enfermería (Edu.1)**:

**Tabla 13. Conocimientos de los estudiantes en la protección de la salud del adulto mayor**

| <b>Conocimientos sobre:</b>                 | <b>SI (%)</b> | <b>NO (%)</b> | <b>Comentarios:</b>  |
|---|---------------|---------------|--|
| Frecuencia del baño                         | 70.7          | 29.3          |  |
| Hora para el baño                           | 56.9          | 43.1          |  |
| Lubricación de la piel                      | 43.1          | 56.9          |  |
| Protección contra accidentes en vía pública | 17.2          | 82.8          | Alarmante a nivel de protección                                    |
| Cantidad de nutrientes necesarios           | 29.3          | 70.7          |  |
| Tipo de alimentación                        | 17            | 83            | Mala alimentación desencadena obesidad, hipertensión, entre otros. |

Fuente: Elaborada a partir de los datos obtenidos en Edu.1

**Tabla 14. Conocimientos de los estudiantes en la promoción de la salud del adulto mayor**

| Conocimientos sobre:           | SI (%) | NO (%) | Comentarios:                        |
|--------------------------------|--------|--------|-------------------------------------|
| Tipo de ejercicio a realizar   | 43.1   | 56.9   |                                     |
| Práctica (tiempo) de ejercicio | 29.3   | 70.7   | Necesidad de fomentar esta práctica |
| Actividad sexual               | 69     | 31     |                                     |

Fuente: Elaborada a partir de los datos obtenidos en Edu.1

Como se observa en la FIG.49, un alto porcentaje (63.8%) de los alumnos no se interesan en la promoción y protección de la salud en el anciano debido quizás a que no tienen los conocimientos ni las prácticas suficientes y/o de calidad con pacientes geriátricos. El interés y los conocimientos influyen en la buena atención al anciano.

En **Edu.2**, donde se evalúan los **conocimientos del proceso de envejecimiento, las habilidades y estrategias para atender al anciano por parte de los estudiantes de la Facultad de Enfermería**, Altamirano et al (2002) describen y clasifican estas variables tal como se aprecia en la TABLA 15.

**TABLA 15. Escala de medición de las variables en la investigación de Altamirano et al (2002)**

| Área de Evaluación | Clave | Descripción de la Variable                    | Clasificación  |
|--------------------|-------|---|--|
|                    | DEF   | Definición sobre el proceso de envejecimiento | Diversos conceptos   |
|                    | C_INF | Capacidad para captar información             | 1. Disminuida<br>2. Normal<br>3. Aumentada<br>4. No sabe                             |
|                    | C_AV  | Capacidad auditiva y visual                   | 1. Disminuida<br>2. Normal<br>3. Aumentada<br>4. No sabe                             |
|                    | C_GO  | Capacidad del gusto y del olfato              | 1. Disminuida<br>2. Normal<br>3. Aumentada<br>4. No sabe                             |
|                    | COND  | Cambios de conducta                           | 1. Fatiga<br>2. Irritabilidad<br>3. Inquietud<br>4. Ninguna                          |
|                    | ANIMO | Estado de ánimo                               | 1. Alegre y optimista<br>2. Ansioso y triste<br>3. Apático e irritable<br>4. Ninguno |

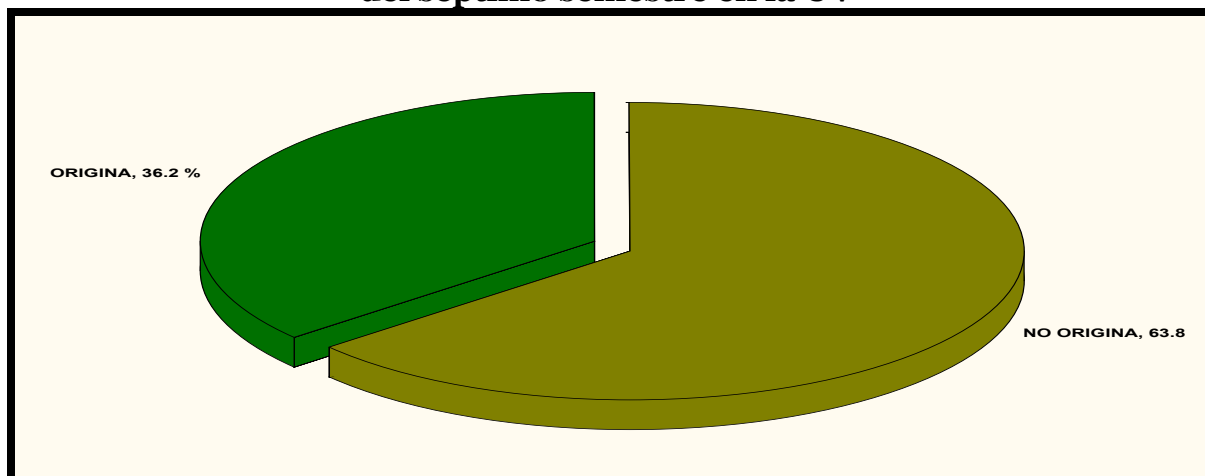
|                      |          |  |   |
|----------------------|----------|--|---|
| <b>CONOCIMIENTOS</b> | ACEL     | Factores que aceleran el proceso de envejecimiento | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tabaquismo y Alcoholismo</li> <li>2. Sedentarismo</li> <li>3. Alimentación excesiva</li> <li>4. Estreñimiento</li> </ol>                        |
|                      | RET      | Factores que retardan el proceso de envejecimiento | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ejercicio y buena nutrición</li> <li>2. Vida sin estrés</li> <li>3. Participación social y descanso</li> <li>4. Ayuno y sedentarismo</li> </ol> |
|                      | NUTR     | Ingesta del requerimiento nutricional              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1200 cal / día</li> <li>2. +1200 cal / día</li> <li>3. -1000 cal / día</li> <li>4. No sabe</li> </ol>   |
|                      | CUIDADOS | Cuidados más importantes                           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Piel, boca y uñas</li> <li>2. Piel, uñas y oídos</li> <li>3. Cara, cabello y uñas</li> <li>4. Ojos, manos</li> </ol>                            |
|                      | PATO     | Patología más frecuente                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipertensión</li> <li>2. Diabetes</li> <li>3. Osteoporosis</li> <li>4. IRAS</li> </ol>  |
|                      | MORT     | Causa de mortalidad                                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paro cardiorespiratorio</li> <li>2. Traumatismos</li> <li>3. Muerte natural</li> <li>Neoplasias</li> </ol>                                      |
| <b>HABILIDADES</b>   | BAÑO     | Facilidad para bañar                               | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fácil</li> <li>2. Difícil</li> <li>3. No sabe</li> </ol>  |
|                      | H_DIENTE | Mantener higiene bucal                             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cepillado y enjuagues bucales</li> <li>2. Colutorios</li> <li>3. Gárgaras con agua</li> <li>4. Nunca lo he realizado</li> </ol>                 |
|                      | H_PIEL   | Cuidado de la piel                                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicación de cremas y aceites</li> <li>2. Dar masajes y cambios de posición</li> <li>3. Dar antioxidantes</li> <li>4. Nada</li> </ol>          |
|                      | DIETA    | Dieta más apropiada                                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Blanda</li> <li>2. Normal</li> <li>3. Sólida</li> <li>4. Líquida</li> </ol>   |



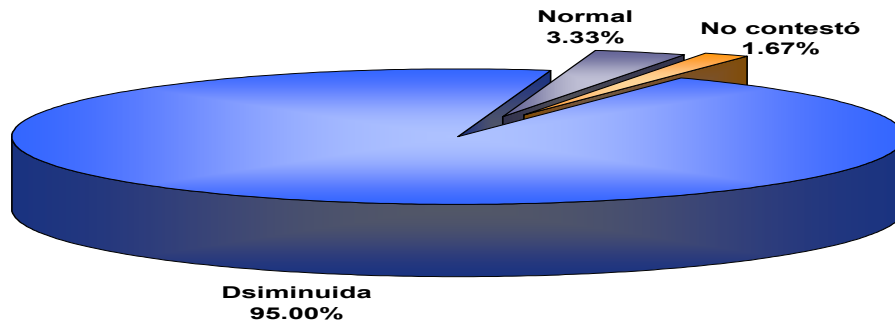
|                    |           |   |  |
|--------------------|-----------|---|--|
|                    | E_PERIOD  | Periodicidad de ejercicios en cuello, brazos, manos, espalda, piernas y pies. | 1. 1 ó 2 veces al día<br>2. 1 vez por semana<br>3. Cada mes<br>4. Cada año                   |
|                    | ACTIVIDAD | Actividades recreativas   | 1. Hacer ejercicio<br>2. Jugar y bailar<br>3. Ver televisión y escuchar música<br>4. Ninguna |
| <b>ESTRATEGIAS</b> | F_BAÑO    | Opciones para bañar al adulto mayor   | 1. Sentado<br>2. Parado<br>3. Acostado<br>4. No lo he realizado                              |
|                    | ALIMENTO  | Opciones para alimentar al adulto mayor                                       | 1. Con cuchara<br>2. En taza o vaso<br>3. Con popote<br>4. Ninguna                           |
|                    | EJERCICI  | Estrategias para que el adulto mayor realice ejercicio                        | 1. Motivación<br>2. Imitación<br>3. Ayuda física<br>4. No le brindo apoyo                    |
|                    | DIENTES   | Estrategias para que el adulto mayor mantenga una buena higiene bucal         | 1. Con motivación<br>2. Imitación<br>3. Con ilustraciones<br>4. Ninguna                      |

Fuente: Modificado del anexo de la investigación Edu.2

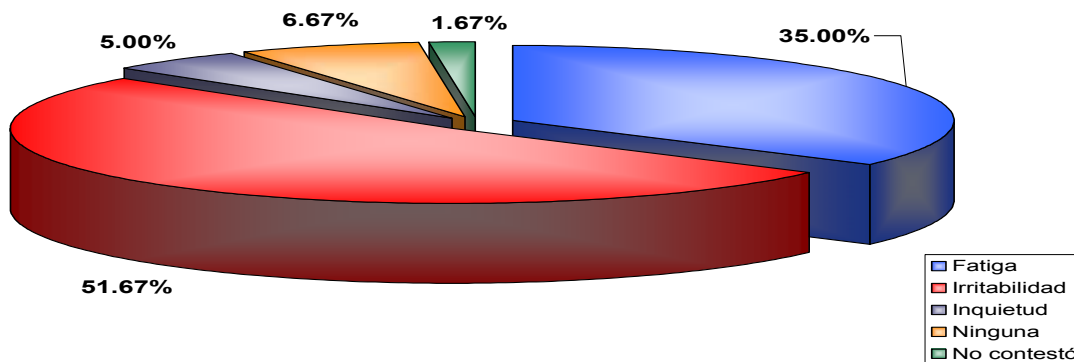
**FIG.49 Los conocimientos en la promoción y protección de la salud del Adulto Mayor originan interés en los estudiantes de Enfermería del séptimo semestre en la UV**



**FIG.50. Capacidad del anciano para captar atención por medio de los sentidos**



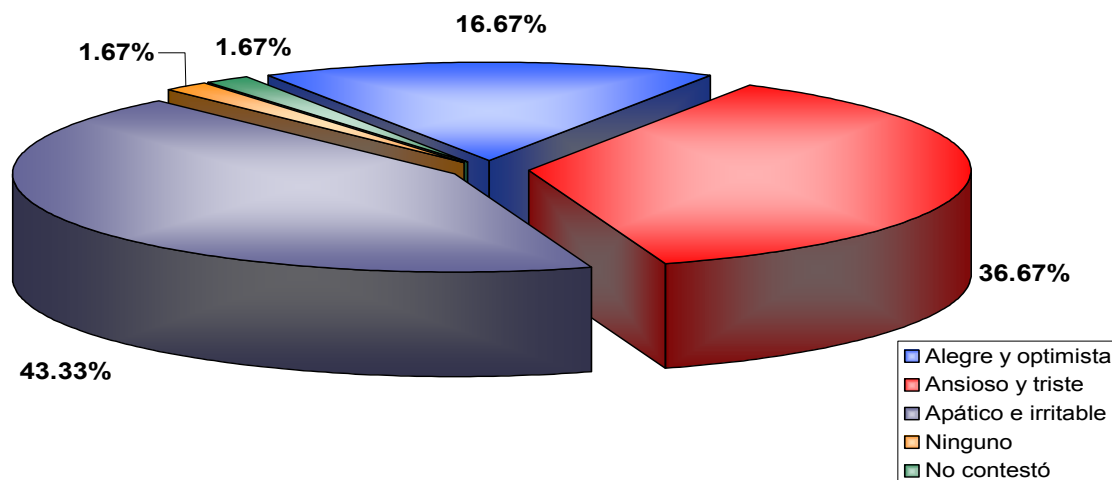
**FIG.51 Opinión de los estudiantes sobre las causas del cambio de conducta en el anciano**



Otro aporte de este trabajo es que señala los déficits del anciano de Xalapa, que perciben los estudiantes de Enfermería como puede observarse en las figuras 50 a la 52 y consideran como factor que acelera o retarda el proceso de envejecimiento lo que se muestra en la TABLA 16.

En la figura 51, se aprecia que el alto porcentaje de irritabilidad (51.67%) es provocada probablemente por las restricciones anatómicas y funcionales propias de la edad, por padecer síndrome de inmovilidad o una enfermedad crónica o quizás se sienta solo y frustrado por no satisfacerse sus necesidades rápida y oportunamente.

**FIG.52 Opinión de los estudiantes sobre el estado de ánimo del anciano**



Cabe mencionar que es necesario y útil mantener un buen estado de ánimo en el anciano porque es benéfico para su salud.

**TABLA 16. Factores que aceleran o retardan el proceso de envejecimiento**

| <b>Acelera</b>        |       | <b>Retarda</b>              |       |
|-----------------------|-------|-----------------------------|-------|
| Sedentarismo          | 51.7% | Ejercicio y buena nutrición | 88.3% |
| Tabaco y alcohol      | 40%   | Ayuno y sedentarismo        | 5%    |
| Alimentación excesiva | 5%    | Vida sin estrés             | 3.3%  |

Fuente: Elaborada a partir de la investigación Edu.2 de Altamirano et al (2002)

De este estudio se obtiene los siguientes conocimientos sobre *el correcto cuidado del anciano* y cuáles son las *medidas específicas y necesarias para su salud* (prevención, promoción y curación):

1. El consumo diario de calorías debe ser de 1200 cal,
2. Los cuidados más importantes para el anciano: de la piel, las uñas y la boca.
3. La patología más frecuente es la hipertensión pero se aprecia que los estudiantes desconocen esto.
4. La causa más frecuente de morbilidad es el paro cardiaco o respiratorio.
5. Bañar a un adulto mayor: Su dificultad depende del grado de incapacidad del anciano.
6. Las técnicas de higiene bucal más frecuentes son el cepillado y los enjuagues bucales.
7. Se debe dar cuidar la piel con cremas y aceites.

8. Se recomienda la dieta blanda pero cabe aclarar que esto depende del tipo de anciano al que se está alimentando, para unos será conveniente una dieta blanda, pero para otros pueden comer sólida o líquida.
9. La frecuencia de ejercicios puede ser 1 o 2 veces al día.
10. Actividad recreativa que más practican los adultos mayores es el ejercicio y en segundo lugar, jugar y bailar.
11. En cuanto a la posición a la hora del baño, la mayoría de los estudiantes opina que sentado es lo correcto pues así se evitan caídas.
12. La mejor opción para alimentarle es con la cuchara pues se facilita su realización, evita riesgo de obstrucción, facilita el deglutamiento y comer poco a poco.
13. Para lograr que haga ejercicio el estudiante utiliza la motivación por beneficios o facilita ayuda física, lo que dependerá si el anciano es inmóvil o no.
14. Para lograr el cepillado bucal se utiliza igualmente motivación por beneficios.

Entre los **factores de estrés (Edu.3) que afectan a los alumnos de la Facultad de Enfermería ante el cuidado de los ancianos** Callejas et al (2003) mencionan que:

1. La incapacidad de alguna función sensorial, como la incapacidad para ver, escuchar y hablar.
2. El estado emocional decaído como la depresión o irritabilidad.
3. Que tengan mal olor por no tener los hábitos adecuados de higiene como no bañarse o cambiarse de ropa.
4. La lentitud o que no tengan cuidado al comer.
5. El maltrato por parte del personal de instituciones o que sean indiferentes, no estén capacitados o les falte interés para cuidar del adulto mayor.
6. Los bajos recursos para financiar la debida atención a este sector de la población por lo que los espacios pertinentes para un mejor cuidado están reducidos.

Hay que notar que, como lo expresan Callejas et al (2003), esto es sólo una aproximación al fenómeno complejo del estrés y a la problemática debida al aumentar la longevidad en esta población.

### **3.4.2. OTRAS INVESTIGACIONES DE LA CATEGORÍA EDUCATIVA**

**Edu.4. El proceso de envejecimiento y su relación con la formación de recursos humanos para el cuidado del anciano en el DIF municipal de Xalapa, Ver. Período agosto-diciembre 2003.**

**Edu.5. Relación del programa de control de hipertensión arterial con el nivel de satisfacción que manifiesta la población adulto mayor en la clínica 66 del IMSS.**

**Edu.6. Relación entre el proceso de envejecimiento y los contenidos del currículo del plan 90 y Modelo Educativo Flexible e Integral para dar cuidados al anciano en la Facultad de Enfermería. Xalapa, Ver. Agosto- diciembre 2002.**

En la investigación **Edu.4** se trató de identificar si la institución del DIF municipal cuenta con cursos o programas de enseñanza continua para el cuidado y la atención del paciente senil, y si el personal por tanto está capacitado para cuidar al adulto mayor (Flores et al, 2003). La hipótesis indica que la formación de recursos humanos para el cuidado del anciano, es directamente proporcional a la atención y cuidados para las personas de la tercera edad. El estudio es descriptivo y transversal. El criterio de selección de la muestra fue estar trabajando con ancianos en el DIF, así se entrevistó a los siete profesionistas que cumplían este requisito.

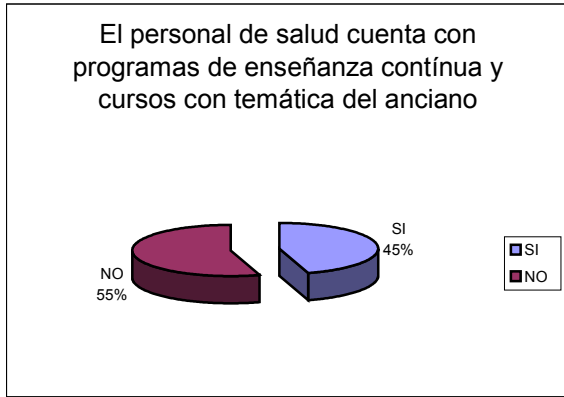
El resultado al que se llega, como se aprecia en las figuras 53 a la 57, demuestra que esta institución no cuenta con cursos y/o programas de enseñanza continua para el cuidado del anciano, lo que es triste puesto que esta población como se ha visto seguirá en aumento y es necesario que los profesionales del área de salud continúen actualizándose en cuanto a conocimientos, habilidades y estrategias para utilizar con los ancianos, sobre todo pensando en promover una buena vejez.

A continuación se analiza la investigación **Edu.5** de Basilio y Roldán (2003). En este estudio se pretendió conocer el grado de satisfacción<sup>15</sup> del adulto mayor con relación a la calidad del programa educativo del grupo de ayuda para el hipertenso de la UMF 66 del IMSS. La hipótesis es que la satisfacción de los ancianos será directamente proporcional a la calidad del programa de control de hipertensión arterial. Se entrevistaron a 15 pacientes hipertensos mayores de 60 años que asistieron a uno de estos grupos.

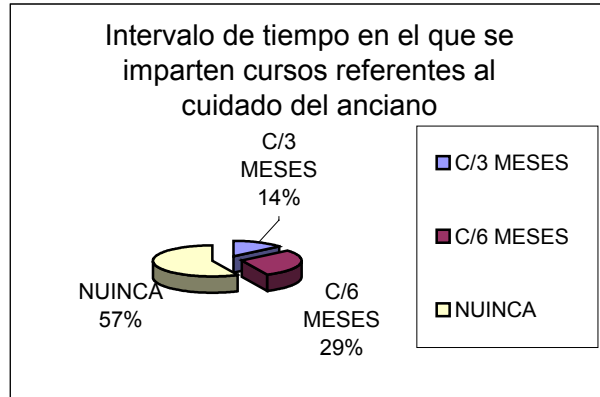
---

<sup>15</sup> Satisfacción puede ser definida como la provisión y gratificación de todas las necesidades y deseos, se trata de dar respuesta a todas las condiciones y demandas, provocando un sentimiento, un estado mental, de agradecimiento atendiendo a todo aquello que hace que una persona se sienta contenta y es el estado que resulta de la realización de lo que se deseaba.

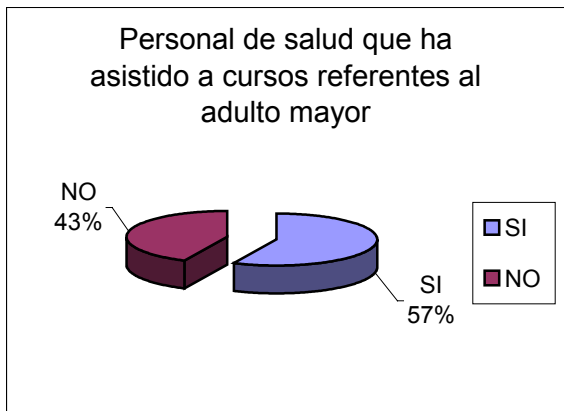
**FIG. 53**



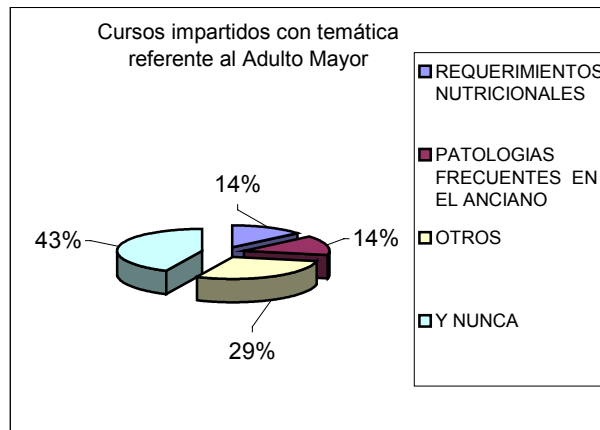
**FIG. 54**



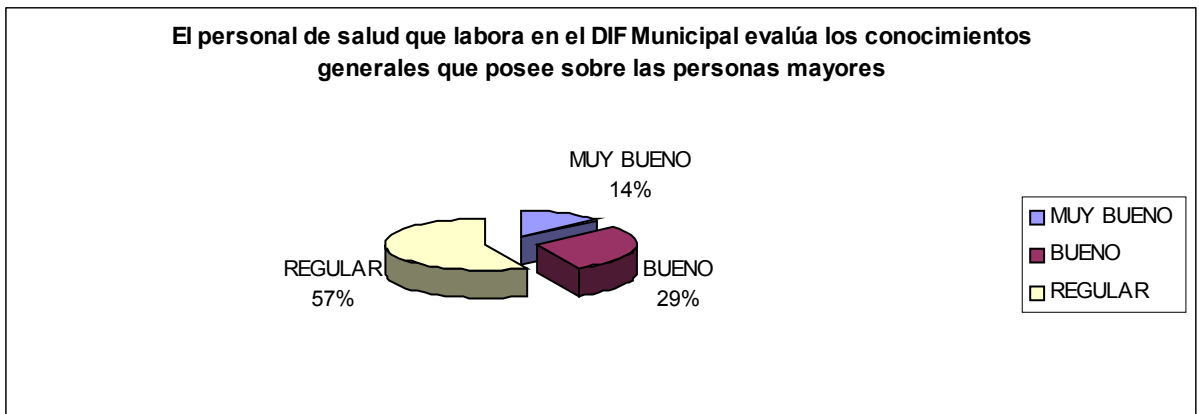
**FIG. 55**



**FIG. 56**



**FIG. 57**



Las relaciones con el equipo de trabajo fueron consideradas en general como “muy buenas” y “buenas”. Aunque las expectativas para formar parte del grupo no fueron las mismas, todos aprendieron a cuidarse mejor en la enfermedad, lo cual ya es un logro por si solo. Tres cuartas partes están altamente satisfechos con el desarrollo del programa a pesar de que la mitad expresó que alguna vez no asistió al programa y al parecer no había interés por parte de los facilitadores por saber los motivos, los

participantes podían seguir asistiendo y recuperar las sesiones perdidas en otro grupo de hipertensos.

Antes de asistir al grupo, los conocimientos que tenían eran insuficientes y al término manifestaron que aumentaron sus conocimientos en un 90 o 95% lo cual es un resultado favorable para el programa. 92% indica que si les fueron aclaradas sus dudas. La mitad se sienten excelentemente satisfechos con este programa, a 25% les parece muy bueno y el otro 25% bueno. La mayoría de los participantes se encuentran satisfechos con el programa, se expresaron muy bien del personal, comentaron que las pláticas estuvieron bien explicadas y la información que les brindaron fue bastante amplia.

Al asistir, los participantes lograron satisfacer la necesidades de conocimientos, la satisfacción se refleja en su vida cotidiana ya que aprendieron la importancia de llevar a cabo una dieta balanceada, de hacer ejercicio, conocieron más gente con su mismo padecimiento. Es decir, no sólo les sirvió para conocer más sobre la hipertensión sino que ampliaron sus relaciones personales lo cual es deseable porque muchas veces se sienten deprimidos al enterarse que sufren una enfermedad crónica irreversible, y que poco a poco los va a ir deteriorando por lo que tienden a encerrarse en su hogares o no llevar una vida de calidad. Argumentan sentirse más tranquilos al conocer cuál es la causa de su padecimiento, qué deben hacer y qué no pueden hacer, cómo pueden controlarlo y aun más cómo ayudar a otras personas que no tienen este conocimiento y lo necesitan.

Asimismo empiezan a hacer conciencia de la gran importancia que tiene esta enfermedad para el ser humano, debido a esta actitud pueden ir aportando medidas afines para su prevención, lo que puede ser de gran ayuda en primer lugar para la población misma y por ende a los sistemas de salud.

Un 83% opina que el programa cubrió todas sus necesidades ya que les enseñaron muchas cosas que en la actualidad las llevan a la práctica y ellos saben lo benéfico que es para su salud y lo que le puede llegar a suceder en caso de no cumplir con lo que se les mencionó, por otro lado, considera que por lo menos no continúan siendo ignorantes con respecto a la enfermedad que padecen, y como participó tanto el personal médico como la trabajadora social entonces se abarcó todo lo que ellos consideran importante para su bienestar.

Las sugerencias que hacen los mismos participantes son: invitar a más gente para aprovechar este tipo de recursos; que se les proporcione material impreso para que en el futuro puedan revisarlo y utilizarlo como medio de consulta y en cuanto al lugar manifestaron que les pareció muy chico el espacio físico.

Para concluir el análisis de la categoría Educativa, se analiza la investigación **Edu.6** de Méndez et al (2002), donde se trató de identificar si el plan 90 y MEIF (modelo educativo integral flexible), contienen información del adulto mayor y el proceso de envejecimiento, para dar cuidado a esta población. La hipótesis implica que si hay más información sobre el adulto mayor en los contenidos curriculares del plan 90 y MEIF, mayores serán los contenidos abordados para dar cuidado al anciano en esta población y con su consecuente aportación o ventaja para capacitar adecuadamente a los estudiantes de enfermería de la UV en cuanto a este tema. El estudio es de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo y cualitativo.

De ahí la importancia de revisar los contenidos del currículum del plan 90 y del MEIF para ver si cumple con los requisitos necesarios y preparar a los estudiantes de la profesión de Enfermería para que tengan suficientes conocimientos y con estos poder brindar al anciano un mejor cuidado.

Para lograr tal propósito se analizaron las asignaturas que contienen el proceso de envejecimiento y por medio de una guía de observación se estudiaron y analizaron los programas de las distintas asignaturas y experiencias educativas, comprobando si efectivamente tienen esta información.

Los resultados señalan que en el plan 90, el 57% contiene información del adulto mayor en los fundamentos, perfiles y objetivos y un 43% no contienen dicha información. Dentro del MEIF un 20% no contiene información del adulto mayor en los fundamentos perfiles y objetivos y un 80% si contienen ésta temática. Por lo que la conclusión a la que llegan Méndez et al (2002) es, que en relación a este tema en específico, el MEIF está mejor diseñado para abordar estas temáticas tan importantes en la formación de los alumnos y que en el futuro se espera les sean de ayuda para enfrentarse a los retos que implica el trabajar con un individuo en su etapa de vejez y con el cual tendrá que poner en práctica sus conocimientos y atender las necesidades de una persona que ha llegado a esa edad.



## **CAPÍTULO 4 INTEGRACIÓN Y SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN DEL ANCIANO DE XALAPA, VER.**

La intención de este capítulo es responder a la pregunta de investigación:

**¿Cómo es la situación del anciano en la Cd de Xalapa, Ver. tomando en cuenta los aspectos de salud, sociales, familiares y educativos que el envejecer implica?**

El anciano de la ciudad de Xalapa es una persona percibida de dos formas: como el anciano normal o independiente y activo; o como el anciano patológico o inactivo y dependiente de su familia. Estas diferencias en la percepción de los sujetos de investigación, se deben a varios factores.

En primer lugar a las características personales de los individuos ancianos, como ya se ha dicho a lo largo de este trabajo “cada anciano es distinto” y por tanto, es posible que cada uno de ellos se apegue a alguna de las teorías expuestas (véase APÉNDICE A) así por ejemplo desde la teoría de la desvinculación de Cumming y Henry, los autores describen a los ancianos como individuos aislados de la sociedad y contentos con esta situación, por lo que probablemente su teoría sea válida para determinado número de ancianos. En segundo lugar, el concepto de envejecimiento no está bien definido en la sociedad y la idea de vejez, es equiparada solamente a deterioro y pérdidas y la idea de la muerte propia. En tercer lugar la experiencia de los mismos sujetos de investigación en cuanto a su contacto diario con algún anciano, difiere.

Los psicólogos del envejecimiento, sobre todo los que apoyan el envejecimiento exitoso (como Baltes & Baltes, 1993; González-Celis, 2002 y 2004), critican que se vea al envejecimiento como déficit puro, pero la realidad indica que también los hay: dependientes, solitarios, esperando su propia muerte...así que no se puede decir que este autor o aquel otro tienen la razón, sino que dependerá mayormente de conocer el tipo de gente con la que se trabajará y de acuerdo a ellos uno mismo puede adoptar un modelo o teoría determinada de envejecimiento.

### **4.1. Desde lo SOCIAL (o como es visto por la sociedad el anciano)**

A través del análisis de las 22 investigaciones expuestas en el capítulo cuatro, se observa que independientemente de que la población juvenil (Soc.1 y Soc.2) conviva o no con un anciano en su casa, perciben diferente a la persona de edad avanzada, por lo que, se

infiere, que estas diferencias se basan en su formación universitaria, dependiendo de la información que han recibido respecto a tópicos gerontológicos, así, los del área de la salud o Soc.1 (médicos, odontólogos, enfermeras, nutriólogos y bioanalistas) tienen un concepto positivo y los formados en la Facultad de Estadística (Soc.2), un estereotipo negativo (lo consideran dependiente en casi cualquier actividad).

Díaz et al (2002) sugieren que la sociedad influye grandemente en la población anciana, pues al estereotiparle de cierta manera, el mismo viejo se autodefine como la gente lo ve. Todo ello concuerda con lo dicho anteriormente por Rodríguez (1994).

Dentro de la Facultad de Enfermería, debido a que actualmente están vigentes dos planes curriculares (como se explica en Edu.6), existen estudiantes que han cursado la experiencia educativa de "Gerontología" y otros que no. Entre ellos se hizo una comparación (Soc.3) sobre el concepto que tienen del anciano evaluado desde distintos aspectos (biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales) encontrándose diferencias entre ellos; sin embargo también hubo confusión en cuanto a algunos términos como la edad a partir de la cual se le debe considerar como adulto mayor.

Por su parte, la población de enfermeras entrevistadas (Soc.4), consideran el proceso de envejecimiento sólo desde el aspecto biopsicosocial; sin embargo, cuando se les pide que lo definan en sus propias palabras, desconocen cómo hacerlo apropiadamente. El no tener definido claramente este concepto, repercute en la calidad del cuidado que brindan a sus pacientes geriátricos. Es necesario destacar la importancia de manejar bien estos conceptos y su repercusión en su desarrollo y servicio profesional. Por ello, se enfatiza que una buena formación académica durante los años de la licenciatura y la capacitación continua que les brinde el hospital donde laboren, mejorará notablemente estos vacíos que son preocupantes y que dañan profundamente al anciano que tiene que ser atendido por alguna enfermera.

El hecho es que, sólo la cuarta parte del personal que labora en dicha institución maneja el concepto de envejecimiento en forma integral, ya que toman en cuenta todos los factores biológicos (cambios orgánicos que afectan sobre sus capacidades físicas y asociadas a la edad), psicológicos (cambios en el comportamiento, auto percepción, conflictos, valores y creencias) y sociales (papel del anciano en la comunidad) que han de enmarcar en el contexto más amplio al fenómeno de envejecimiento. Mientras que la tercera parte del personal maneja el concepto desintegrado o simplemente lo desconoce.

Se necesita que la sociedad cambie su manera de percibir a los ancianos. Como profesionistas de la salud, el psicólogo necesita crear y mantener una conciencia social de dar lo que se quisiera recibir cuando se llegue a una edad avanzada.

#### **4.2. Desde lo FAMILIAR**

La situación de los ancianos reportada por los familiares con los que viven, coincide en dos colonias distintas (Fam.1 y Fam.3). Cabe aclarar que ésta solo es una muestra representativa de la población de esta ciudad.

En el **envejecimiento normal**, las deficiencias físicas más comunes son la disminución de la vista y de la audición, por lo que la mayoría utiliza anteojos y los familiares procuran hablarle más fuerte. Una sexta parte de la población sufre incontinencia urinaria. Una tercera parte sufre problemas circulatorios principalmente en sus miembros inferiores y cuando se les inflaman los pies la principal medida que utiliza es ponerlos en alto. También tienen deficiencias dentales. El tipo de accidente más reportado son las caídas y para evitarlas los familiares optan por proporcionarles zapatos adecuados y utilizar andaderas o bastones en el caso de los ancianos que tienen dificultades para caminar. En general tienen buenos hábitos higiénicos, pues los familiares son hábiles para convencerle de bañarse diariamente, pero en algunos casos es necesaria la ayuda de un tercero para realizar el baño adecuadamente.

Respecto a la velocidad de la respuesta, las opiniones difieren. La mitad de los familiares opinan que el anciano responde de una forma “retardada” es decir, cuando le hacen una pregunta sus familiares, los ancianos tienen problemas para razonar una simple pregunta, se toman demasiado tiempo para razonar o simplemente ya no quieren contestar. La otra mitad de los familiares considera que en el resto de los ancianos no hay ningún tipo de problema puesto que responden inmediata y coherentemente con respecto a lo que le preguntan.

En situaciones de estrés (rememorar algún evento del pasado o algún problema familiar por lo común), el estado de ánimo del anciano y para evitar esa exaltación frecuentemente la familia opta por mantenerlo al margen de los problemas. Medida que muchas veces no es la más conveniente pues el mantenerle comunicado es un derecho que debe seguir ejerciendo.

Retomando la investigación Fam.2, una cuarta parte de los ancianos contribuyen al gasto familiar por medio de muebles e inmuebles (rentas o micronegocios) que ellos poseen. Al igual que la mayoría de la gente, se nota que los viejos no planificaron nunca el llegar a esta edad. Ellos brindan un consejo pero solo cuando se necesita o cuando se lo piden y quieren ser escuchados, quieren ser tomados en cuenta porque fueron educados para ser responsables por los suyos y apoyarlos hasta donde sea posible.

Los ancianos casi no asisten a grupos sociales (Fam.2), solo una tercera parte pero puede surgir una depresión por disminuir la capacidad para realizar algunas funciones y el asistir a este tipo de grupos les beneficia porque se les da un sentido de utilidad. La religión interviene en la participación del adulto mayor en su familia, la sociedad y hacia si mismo. El asistir a grupos religiosos hace que el anciano mantenga una función social, pero para ello necesita el apoyo de su familia (Fam.3). La mayoría (Sal.8) expresa satisfacción con su creencia religiosa.

La familia es una pieza clave en el desarrollo de una buena vejez. Sin el reconocimiento a su(s) contribución(es), el anciano puede sentirse rechazado y provocar en él un deseo de aislarse. Ellos están concientes del reconocimiento (Fam.2), por lo que, expresarle agradecimiento puede contribuir a su felicidad. Como familia hay que tomar conciencia de que posiblemente estos sean los últimos años de vida de su anciano y que, de alguna u otra forma, se puede contribuir a su bienestar.

De acuerdo a los resultados obtenidos en las investigaciones en la colonia Francisco Ferrer Guardia (Fam.3 y Sal.8), los ancianos en su mayoría están en una edad productiva por lo que la familia no reporta tantas dificultades en su cuidado. En donde reportaron menos dificultad fue en las actividades recreativas que realizan los ancianos, sin embargo es necesario aclarar que la actividad recreativa que más frecuentemente realizan los ancianos de esta colonia es “ver televisión” y en este punto existe el debate de si esta opción puede ser catalogada como “actividad recreativa” ya que es una actividad pasiva y que no requiere esfuerzo alguno. La mayoría no realiza ningún tipo de ejercicio, aunque a una quinta parte de la población les gusta caminar.

Por el contrario, en la vejez patológica los ancianos padecen enfermedades crónico-degenerativas (Fam.3 y Sal.8) como hipertensión arterial, diabetes, artritis reumatoide, osteoporosis, cardiopatías. Entre ellas la diabetes es la de mayor porcentaje (Fam.3). Según los hallazgos en Fam.4, las familias de los diabéticos no insulina dependientes, consideran que no cuentan con la información adecuada de la enfermedad ni con los conocimientos adecuados para el buen cuidado de su familiar anciano. A pesar de esta percepción, hacen lo posible para que su familiar diabético siga correctamente el tratamiento médico y por ayudarlo a seguir las indicaciones para el cuidado diario de sus pies. En cuanto a los déficits es notorio que desconocen el aporte calórico diario óptimo, así mismo reportan que es necesario acudir a citas regulares con otros médicos especialistas.

Con base en estos resultados se propone la creación de cursos para familiares o lo que se conoce como educación diabetológica (Amores et al, 2003) y grupos de apoyo psicológico en los que el paciente con diabetes y su familia son enseñados a sobrellevar la enfermedad desde aprender los procedimientos básicos para su cuidado hasta compartir con otros la gama de emociones que surgen a partir del diagnóstico de la enfermedad.

De estos trabajos (Fam.1, Fam.2, Fam.3 y Fam.4) se desprende que es necesaria, y en algunos casos urgente, la capacitación a familiares que tengan a su cuidado a un anciano, pues ellos muchas veces tienen dudas acerca del envejecimiento normal, que de no resolverse, podrían empeorar o perjudicar la situación del anciano.

Gracias a estas investigaciones, los autores fungieron como promotores de la salud al resolver las dudas que surgieron a los familiares del anciano contribuyendo así a la calidad en la atención al mismo. Ellos sugieren mejorar la capacitación al personal de Enfermería que trabaja en los Centros de Salud para que conteste correctamente a las dudas que surjan de la familia y que los ancianos reciban una educación en la que se les enseñe a cambiar su estilo de vida incorrecto para que puedan alcanzar la senectud lo más sanos posible. Si la familia adquiere mejores conocimientos acerca del proceso de envejecimiento, brindará una mejor calidad de vida al anciano y aplicará correctamente estos conocimientos.

#### **4.3. Desde la SALUD**

Como se ha mencionado, la vejez patológica es aquella en la que el individuo la vive con alguna enfermedad siendo por lo común alguna crónica degenerativa. Para la atención del paciente geriátrico es necesario un trabajo interdisciplinario. El trabajo conjunto para el bienestar del anciano se realiza con médicos, enfermeras, psicólogos, entre otros profesionistas de la salud.

En el caso concreto del personal de Enfermería, quienes probablemente sean las que mayor contacto tienen con el anciano, se demuestra (Soc.4, Sal.1, Sal.5) que una gran cantidad de enfermeras muestran deficiencias en lo que respecta al concepto de envejecimiento en las instituciones de salud. El problema subyacente es que el anciano es cuidado por enfermeras que en su mayoría no están capacitadas (Sal.1, Sal.2, Sal.5, Edu.4) para atender eficientemente sus necesidades por lo que se presta una mala calidad del servicio.

Este problema no es exclusivo de las enfermeras sino se puede extrapolar a nivel institucional. Las instituciones de Salud (al igual que la sociedad y el ámbito profesional) demuestran desinterés en proporcionar atención, cuidado, ayuda y comprensión a la población senil. Por ello es importante reconocer el proceso de envejecimiento en las políticas sociales y en los sistemas de salud.

En cuanto a los conocimientos específicos que toda enfermera debería manejar ampliamente, está el caso del Síndrome de Inmovilidad Geriátrica (Sal.1, Sal.2 y Sal.3)

donde se observó que la mayoría del personal de Enfermería que trabajan con pacientes con este síndrome (sean enfermeras, auxiliares de Enfermería o estudiantes de la licenciatura), conocen la definición correcta del Síndrome de Inmovilidad (Sal.1 y Sal.2), las causas por las que aparece este síndrome en la población anciana (Sal.1 y Sal.3) pero desconocen los tipos de inmovilidad y las técnicas de rehabilitación existentes repercutiendo en que el anciano pueda restablecerse por completo.

Respecto al conocimiento de la teoría de Virginia Henderson también se observa que las enfermeras (Sal.5) al ser comparadas con estudiantes de 7º semestre (Sal.4) de la carrera de Enfermería, están en desventaja del conocimiento sobre las necesidades básicas de esta teoría, pero su práctica con este tipo de pacientes es lo que las ha capacitado para atenderlo adecuadamente. Una señal de alarma es que ambos sujetos de investigación coinciden en un déficit marcado en cuanto al concepto que tienen sobre la Enfermería, pues si los mismos egresados de esta rama de especialización no saben definirla, puede asumirse una mala formación desde las aulas o un desinterés por parte de los educandos en su propia formación académica y profesional lo que repercute directamente en la atención eficiente y eficaz al paciente anciano. A pesar de ello, si los estudiantes conocen esta teoría no implica que la sepan aplicar correctamente en la práctica profesional.

Los conocimientos que tienen han sido aprendidos en su experiencia cotidiana (Sal.2), por lo que la atención que se brinda al anciano se basa en una práctica a veces errónea sin ningún tipo de evidencia científica. Es primordial que toda enfermera a cargo del cuidado de la población geriátrica tenga conocimientos teóricos fundamentados científicamente con la finalidad de que ésta asuma la responsabilidad de sus decisiones y acciones, centrando su praxis profesional en la prevención de riesgos, asimismo ayudándolos a superar las dificultades de salud.

Una solución a este problema es la aplicación de programas de enseñanza del área geriátrica y un modelo teórico de atención. Esto sería imprescindible para definir la contribución específica de la enfermera en la prevención de la enfermedad, la mejora del estado de salud y el bienestar de la persona.

En cuanto a la salud Psicológica, los mismos ancianos reportan satisfacción con su propia vida (Sal.6 y Sal.8). Comparando los resultados entre la población senil de un asilo local y la que se reúne en un grupo de actividades recreativas del IMSS regional (Sal.6), los ancianos se comportan de acuerdo a la teoría de la actividad descrita en el capítulo dos, puesto que los que se mantienen activos en esta etapa de la vida manifiestan sentirse aceptados completamente, no tienen ningún problema con su apariencia física, se sienten altamente satisfechos con las amistades que tienen actualmente, la gente que se encuentra a su alrededor los considera activos y se sienten altamente satisfechos al mantenerse ocupados.

Al hablar de su sexualidad (Sal.7), los adultos mayores expresan inseguridad en sus respuestas. En repetidas ocasiones se hace presente la inhibición o negación, de la manera en que ponen de manifiesto su sexualidad. Es probable que si tengan deseos de expresarse, sin embargo referirse al tema está estigmatizado por la sociedad y sus prejuicios, por lo que muchas veces su forma de responder no representa una realidad; equivocadamente, se tiene un estereotipo donde los ancianos son seres asexuados y no sienten o no les es necesario manifestar y vivir su sexualidad.

La sexualidad de los ancianos (Sal.7) es vista como inexistente y en el mejor de los casos, como deficiente. Sin embargo, su sexualidad se expresa de igual manera que en otros grupos de personas en distintas etapas de desarrollo. Probablemente sea cierto que la frecuencia con la que tienen relaciones sexuales disminuye, sin embargo, ante los cambios físicos que su cuerpo experimenta durante esta etapa, no impide que ellos gocen una vida sexual plena. Por tanto, es imprescindible reeducar al grueso de la población en este sentido, ser anciano no significa no gozar de una vida sexual plena (Ramos y González, 1994).

Como se explica en Sal.8, el estilo de vida que llevan actualmente los ancianos, se relaciona con la manera en cómo perciben su calidad de vida y eso explica también que en Fam.3 no se hayan encontrado tantas dificultades por parte de la familia para cuidar al anciano, porque si los ancianos llevan un estilo de vida saludable, parece lógico que no hagan difícil la tarea de su cuidado a sus familiares.

En cuanto al deterioro en el bienestar físico reportado por estos ancianos, se infiere que el estilo de vida actual es una continuación del estilo de vida que han llevado a lo largo de toda su vida. Por ejemplo, en el caso de los hábitos de ejercicio, donde muchos se evaluaron como deficientes, es probable que ellos nunca hayan realizado algún tipo de ejercicio y si lo hicieron fue escaso. El tipo de alimentación pudo haber sido deficiente o excesiva, su vida sedentaria y con stress y/o la adicción al tabaco, alcohol, ciertas drogas, o incluso al trabajo, hicieron que su estilo de vida fuera “no adecuado” y por ende, influyera en su calidad de vida. A pesar de esta suposición, es necesario evidenciarlo empíricamente por lo que es apremiante seguir investigando sobre esta línea.

Sin embargo, a pesar de que, como ya se mencionó anteriormente, la mayoría padece alguna enfermedad crónica degenerativa (Fam.3), dice sentirse bien, satisfechos con lo que han realizado a lo largo de su vida, viviendo en un entorno familiar agradable, con un buen nivel intelectual personal y medio cultural estimulante y con una marcada reducción de estrés que les ayuda a evitar la depresión y la acentuación de la enfermedad física.

Respecto al bienestar psicológico, aunque la mayor parte de la muestra manifestó estar satisfecho en este rubro, la quinta parte de los ancianos que lo evaluaron como

deficiente, probablemente atravesaban en ese momento por alguna crisis como la pérdida de algún ser querido con la consiguiente etapa de duelo, depresión, o algún impedimento físico como la pérdida de la capacidad de movilidad, o el padecer una enfermedad crónica, entre otras. También es necesario valorar las modificaciones psíquicas que se producen en el proceso de envejecimiento como los cambios en las estructuras cerebrales, anatómicas y fisiológicas del sistema nervioso y órganos de los sentidos, para dar una atención adecuada al anciano para que tenga un funcionamiento psicológico óptimo.

En relación al bienestar social manifestado, lo expresan en la comunicación plena con los otros; es decir, en el adecuado intercambio de ideas, experiencias y sensaciones. Por ello es necesario adquirir e implementar estrategias para una buena comunicación con el anciano.

Para contribuir al bienestar percibido por los ancianos en su calidad de vida, se recomienda atender oportunamente a los adultos mayores que presentan alguna disminución en su capacidad funcional y en lo afectivo. De ahí, la importancia de educar a la familia, para identificar si el anciano tiene deficiencias o disminución en alguna de estas áreas, para prevenir un deterioro mayor.

#### **4.4. Desde lo EDUCATIVO**

Se ha visto y demostrado en el análisis precedente (enfermeras: Soc.4, Sal.1, Sal.2, Sal.5 y estudiantes de Enfermería: Soc.3, Sal.3, Sal.4) y se explicará a continuación (Edu.1, Edu.2, Edu.3) que la formación de recursos humanos (Edu.4) que laboran con población envejeciente, no está enteramente preparada para el cuidado y la atención adecuados al paciente geriátrico.

En Edu.1 se cuestiona cómo despertar el interés en los estudiantes de Enfermería para atender a las personas mayores y cuál es la causa que impide que se inclinen a atenderlos. Es posible que al estudiante y al docente no les motive este tema de estudio. Posiblemente el estudiante tiene muy poco interés para documentarse sobre el tema, al igual que el catedrático y hay pocas asignaturas que tiene que ver con el adulto mayor. Se debe motivar al educando para atender a las personas mayores, concientizándoles de que es una población vulnerable a desencadenar enfermedades por el factor edad y debido a los datos demográficos expuestos al principio de esta tesis, es probable que siga incrementándose y por consiguiente lleguen a ser pacientes que necesiten atención y cuidado de calidad por parte de personal de Enfermería.

En cuanto a los conocimientos que tienen los estudiantes de Enfermería sobre el proceso de envejecimiento, los resultados obtenidos en Edu.2 concuerdan con Fam.1 y Fam.3, en que la percepción sensorial se ve disminuida en esta etapa de la vida. Indican que la



irritabilidad y la fatiga son las principales causas del cambio de conducta en el anciano y consideran que su estado de ánimo es “apático e irritable”, o “ansioso y triste” (cotejar con Edu.3) y solo una pequeña parte de la población lo percibe como alegre y optimista. Es importante resaltar que mantener un buen estado de ánimo beneficiará la salud del anciano. Como se ha venido repitiendo a lo largo del trabajo, la percepción que tiene la sociedad del anciano depende de muchos factores. Uno de ellos es la relación que ha mantenido con ellos durante este periodo, es decir si convive o no con un anciano en su casa y cómo ha sido la relación existente.

En Edu.3 los estudiantes de Enfermería manifestaron los factores de estrés que les afectan al cuidar a los ancianos. Entre ellos, se hace hincapié en que los mismos estudiantes se percatan de que las instituciones de salud y el personal que labora no están adecuadamente capacitados y falta interés para cuidar eficazmente al anciano. Uno de los mayores problemas es el aspecto financiero, pues los escasos recursos económicos provocan una disminución en el cuidado que se le brinda al anciano.

Retomando los resultados de la investigación Edu.4, el DIF municipal no cuenta con cursos y/o programas de enseñanza continua para el cuidado del anciano. Debido a que la población senil seguirá en aumento debido al aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad, es necesario que los profesionales del área de salud continúen actualizándose en cuanto a conocimientos, habilidades y estrategias para utilizar con los ancianos, sobre todo pensando en promover una buena vejez.

Como se observó en Edu.5, los ancianos manifiestan satisfacción al cursar un programa educativo para controlar su hipertensión arterial. Esto demuestra que los programas educativos de este tipo (sugeridos en Fam.4) son benéficos para la población en cuestión. Al término del programa, los ancianos refieren haber adquirido más conocimientos acerca de su enfermedad y se muestran deseosos de compartir su nuevo aprendizaje.

Los ancianos descubrieron las ventajas de un grupo educativo como este:

1. Se relacionaron con otras personas que sufren la misma enfermedad crónica; es decir, aumentaron sus vínculos sociales y se perciben de una forma diferente: ya no se sienten solos.
2. La adquisición de conocimientos aumentó su seguridad y manifiestan sentirse más tranquilos. Tomaron conciencia de su enfermedad. Al conocer cuál es la causa de su padecimiento, qué hacer y qué no hacer, toman el control de su enfermedad y por ende aumenta la percepción de control tan importante para el desarrollo de cualquier humano (Baltes & Baltes, 1993).
3. Adquirieron habilidades prácticas como llevar una dieta balanceada o hacer ejercicio y ahora conocen la importancia de seguir las indicaciones del médico, por lo cual es más fácil mantener la adherencia terapéutica.
4. Se percataron de que ellos pueden contribuir con la sociedad, aportando medidas preventivas de la hipertensión arterial.

5. Se dieron cuenta de que no importa la edad que tengan, siempre se aprende algo nuevo.
6. Todo lo anterior les produce un estado de satisfacción y contento.

Por tanto, también es necesario sensibilizar al anciano de que es una persona quien todavía puede aprender como se esbozó en el capítulo segundo, sólo que, de una manera diferente (Viguera, 2002).

Para finalizar, los resultados de Edu.6, señalan que, comparando el plan 90 con el MEIF, éste último abarca más contenidos temáticos en relación al anciano y al proceso de envejecimiento normal y patológico en sus fundamentos, perfiles y objetivos, por lo que está considerado como mejor diseñado para abordar esta problemática y lo que ella implica en la formación de los alumnos y que, en el futuro, se espera les sean de ayuda para enfrentarse a los retos que implica el trabajar con un individuo que ha alcanzado la etapa de vejez y con el cual tendrá que poner en práctica sus conocimientos, habilidades y estrategias para atender las necesidades del anciano.

Sin embargo, tomando el ejemplo expuesto en Soc.3, se debe reforzar la enseñanza en la recién implementada 'experiencia educativa' de "Gerontología", porque a pesar de que la Universidad Veracruzana tiene interés y ha comenzado a modificar sus planes de estudio para contribuir a la atención integral del individuo anciano, es notorio que apenas comienza una etapa de transición y por tanto, aún hay deficiencias en los contenidos curriculares.

## **CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

Conocer la situación actual del anciano, permitirá entender el contexto de la persona para futuras intervenciones (García, 2000).

Por todo lo expuesto se puede decir que, dado que la atención a la persona anciana es compleja, se requiere la integración de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, dietista, nutriólogo, médico general, geriatra, enfermera, odontólogo, trabajadora social y otros), que trabajen intercambiando información, analizando la situación y tomando las decisiones más adecuadas, sin olvidar al mismo tiempo, el trabajo junto con el anciano y su familia y/o cuidadores que estén a cargo del mismo.

El equipo gerontológico de trabajo es un grupo de personas reunidas para realizar un trabajo que les lleve a la consecución de un objetivo y con un fin común: obtener la mejor calidad de vida de la persona mayor. Siguiendo una línea interdisciplinar que conlleva a un compromiso mutuo y de interacción entre los diferentes profesionales; y un dinamismo que se establece en la cooperación entre sus miembros para conseguir los objetivos comunes, es necesario que exista y se fomente una colaboración interdisciplinar armónica junto con los esfuerzos que se invierten, los cuales deben estar bien sincronizados para mantener las conductas saludables que se emitan en el anciano. También se necesita que los roles de los diferentes integrantes del equipo estén definidos y que las habilidades de cada miembro sean reconocidas por todos los demás para evitar algún conflicto posterior que dañe el servicio al anciano.

Es de gran importancia el rol de la enfermera en un equipo de profesionales de la salud. Juega un papel primordial para brindar atención de calidad, delegar tareas con seguridad, evaluar los servicios prestados y realizar una valoración exhaustiva. El plan de atención de Enfermería deberá contener las modificaciones y compromisos necesarios, impuestos por las limitaciones fisiológicas del proceso de envejecimiento normal y sus implicaciones en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, permitiendo la detección precoz de problemas en la administración de cuidados pertinentes.

El profesional de Enfermería, por su condición como profesional sanitario y por su participación en la vida comunitaria, resulta el candidato perfecto para la intervención en los problemas que actualmente viven los ancianos. Por tanto las enfermeras deben ser responsables y capaces de brindar una atención individualizada a la persona anciana, valorando sus necesidades, limitaciones, recursos y posibilidades de funcionamiento autónomo mediante actividades de prevención de la enfermedad o problemas derivados, teniendo en cuenta las situaciones de fragilidad que presenta el adulto mayor.

Por consiguiente, uno de los papeles del psicólogo (González-Celis, 2004b) en este trabajo multidisciplinar, es la capacitación del personal de Enfermería sensibilizándoles sobre la importancia de la educación continua, resaltando la necesidad de actualizarse como profesionales de la salud que son, debido a que esta población seguirá extendiéndose y es necesario formar gente capaz tanto para contribuir a su cuidado y servicio como para promover el bienestar del adulto mayor, es decir, fomentar una buena vejez.

Además, el psicólogo puede fungir como promotor en la formación de familiares y cuidadores primarios (que en ocasiones son la servidumbre) para atender dignamente al anciano, dando a conocer sus necesidades y los cambios físicos, psicológicos y sociales del envejecimiento normal y patológico, capacitándoles con habilidades sociales para el manejo de situaciones difíciles (Chumillas, 2000) e informándoles sobre la importancia de no limitar el funcionamiento del anciano fomentando que ejerza algún control sobre sus propias capacidades y contribuyendo así a que aumente su percepción subjetiva de bienestar y satisfacción en la vida.

Dentro de la Educación para la Salud, la Psicología del Envejecimiento es una nueva rama de la Psicología que pretende aportar a la Gerontología, la dimensión psicológica de esta etapa de la vida. Entre sus objetivos se encuentran el diagnóstico, la prevención, la promoción de la salud, la intervención, la terapia, la rehabilitación, los cuidados paliativos y la evaluación de los resultados, encaminados a elevar la calidad de vida de las personas mayores (González-Celis, 2004a y 2004b; Sánchez-Sosa y González-Celis, 2002).

Cómo se ha visto, la evaluación es importante para ver en qué punto se encuentra la investigación y hacia donde se dirige. El psicólogo también puede contribuir en la creación de instrumentos confiables, estandarizados y validados para medir calidad de vida en población anciana mexicana, como los que actualmente se realizan en la FES Iztacala en el Proyecto Calidad de Vida, Salud y Envejecimiento<sup>1</sup>.

En el aspecto social, el psicólogo del envejecimiento debe ser capaz de sensibilizar a la población en general sobre una imagen positiva de la vejez, cambiando los conceptos erróneos sobre anciano, vejez, envejecimiento y los relacionados a ellos (como jubilación); fomentando la creación y el mantenimiento de redes sociales y potenciar en el anciano el sentido de pertenencia a la comunidad, estimulando su participación en la vida social. Además es necesario enseñar sobre la importancia de los estilos de vida y comportamientos saludables durante todas las etapas de la vida e instruir y sensibilizar a la población en general desde la educación básica sobre la posibilidad existente de que muchos de los niños y jóvenes de hoy lleguen a viejos.

---

<sup>1</sup> Proyecto a cargo de la Dra. Ana Luisa González-Celis Rangel. Mayores informes: [algrc@servidor.unam.mx](mailto:algrc@servidor.unam.mx)

Es importante a nivel educativo, modificar los planes curriculares existentes dentro de la carrera de Psicología específicamente en la UNAM, pues teniendo el ejemplo de la UV, es notorio que, por lo menos en la Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria, hasta el momento no existe alguna materia en la que se tenga contemplada la vejez y el envejecimiento, quizás sólo en la materia de Desarrollo pero es bien conocido por todos que generalmente se enfatizan las primeras etapas de desarrollo y por lo general concluye el semestre cuando apenas se ha terminado de revisar la etapa de adolescencia por lo que existe un desconocimiento en cuanto al tema.

Aún con esta limitación, el psicólogo está equipado con los elementos básicos para tratar a la población envejecente debido a su formación académica sin embargo, sería importante que los estudiantes de Psicología conocieran y se formaran en un área de reciente creación pero de cada vez mayor relevancia social y de importancia científica como es el estudio del comportamiento humano durante el proceso de envejecimiento.

Por último, pero no menos importante, otra tarea del psicólogo será participar en la instrucción del propio adulto mayor, enseñándole que puede prepararse para vivir su vejez de una manera más saludable; seleccionando, optimizando y compensando sus recursos (Baltes & Baltes, 1993), modificando quizás, sus estilos y proyecto de vida.

Procurando ante todo que el anciano funcione como persona independiente, el psicólogo le enseñará estrategias de auto-cuidado y de afrontamiento, fortaleciendo la auto-suficiencia, promoviendo la habilidad para enfrentarse a nuevas situaciones, la generación de expectativas y la solución de problemas para realizar con éxito y satisfacción actividades adecuadas a su nivel de competencia y de auto-eficacia (Bandura, 1997). Todo ello, necesario para promover una buena calidad de vida durante la vejez (además de la higiene, los cuidados preventivos y un buen sistema sanitario).

Lograr un buen grado de bienestar psicológico y físico requiere la optimización del desarrollo del individuo y del proceso de adaptación a los cambios de esta nueva etapa. La psicología debe orientarse a potenciar recursos personales y sociales que ayuden a las personas a formular una re-apreciación (o re-estructuración cognitiva) de su auto-suficiencia de forma más satisfactoria, facilitando un adecuado nivel de bienestar y una mejor calidad de vida..

Con base en que todos los datos presentados en esta tesis no son definitivos y no se pueden generalizar estos resultados a toda la población mexicana. Es necesario por tanto más investigaciones a futuro para corroborar estos resultados. La labor del psicólogo también será necesaria en la formación de otros profesionistas que sean líderes y tomen las decisiones adecuadas para las necesidades que se vayan presentando en esta línea de investigación.

**Las limitaciones** encontradas en la revisión y análisis de las investigaciones presentadas fueron:

1. El instrumento utilizado. En todos los casos fue un cuestionario creado por los estudiantes y en las investigaciones no se especifican los criterios de validez y confiabilidad del mismo. En algunas se explica que hicieron una encuesta piloto pero no se detalla más o el proceso para el instrumento final.
2. Se utiliza Estadística Descriptiva En el aspecto estadístico sólo explican que las gráficas se hicieron en el paquete estadístico Statistica y Harward Graphics o en Excel y no se reporta varianza ni significancia.
3. En algunos cuestionarios los planteamientos de las preguntas no están bien definidos. En algunas respuestas de opción múltiple se sugiere la respuesta correcta.
4. Uno de los propósitos fue recopilar los hallazgos más importantes de las investigaciones por lo que no se incluyen todas las respuestas (y las gráficas) pero cuando existía una respuesta que se repetía en varias investigaciones se incluía una como respuesta representativa de las otras.
5. El tamaño de las muestras. En cada investigación el tamaño (n) varía, es decir, no es uniforme.

A pesar de estas limitaciones el análisis se sustenta en los datos arrojados por las investigaciones por lo que se explica que no se puede conocer con certeza si estos datos son válidos para toda la población anciana de esa ciudad.

En comparación, en la **Facultad de Psicología de la UNAM** se han realizado investigaciones sobre:

1. Los ancianos institucionalizados: su rehabilitación física y social, programa educativo de salud y autocuidado, creatividad, técnicas grupales en sus relaciones interpersonales, suicidio, cambio de actitud, relación entre actitud de familiares y nivel de depresión del anciano.
2. Aplicación de test como el MMPI, MMPI-2, SAT, y de programas experimentales como el control de incontinencia urinaria.
3. Personas jubiladas afiliadas al INAPAM (antes INSEN).
4. Actitudes y conocimientos sobre la propia sexualidad; sexualidad de mujeres en climaterio; sexualidad y relación con características de personalidad.
5. Actitud social de un grupo de adolescentes y jóvenes; representación social en grupos de profesionistas; actitud hacia la vejez en etapa prejubilatoria; concepto de vejez en jóvenes de dos contextos diferentes.

6. Vejez patológica: evaluación neurológica en ancianos con demencia; deterioro de memoria en la enfermedad de Parkinson; programa de atención psicológica para adultos con dx de hipertensión o diabetes
7. Autoestima en jubilados y no jubilados.
8. Capacitación dirigida a voluntariado; formación psicogerontológica básica del personal de salud.

En la **FES Iztacala de la UNAM** se está trabajando actualmente:

1. Aplicación de la batería de evaluación para ancianos
2. Espiritualidad en ancianos

Sugerencias para próximas investigaciones en la **Universidad Veracruzana** y en la **UNAM**:

1. La educación a la que puede acceder el propio sujeto anciano, la cual es posible y recomendable.
2. La influencia exacta del estilo de vida de la juventud en la vejez a través de un estudio longitudinal.
3. Evaluación de la actitud hacia el propio envejecimiento.
4. Programa de preparación para la jubilación.
5. Percepción de los niños hacia las personas mayores o de otros estratos de edad.
6. Depresión y vejez.
7. Conocer las creencias en salud que imperan en el entorno de la persona.
8. Programa de preparación para la vejez.

## BIBLIOGRAFIA

Alba, V. (1994) *Los problemas de la vejez para los jóvenes. Perspectivas de futuro*. En J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo XXI, pp.443-466.

Altamirano, L.; Hernández, C. y Loeza, G. (2002) *Conocimientos, habilidades y estrategias de los estudiantes de Facultad de Enfermería en el proceso de envejecimiento para el cuidado del anciano, agosto-diciembre 2002, Xalapa, Ver.* Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Álvarez, N. y Jiménez, A. (2004) *Expresión de la sexualidad en los docentes adultos mayores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana en el período agosto-diciembre 2004*. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Amores, D.; Cruz, J. y Morales, C. (2003) *Conocimiento de la familia para la atención del adulto mayor con DMNID en el Centro de Salud "Miguel Alemán" en el período agosto-diciembre 2003*. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Andrés, V., Bas, F. y Martín, R. (2000) *Habilidades del gerontólogo*. En R. Fernández-Ballesteros (dir.) *Gerontología social*. Madrid: Ediciones Pirámide, pp.597-615.

Aréchiga, H. y Cerejido, M. Et al (1999) *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas*. México: Siglo XXI Editores.

Arguello, C.; González, P. y Herrera, C. (2004) *Concepto del adulto mayor en los estudiantes de la Facultad de Enfermería que han y no han cursado la Experiencia Educativa de Gerontología. Xalapa, Ver. Agosto-diciembre 2004*. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Arzate, J. (1995) *Análisis de la perspectiva del ciclo de vida y la 3ª edad: una propuesta metodológica*. Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Atchley, R. (1989) A continuity theory of normal aging. *Gerontologist*, 29, 183-190.

Babb, P. (1998) *Manual de Enfermería Gerontológica*. México: Mc Graw Hill Interamericana.

Baltes, P. & Baltes, M. (1993) Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation en Baltes, P. & Baltes, M.



(eds.) *Successful Aging. Perspectives from the Behavioral Sciences*. Canadá: Cambridge University Press. pp.1-34

Bandura, A. (1997) *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.

Barquín, M. Aspectos médicos del envejecimiento. En: H. Aréchiga y M. Cereijido (coords.) (1999) *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas*. México: Siglo XXI Editores, cap.4, pp.66-89.

Barriento, A.; Paz, M. y Ponce, E. (2002) *Conocimiento y habilidades de los estudiantes de la Facultad de Enfermería en la rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad Geriátrica, en Xalapa, Ver, período agosto-diciembre del 2002*. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Basilio, B. y Roldán, Y. (2003) *Relación del programa de control de hipertensión arterial con el nivel de satisfacción que manifiesta la población adulto mayor en la clínica 66 del IMSS*. Trabajo de Licenciatura. Facultad de enfermería. UV.

Bello, C. y Rivera, B. (2003) *Conocimiento de los estudiantes de la teoría de Virginia Henderson para el cuidado del adulto mayor. Facultad de enfermería grupo 702 y 703 Xalapa, Ver., agosto-diciembre 2003*. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Bianchi, H. et al (1992) *La cuestión del envejecimiento (perspectivas psiconanalíticas)* Madrid: Biblioteca Nueva.

Birren, J. & Renner, V. (1977) *Research on the Psychology of Aging. Principles and Experimentation*. En J.E. Birren y K.W. Shaine (comps.) *Handbook of the Psychology of Aging*, New York: Van Nostrand.

Bisquerra (1999) *Metaanálisis y Metodología Cualitativa Métodos de investigación educativa*. pp. 247-278.

Blanck-Cereijido, F. y Cereijido, M. (1997) *Psicología del envejecimiento*. En F. Blanck-Cereijido y M. Cereijido. *La muerte y sus ventajas*. 1ª ed., México: FCE, colección La ciencia para todos.

Buendía, J. y Riquelme, A. (1994) *Envejecimiento y depresión*. En J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo XXI, pp.219-234.

Buendía, J. y Riquelme, A. (1994) *Jubilación, salud y envejecimiento*. En J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo XXI, pp.69-88.

Cacabelos, R. (2000) Bases biológicas del envejecimiento cerebral. En R. Fernández-Ballesteros (dir.) *Gerontología social*. Madrid: Ediciones Pirámide, pp.105-150.

Callejas, N. y Moctezuma, N. (2003) *Factores de estrés que afectan a los alumnos de la Facultad de Enfermería ante el cuidado de los ancianos*. Agosto-enero 2004. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería . UV.

Caro, M. V.; Muñoz, J. y Ruíz, A. (2002) *Conocimientos y habilidades de las auxiliares de enfermería que laboran en el asilo Sayago, en Xalapa, Ver., en la Rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad en el Paciente Geriátrico*, agosto-diciembre 2002. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Castillo, M. L.; Calderón, G. y Martínez, M. (2002) *Estilo de vida y calidad de vida del adulto mayor en la colonia Francisco Ferrer Guardia AGEB (010-7) en Xalapa, Ver. Período agosto-diciembre 2002*. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería . UV.

Chacon, J.; Monge, Y. y Torres, D. (2002) *Conocimientos, habilidades y estrategias de la familia en el proceso de envejecimiento para el cuidado del anciano en el AGEB 014-5 en Xalapa, Ver. período agosto-diciembre 2002*. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Chumillas, M.J. (2000) Formación de familiares y personal. En R. Fernández-Ballesteros (dir.) *Gerontología social*. Madrid: Ediciones Pirámide, pp.527-545.

Comisión de Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo (2002) *Curso-Taller Derechos de las Personas Adultas Mayores*. Secretaría Técnica. Coordinación General de Capacitación. Dirección de Educación, documento recuperado el 16 de noviembre de 2004 en: <http://www.cdheqroo.org.mx/DH2/DoctosPDF/Manuales/MANUALPERSONASADULTASMAYORES.pdf>

Cruz, A. (1989) *Revisión analítica de las tesis elaboradas en psicología clínica sobre niñez, adolescencia y vejez*. Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Cruz, A. (1998) La Jubilación. El anciano y su repercusión en la familia. *Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)*, no.20, documento recuperado el 5 de noviembre de 2004 en: <http://www.insp.mx/salvia/9820/sal98201.html>

De la Fuente, E. y Pérez, O. (2004) *Influencia de la relación social en la autoestima del adulto mayor que se encuentra en el Asilo Sayago, con el grupo que asiste a las actividades recreativas de la UMF 66 del Seguro Social, en Xalapa, Veracruz. Período agosto-diciembre de 2004*. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Díaz, D.; Godos, H.; González, M. y Hernández, J. (2002) *Percepción social que tienen los estudiantes universitarios de la Unidad de Ciencias de la Salud, Xalapa, Ver. agosto-diciembre 2002*. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Domínguez, J.; Carreto, Y. y Sastre, M. (2003) *Concepto social del adulto mayor que tienen los estudiantes de (la preparatoria) artículo 3ro. constitucional vespertino, período agosto-diciembre 2003. Xalapa, Veracruz*. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Encinas, J. (1997) *El anciano y la Familia*. Depto. de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM, documento recuperado el 5 de noviembre de 2004 en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/familia.htm>

Erikson, E. (1950) *Childhood and society*. Nueva York: Norton.

Fernández-Ballesteros, R. (1986): *Hacia una vejez competente. Un desafío a la ciencia y a la sociedad*. En M. Carretero, J. Palacios y A. Marchesi (dirs.) *Psicología Evolutiva*, vol.3. Madrid: Alambra.

Fernández-Ballesteros, R., Iñiguez, J. y López, M.D. (1998) *Trastornos asociados a la vejez*. En M. A. Vallejo (ed.) *Manual de Terapia de Conducta*, Madrid: Dykinson Psicología, pp. 701-758

Fernández-Ballesteros, R., Moya, R., Iñiguez, J. y Zamarrón, M.D. (1999) *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Fernández-Ballesteros, R. (2000) *Gerontología social. Una introducción*. En R. Fernández-Ballesteros (dir.) *Gerontología social*. Madrid: Ediciones Pirámide, pp.31-54.

Fierro, A. (1994) *Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer*. En J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo XXI, pp.3-33.

Flores, M. y González, R. (2003) *El proceso de envejecimiento y su relación con la formación de recursos humanos para el cuidado del anciano en el DIF municipal de Xalapa, Ver. Período agosto-diciembre 2003*. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Galicia, R. y Toribio, J. (2002) *Conocimientos de los estudiantes de la Facultad de Enfermería en la promoción y protección de la salud del adulto mayor, Xalapa Veracruz, agosto-diciembre de 2002*. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Gaona, J.; Osorio, J. y Sánchez, D. (2003) *Conocimiento de las enfermeras de la Teoría de Virginia Henderson para el cuidado del anciano en el Servicio de*

*Medicina Interna del Hospital Dr. Luis F. Nachón, Xalapa, Ver. período agosto-diciembre 2003.* Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

García, D. (1990) *Diseño curricular de la Licenciatura de Enfermería*, Facultad de Enfermería. UV.

García, E. (2000) Prevención y promoción en salud en la vejez. En R. Fernández-Ballesteros (dir.) *Gerontología social*. Madrid: Ediciones Pirámide, pp.473-492.

García, L. y González-Martínez, J. Longevidad y calidad de vida. Asociación Mexicana de Geriátrica y Gerontología, A.C. *Archivo Geriátrico*, vol.5 5(2) documento recuperado el 5 de noviembre de 2004 en: <http://www.amgg.org/revista/volo1/loguevidad.htm>

Glover, R. (1998) Perspectives on aging: Issues affecting the latter part of the life cycle. *Educational Gerontology*, 24(4): 325-331.

Gómez, M. (1996) *Factores que favorecen una vejez digna*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Enfermería. UV.

González, D. (2002) *Concepto de envejecimiento que subyace en el cuidado que da el personal de enfermería al anciano, en el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz (CEMEV), Dr. Rafael Lucio, Xalapa, Ver. en el período agosto-diciembre de 2000*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

González-Celis, A. (2002) *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. UNAM: México.

González-Celis, A. (2003) Los adultos mayores: un reto para la familia. En L. Eguiluz (comp.) *Dinámica de la Familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Editorial Pax. pp.127-139.

González-Celis, A. (2004a) ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos? En B. Salinas y L. Garduño (coord.) *Sin Título*. México: Universidad de las Américas-Puebla, Cap. (en prensa).

González-Celis, A. (2004b) Aportaciones del enfoque cognitivo-conductual a la psicología del envejecimiento. Trabajo presentado en la II Reunión de Investigadores Nacionales en Psicología. La Querencia, Qro., México. 26-28 marzo, 28 p.

Gonzalo, L. M. et al (1986) *Feliz tercera edad*. España: EUNSA.

Granados, M. T.; Luna, S. y Morales, S. (2004) *Resultados de las intervenciones de enfermería con el enfoque de Orem hacia el individuo en proceso de*

*envejecimiento en el ámbito comunitario de la Ciudad de Xalapa de Enriquez, Ver. En el período agosto 03- enero 04.* Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Grande, I. (2000) Economía y vejez. En R. Fernández-Ballesteros (dir.) *Gerontología social*. Madrid: Ediciones Pirámide, pp.275-292.

Ham-Chande, R. (1996) El envejecimiento: Una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública de México*, 38(6): 409-418.

Havighurst, R. (1963) Successful Aging. En R. Williams, C, Tibbits & W. Donhnaue (eds.) *Processes of Aging*, vol.1,pp.299-320 Nueva York: Atherton Press.

Hayflick, L. (1999) *Cómo y por qué envejecemos*. Barcelona: Herder.

Jódar, M. (1994) Déficits y habilidades neuropsicológicas en el envejecimiento normal. En J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo XXI, pp. 181-201.

Lagunes, K.; Narváez, N. y Ortiz, A. (2002) *Contribución y función económica y social de los adultos mayores en su hogar y su reconocimiento por la familia en la zona centro, Xalapa, Veracruz, agosto-diciembre 2002*. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Lehr U. (1994) La Calidad de vida en la tercera edad: Una labor individual y social. En J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo XXI, pp.35-372.

Lehr, U. y Thomae, H. (2003) *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.

Lemon, B., Bengtson, V. & Peterson, J. (1972) An exploration of the activity theory of Aging: Activity type and life satisfaction among in modern to a retirement community. *Journal of Gerontology*. 27, 511-523.

Lemos, S. (1994) Estilos de vida y salud en la vejez. En J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo XXI, pp. 89-106.

Limón, M.; Martínez, I. y Palacios, V. (2002) *Dificultades de la familia para dar cuidado al anciano, en la colonia Francisco Ferrer Guardia en Xalapa, Ver. durante el período agosto-diciembre del 2002*. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Lira, M. A. (1997) *Bosquejo histórico de la vejez (monografía)*. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. UV.

Longino, C. & Kart, C. (1982) Explicating activity theory: A formal replication. *Journal of Gerontology*. 37: 713-722.

Lozano, G. (2002) *Percepción social que tienen sobre el adulto mayor los estudiantes de la Facultad de Estadística UV. Xalapa, Ver. Período agosto-diciembre 2002*. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Maddox, G. (1963) Activity and morale: A longitudinal logy study of selected subjects. *Social Forces*, 42, 195-204.

Melo, C.; Salamanca, M. y De Jesús, A. (2002) *Conocimientos y habilidades de las enfermeras en la rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad en el paciente geriátrico del Hospital Civil "Dr. Luis F. Nachón" de Xalapa, Ver., en el período agosto-diciembre de 2002*. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Méndez, F.; Tepetla, A. y Zarrabal, L. (2002) *Relación entre el proceso de envejecimiento y los contenidos del currículo del plan 90 y Modelo Educativo Flexible e Integral para dar cuidados al anciano en la Facultad de Enfermería. Xalapa, Ver. Agosto- diciembre 2002*. Trabajo de Licenciatura. Facultad de Enfermería. UV.

Mishara, B. & Riedel, R. (1986) *El Proceso de Envejecimiento*. Barcelona: Ediciones Morata, S.A. pp 282

Moragas, R. (1991) *Gerontología Social*. Barcelona: Herder.

Moragas, R. (2000) Preparación para la jubilación. En R. Fernández-Ballesteros (dir.) *Gerontología social*. Madrid: Ediciones Pirámide, pp.453-472.

Organización Panamericana de la Salud. (1993) *Enfermería gerontológica. Conceptos para la práctica*. Washington, D.C. o visite el sitio <http://www.paho.org/>

Programa de Acción para la Atención del Envejecimiento (2001-2006). En el *Programa Nacional de Salud de la Secretaría de Salud*. México.

Pulido, M. E. (2003) *Envejecimiento y Longevidad* documento recuperado el 5 de noviembre de 2004 en:

<http://www.homeopatia.com.mx/memorias2003/EnvejecimientoyLongevidada.htm>

Quintero, G. y González, U. (1997) Calidad de vida, contexto socioeconómico y la salud en personas de edad avanzada. En: J. Buendía (ed.) *Gerontología y Salud. Perspectivas actuales*. Madrid: Biblioteca Nueva, pp.129-145

Ramírez, C. (2004) *Evaluación del autocuidado y la calidad de vida en ancianos*. Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. Calidad de Vida. pp.55-68

Ramos, F. y González, H. (1994) La sexualidad en la vejez. En J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo XXI, pp.151-179.

Ramos, J. y Petroff, N. (1997) *Ancianidad* documento recuperado el 5 de noviembre de 2004 en: <http://www.monografias.com/trabajos5/anciani/anciani.shtml>

Rodríguez, A. (1994) Representación social de la vejez. En J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y psicología de la salud*. España: Siglo XXI, pp. 53-68.

Rowe, J. & Kahn, R. (1997) Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4): 433-440.

Rowe, J. & Kahn, R. (1999) *Successful Aging*. New York: Dell Publishing.

Rudinger, G. & Thomae, H. (1993) The Bonn Longitudinal Study of Aging: Doping, life adjustment, and life satisfaction en Baltes, P. & Baltes, M. (eds.) *Successful Aging. Perspectives from the Behavioral Sciences*. Canadá: Cambridge University Press. pp.265-295

Salgado, A. (1994) *Manual de Geriátria*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, pp.109.

Salvarezza, L. (1991) *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Argentina: Paidós Mexicana, S.A., pp 221.

Sánchez-Sosa, J. y González- Celis, A. (2002) La calidad de vida en ancianos. En L. Reynoso y I. Seligson (coord.) *Psicología y Salud*, pp. 191-218. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Stabb As y Lchodges (1998) *Enfermería gerontológica*. México : Mc Graw-Hill Interamericana p.340

Urroz, Y. (2004) El Tío Luis (reportaje). *Desarrollo y formación familiar*, documento recuperado el 5 de noviembre de 2004 en: <http://www.terra.com.mx/general/historico/formatos/formato1.asp?articuloid=118369&paginaid=1>

Vega, J. L. y Bueno, B. (1996) *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.

Vellas, P. (1996) Envejecer exitosamente: Concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva. *Salud Pública de México*, 38(6): 513-522.

Viguera, V. (2001) *1er Curso Virtual Educación para el Envejecimiento*, documento recuperado el 16 de noviembre de 2004 en: <http://www.psiconet.com/tiempo>

Viguera, V. (2002) *2º Curso Virtual Educación para el Envejecimiento*, documento recuperado el 16 de noviembre de 2004 en: <http://www.psiconet.com/tiempo>



# APÉNDICES



## APÉNDICE A TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Existe una extensa gamma de las teorías modernas sobre las causas del envejecimiento están influenciadas por ideas antiguas (Hayflick, 1999 y Pulido, 2003). Por ejemplo, Francis Bacon, en el siglo XVI, argumentaba que el envejecimiento podía ser superado si los procesos de reparación que se producen en el hombre y en otros animales, pudieran hacerse perfectos y eternos. Son ejemplo de procesos de reparación, la curación de las heridas, la regeneración de tejidos, y la capacidad que tiene el cuerpo de recuperarse de una enfermedad.

### ¿POR QUÉ LAS TEORÍAS SON ESPECULATIVAS?

Bertrand Strehler (cit. en Pulido, 2003) propuso un conjunto de requisitos que debían de sostener antes de considerar sostenible una teoría cualquiera del envejecimiento, la cual tendría que explicar por qué el fenómeno es (a) *deletéreo*, es decir, por qué ocurren pérdidas en la función fisiológica. (b) *progresivo*, por qué las pérdidas son graduales (c) *intrínseco*, por qué las pérdidas son propias (d) *universal*, por qué las pérdidas se producen en todos los miembros de una especie, cuando llega la ocasión.

Muchas enfermedades son progresivas, intrínsecas y deletéreas, pero no son universales. Así que en primer lugar debemos distinguir entre cambios normales debido a la edad y enfermedades del anciano. Y en segundo lugar, debemos distinguir entre longevidad y envejecimiento.

Para su mejor comprensión, se han agrupado las teorías en 6 incisos con los que se pretende dar a conocer la variedad de teorías que existen sobre el envejecimiento y, al entender que todos los envejecientes lo hacen de una manera distinta según sus características personales, cada una de estas teorías puede servir para cada uno de los individuos. La clasificación descrita a continuación no es la única o la mejor pero servirá para tal propósito. Como se verá, todas las teorías pretenden dar una visión más amplia del por qué y cómo el ser humano envejece.

En las siguientes páginas se revisarán las teorías biológicas y las psicosociales que explican las posibles causas del envejecimiento y sus implicaciones.

## 1. TEORÍAS BIOLÓGICAS

En la perspectiva biológica, el envejecimiento es un concepto sintético que se utiliza para describir cambios dependientes del tiempo, irreversibles y predecibles en los organismos, cambios que consisten en una progresiva pérdida de funciones de todos los tejidos y que conducen finalmente a la muerte.

### 1.1. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO BASADAS EN FENÓMENOS FINALISTAS.

Ya que nuestros antepasados no comprendían el fenómeno del envejecimiento, sus primeras ideas sobre su control eran pura especulación. No obstante, varias teorías modernas sobre las causas del envejecimiento, tienen sus raíces en ideas antiguas.

- **TEORÍA DE LA SUSTANCIA VITAL.** Una idea antigua es que los animales comienzan su vida con una cantidad limitada de cierta sustancia vital. A medida que se va consumiendo esta hipotética sustancia, se producen con la edad cambios que llevan a una pérdida del vigor y cuando esa sustancia vital se agota, el animal se muere.

- **TEORÍAS GENÉTICAS.**

a) La teoría de envejecer por diseño o programado. Esta teoría expresa la idea de que hay un programa genético finalista. Establece que el cuerpo tiene un “reloj genético” que determina el inicio del envejecimiento. Este reloj genético se puede manifestar con un número predeterminado de divisiones celulares, por lo que el proceso de envejecimiento estaría bajo el comando de uno de los genes.

b) De la mutación genética y del error catastrófico. El enfoque genético afirma que el envejecimiento está determinado por la expresión de los genes en su interacción con el entorno. En la década de los cincuenta del Siglo XX, la genética comenzó a prevalecer en la manera de entender la causa del envejecimiento y la determinación de la longevidad. Entonces se habló de las mutaciones o cambios que ocurren en los genes, los cuales pueden o no ser benéficos y de que son el motor que impulsa la evolución y la selección natural. Por ello se consideró a las mutaciones como un factor importante en los fenómenos del envejecimiento y la longevidad.

Un concepto aceptado relativo al envejecimiento, es que se encuentra regulado por genes específicos y que el ADN sufre cambios continuos en respuesta a agentes exógenos y a procesos intrínsecos, pero se conserva la estabilidad gracias a la duplicidad de la cadena del ADN y a las enzimas reparadoras específicas. Una de las principales virtudes del planteamiento del error es su universalidad y la expectativa es que sigan modificándose sus versiones para que sea capaz de explicar buena parte de los cambios relacionados con la edad, como el por qué el ritmo con que se envejece difiere según las especies.

c) Telómeros y telomerasa. Un tema relacionado con el envejecimiento celular *in vitro* es el hecho de que los telómeros o secuencias repetidas de ADN y proteínas asociadas, presentes en los dos extremos de los cromosomas, se acortan cada vez que una célula se divide y este acortamiento “cuenta” el número de divisiones que ha experimentado una población celular. Los telómeros protegen a los cromosomas, apoyan la transcripción exacta del ADN, y se acortan durante la división celular. Eventualmente, el telómero es demasiado corto para permitir una nueva mitosis, lo que podría causar el fin de la capacidad mitótica o límite de Hayflick. Por el contrario, hay células inmortales que previenen el acortamiento de los telómeros gracias a la actividad de una enzima, la telomerasa, la cual producen y esta a su vez fabrica más telómeros. Se trata de las células cancerosas que son inmortales. Esta telomerasa se encuentra en casi toda célula cancerosa humana, pero no en las células humanas normales mortales.

Sabiendo que en este momento histórico se ha desarrollado la ingeniería genética, la pregunta que plantea Fernández-Ballesteros (2000) tras la probable manipulación genética del envejecimiento es la siguiente: ¿qué efectos tendría sobre los sistemas psicológicos y sociales el control genético del envejecimiento?

- **TEORIA DE LA MUERTE CELULAR APÓPTICA.** Desde hace décadas se acepta que el envejecimiento se acompaña de la muerte de un número significativo de células en los tejidos animales y en sujetos humanos, y recientemente se propone que la apoptosis o muerte celular programada con fragmentación celular, a menudo inducido por glucocorticoides, radicales libres y déficit bioenergético, desempeña un papel fundamental en el envejecimiento.
- **LA TEORÍA ENDOCRINA** Las glándulas endocrinas envían a la sangre unos mensajeros químicos, llamados hormonas, que luego actúan sobre las células llamadas diana en el cuerpo, Las hormonas regulan muchas de las actividades relacionadas con metabolismo, reproducción, síntesis de proteínas, función inmunitaria, desarrollo y conducta. Su importancia es vital. Se sabe que las hormonas en grandes cantidades son capaces de acelerar procesos de envejecimiento y también de lentificar otros. Hay un verdadero catálogo de cambios relacionados con la edad asociados a las alteraciones de factores hormonales. La menopausia proporciona un buen ejemplo de fenómenos relacionados con la edad que afecta a todo el cuerpo. No obstante estas válidas observaciones, no hay pruebas directas de que el sistema endocrino sea el origen de todos los cambios relacionados con la edad.
- **TEORÍA DE PÉRDIDA DE CÉLULAS CEREBRALES Y ENVEJECIMIENTO O TEORÍA CIBERNÉTICA.** La teoría cibernética de envejecimiento sugiere que el sistema nervioso central es un marcapaso del envejecimiento corporal. La teoría establece que cambios en el hipotálamo y en el sistema endócrino resultan en una disminución de la secreción de hormonas, como la hormona tiroidea y corticoides esteroidales. Además, de que una alteración de los niveles de

dopamina en el cerebro, podrían potenciar el establecimiento de enfermedades como el Parkinson.

**1.2. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO BASADAS EN FENÓMENOS ALEATORIOS.** Las teorías modernas del envejecimiento, están basadas en fenómenos aleatorios que pueden ser resultados de accidentes provocados a nivel molecular y pueden afectar a importantes moléculas. Se basan en el concepto de que el envejecimiento no se desarrolla de acuerdo a un plan maestro sino como resultado de acontecimientos casuales:

- **TEORÍA DEL DESGASTE NATURAL.** Establece que los animales envejecen porque sus sistemas vitales acumulan daños por el desgaste o estrés de la vida cotidiana, y erosionan las actividades bioquímicas normales que acontecen en células, tejidos y órganos.
- **TEORÍA DEL RITMO DE LA VIDA.** Se basa en la creencia según la cual los animales nacen con una cantidad limitada de cierta sustancia, energía potencial o capacidad fisiológica que puede gastarse a distintas velocidades. Es decir, una especie animal nace con la capacidad de gastar una cantidad limitada de energía. Los animales pueden gastar la energía rápidamente, envejecer más rápidamente aún y tener una vida corta, o bien pueden gastar la energía lentamente, envejecer más lentamente y gozar de una vida larga.
- **TEORÍA DE LA ACUMULACIÓN DE PRODUCTOS DE DESECHO.** Hay pruebas de que cuando las células acumulan más toxinas de las que pueden eliminar, se forma una sustancia llamada lipofuscina o pigmento de la edad que se va acumulando en muchos tipos de células a medida de que un animal o un hombre envejecen.
- **TEORÍA DEL ENTRECRUZAMIENTO.** La teoría sugiere que el entrecruzamiento químico que ocurre en proteínas, lípidos y ADN, como resultado de la exposición a factores del ambiente y de la dieta, producen cambios en las características físicas de sustancias como el colágeno y la elastina. Con el tiempo los enlaces cruzados aumentan y los tejidos se vuelven menos plegables y en realidad, se encogen. Esto se manifiesta en la conducta de los órganos, por ejemplo en la piel que se va haciendo blanda y plegable.

- **TEORÍA DE LOS RADICALES LIBRES.** Se refiere a una reacción química compleja que se produce cuando ciertas moléculas sensibles de las células, se encuentran con el oxígeno y se separan para formar elementos sumamente reactivos. Estos fragmentos moleculares se llaman radicales libres, los cuales son inestables e intentan unirse con cualquier otra molécula que casualmente esté cerca, la cual podría quedar desactivada u obligada a actuar defectuosamente. La teoría descansa en que los radicales libres están involucrados tanto en la formación de los pigmentos de la edad, como en la formación de entrecruzamientos en ciertas moléculas y dañan el ADN. Se han visto también implicados en la formación de las placas neuríticas características de la demencia del tipo Alzheimer. La teoría de los radicales libres, puede vincularse también a la teoría del ritmo de vida, a la teoría de la mutación y a la del desgaste natural. Sobre esta teoría, hay evidencias experimentales que confirman que los radicales libres dañan la función celular y que están relacionados con las enfermedades asociadas con la edad como la arterosclerosis, artritis, distrofia muscular, cataratas, disfunción pulmonar, desórdenes neurológicos, declinación del sistema inmune e incluso el cáncer. Hoy en día, la teoría de los radicales libres ha sido ampliamente aceptada y sirve como fundamento de numerosas hipótesis que sirven para explicar la participación de ciertas sustancias en la mutagénesis, cancerogénesis y en el envejecimiento. Uno de los aspectos más interesantes del estudio de los radicales libres, es lo que dice no sólo sobre el envejecimiento sino sobre la prevención de las enfermedades pues la administración de antioxidantes a animales parece retrasar claramente la aparición del cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades degenerativas del sistema nervioso central y la depresión del sistema inmunitario.
- **TEORÍA INMUNOLÓGICA O AUTOINMUNITARIA.** El sistema inmunitario es la línea de defensa más importante contra toda sustancia proveniente del exterior que pueda entrar en nuestro cuerpo. Sus armas son variadas, las células blancas de la sangre pueden desactivar y digerir invasores como las bacterias y los virus. Otras células blancas producen anticuerpos que circulando por la sangre y desactivan las sustancias extrañas y las preparan para ser digeridas por otras células. La teoría inmunitaria del envejecimiento descansa sobre la premisa de que con la edad, disminuye la capacidad del sistema inmunitario para reproducir anticuerpos en cantidades adecuadas y de la clase indicada. Y no sólo eso, sino que el sistema inmunitario senescente pudiera equivocarse produciendo anticuerpos contra proteínas normales del cuerpo, pudiendo destruirlas, de ahí vienen las llamadas enfermedades autoinmunes. Algunas de ellas padecen no solamente las personas mayores, pero otras sí, como lo son la rigidez articular, trastornos reumáticos y ciertas formas de artritis. La función del sistema inmunitario es la de conservar la integridad química del cuerpo e identificar en los tejidos vivos la presencia de cualquier elemento extraño como células cancerosas, células irreparablemente lesionadas, microorganismos o moléculas extrañas que no sean genéticamente adecuada para el cuerpo, e iniciar su inactivación y eliminación. Todos estos descubrimientos indican que aún hay mucho que aprender al respecto de las relaciones entre el envejecimiento y la inmunidad.

- **TEORÍA DE ERRORES Y REPARACIONES** La producción de proteínas y la reproducción de ADN son fundamentales para el mantenimiento de la vida, pero estas moléculas no son siempre producidas con absoluta fidelidad. Se dice que la maquinaria manufacturera del animal incurre en errores y además, que los procesos de reparación naturales son incapaces de hacer siempre reparaciones perfectas y que para empezar, pueden ser defectuosos. De ahí se deriva que se traspasen errores a moléculas que componen o son producidas por las células.
- **TEORÍA DEL ORDEN QUE SE DESORDENA.** Los defensores de esta idea sostienen que el desorden molecular creciente es producto de errores moleculares que a su vez causan la cascada de cambios en células, tejidos y órganos llamado envejecimiento. Las variaciones en la velocidad del desorden creciente en las moléculas que componen nuestros tejidos puede ser la razón de que unos envejeczan más rápidamente que otros y que la velocidad del envejecimiento varíe de individuo a individuo.

## **2. TEORIAS PSICOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO**

Hay que enfatizar, como Fernández-Ballesteros (2000), que no existen teorías psicológicas *explicativas* de la vejez o del envejecimiento. Las llamadas “teorías psicológicas sobre el envejecimiento” tan sólo permiten *describir* y, si acaso, *predecir* los cambios que con el tiempo y la edad se producen en el funcionamiento psicológico de las personas.

Según Weinert en (1994, cit. por Lehr y Thomae, 2003), existe una distinción entre teorías mecanicistas, organicistas y humanistas. Entre las primeras se encuentran por ejemplo, los modelos que hablan de déficits funcionales en lo que respecta a la memoria y a la inteligencia; entre las últimas se hallan las que explican la satisfacción de vivir durante la edad avanzada.

Las teorías psicosociales abordadas en esta tesis se han clasificado en:

- 2.1. Modelos de déficit del envejecimiento
- 2.2. Modelos cualitativos de transcurso
- 2.3. Teorías del envejecimiento con éxito
- 2.4. Teorías del crecimiento
- 2.5. Teorías cognitivas
- 2.6. Otras teorías sociológicas
- 2.7. Modelos interaccionistas



### **2.1. MODELOS DE DÉFICIT DEL ENVEJECIMIENTO O MECANICISTAS**

No todos los cambios que se producen en el psiquismo humano se ajustan al patrón del funcionamiento biológico (crecimiento y desarrollo/ madurez/ declive y muerte). Existen funciones psicológicas que presentan desarrollo constante y otras con un máximo desarrollo y constante estabilidad.

La hipótesis de que el envejecimiento consiste en el deterioro esencial de importantes funciones, orienta todas las teorías de envejecimiento biológico y constituyó la base de las primeras investigaciones psicológicas sobre las conexiones entre inteligencia, la capacidad de reacción y la memoria y la edad de la vida.

Pero se debe hacer una distinción entre “declive” y “deterioro”; por *declive* se entiende el decremento que experimenta una determinada función psicológica en la mayor parte de los seres humanos considerado en términos de normalidad estadística. Contrariamente, por *deterioro* se entiende cuando este decremento se desvía significativamente de la media del grupo y, por tanto, puede considerarse como “anormal”, apareciendo, generalmente, en presencia de patologías biológicas contrastadas (Fernández-Ballesteros, 2000).

El descenso observado en los rendimientos correspondía a la expectativa exigida por la biología de la edad, de una disminución de la capacidad de rendimiento intelectual según se iba avanzando en edad.

Por ejemplo al aplicar las escalas de inteligencia de Wechsler, en su parte ejecutiva, las facultades que los test pretendían medir, aparecían como estables a lo largo de la edad, la extensión del saber, la facultad de formular juicios prácticos, la capacidad para orientarse en las situaciones problemáticas de la vida cotidiana, los conocimientos lingüísticos, la tensión y la concentración, la imaginación planificadora y una capacidad para discernir entre lo que es esencial y lo que no lo es. Como menos estables a lo largo de la edad habría que mencionar aquí, según esto, la memoria, capacidad de fijación, la agilidad intelectual y la capacidad de reorientación, el pensamiento lógico abstracto, igualmente la rapidez psicomotriz y cierta capacidad de combinación. Sin embargo, la puntuación total permite ver una clara reducción de la inteligencia desde mediados del quinto decenio de la vida.

Habría que tener en cuenta sobre todos los factores biológicos, que son de origen genético y que en el proceso de maduración y en el proceso de involución subsiguiente conducen a perceptibles fenómenos de detrimento psíquico día cambios estructurales y metabólicos en el cuerpo, especialmente del sistema nervioso, que se manifiestan luego en el menor rendimiento intelectual.

## 2.2. MODELOS CUALITATIVOS DE TRANSCURSO

A diferencia de los modelos de déficits, estos modelos afirman la existencia de cambios cualitativos en la transición de la mediana edad a la edad más avanzada. El contenido de las siguientes teorías se refieren a la caracterización de sus cambios cualitativos:

- ERIK ERICKSON propone que para la edad avanzada, la consecución de la integridad del yo es la tarea más importante que se plantea al ser humano. La estructuración de la personalidad la describe de la siguiente manera: *"es la aceptación del propio ciclo de vida, que es singular y único; la aceptación de las personas que han sido importantes para él y la aceptación de todo ello como algo que tuvo que ser así y que no admitió sustituciones. Significa, por tanto, un nuevo y diferente amor de los propios padres, un amor que está libre del deseo de que ellos hubieran sido diferentes. Y una aceptación del hecho de que la propia vida es responsabilidad de uno mismo. Es un sentimiento de camaradería con hombres y mujeres de tiempos distantes y de aspiraciones diferentes, que crearon órdenes y objetos y sentencias que transmitían dignidad humana y amor"* (Erikson, 1950, p.148). La integridad del yo es un ideal por cuya consecución o no consecución debe medirse toda personalidad adulta.
- TEORÍA DE GUTMANN ACERCA DEL ENVEJECIMIENTO ESPECÍFICO DEL GÉNERO. Se trata de la teoría de la acomodación mutua, según la cual cambian las características de la personalidad de las mujeres y la de los hombres, cuando los hijos se van y cada género recobra los rasgos de personalidad reprimidos en otras etapas de la vida. Por ejemplo, las mujeres al ir envejeciendo tienden a hacer frente activamente a las exigencias, mientras que se observa en los hombres una actitud pasiva ante las exigencias.
- TEORÍA GERODINÁMICA DEL ENVEJECIMIENTO DE SCHROOTS fue descrita en 1995. Él introduce el principio de la ramificación o "bifurcación" cuando, durante el curso de la vida, el individuo llega con frecuencia a puntos críticos y en los que la vinculación de sucesos dramáticos de la vida con un sano estilo de vida, podría traducirse en la formación de estructuras más bajas o más elevadas, y podría ir acompañada, consecuentemente, por una probabilidad más alta o más baja de la muerte. Como ejemplo algunas personas parecen trastornos psíquicos, cuando salen de una enfermedad; en cambio, otras personas se ven consolidadas por la enfermedad y adquieren mayor madurez.

### **2.3 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO**

*Envejecimiento con éxito* se define como la satisfacción por la vida pasada y por la actual situación de la vida.

Fue descrito por Havighurst en 1963 como un estado interno de contento y de felicidad. En este contexto, la satisfacción o contento de vivir se considera como indicador de que se ha conseguido una adaptación al proceso de envejecimiento. Para Havighurst, la satisfacción y el gozo de vivir representan el mejor indicador de la acomodación existente entre las propias necesidades y expectativas, por un lado, y la situación social y biográfica, por el otro lado, y con ello es el mejor indicador de un envejecimiento con éxito.

Cabe destacar la importancia del bienestar subjetivo del anciano, el cual está delimitado por los factores del contexto social en el que está inmerso el individuo, que condicionan sus aspiraciones y necesidades fundamentales por medio de la compleja red de normas, valores y relaciones sociales que se entretajan en el funcionamiento en la familia y en la sociedad (González- Celis, 2004a).

El criterio subjetivo de un “envejecimiento con éxito” constituye el fundamento de la teoría de la desvinculación y de la teoría de la actividad.

- **TEORÍAS DE LA DESVINCULACIÓN O LA ACTIVIDAD COMO CAMINO PARA EL ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO**

En la cuestión acerca de qué forma de envejecimiento es la óptima hay dos opiniones básicas opuestas son: la teoría de la actividad y la teoría de la desvinculación. Para distinguir las se explicarán a continuación.

a) La teoría de la desvinculación

Propuesta por Cumming y Henry en 1961 (cit. en Lehr y Thomae, 2003), esta teoría afirma que pasando cierta edad, es normal que las personas vayan reduciendo los roles más activos, busquen otros de menor actividad, reduzcan la intensidad y la frecuencia de las interacciones sociales, y se vayan centrando cada vez más en su propia vida interior.

La retirada voluntaria o forzosa de la persona envejeciente de su lugar de empleo o su relativo desinterés por los proyectos personales a largo plazo, hace que tenga mucho tiempo para repensar sobre sí mismo, sobre su pasado y el futuro, sobre su vida, sobre la vida y hasta sobre la muerte. Es un estado de centración del individuo, de ensimismamiento (denominado en psicología *de conciencia objetiva de sí*); un estado en el que el objeto de nuestro pensamiento somos nosotros mismos. En tal estado, es típica la acentuación del sentimiento de la propia responsabilidad personal, especialmente cuando se trata de enjuiciar iniciativas fracasadas, acciones malogradas o

resultados negativos para uno mismo o para otros; en definitiva, se trata de un estado poco favorable para la propia imagen y autoestima, lo cual es de especial gravedad cuando se trata de hacer un balance retrospectivo del propio currículum vital.

Alternativamente, Birren & Renner (1977) proponen crear grupos donde se le ayude a la persona a recordar y reconstruir su biografía en un sentido positivo, en los cuales la finalidad es contrarrestar los efectos del estado de autoconciencia objetiva.

Esta teoría afirma que las personas van haciéndose cargo del declive de sus habilidades a medida que envejecen, y en ese mismo grado se van *desvinculando*, distanciando del “ruido” del mundo. La desvinculación empieza con una demanda de reducción de actividades que tengan que ver con la competitividad y con la productividad, y tiene un claro sentido adaptativo realista ya que es aceptable y practicado a su vez también por parte de la sociedad. Es un proceso en el que se deshacen muchas de las relaciones existentes entre la persona y otros miembros de la sociedad y en el que las relaciones que permanecen experimentan cambios cualitativos.

De este modo, de acuerdo con la teoría, conservarán su autodefinición positiva las personas que vayan sustituyendo progresivamente los roles de más actividad por otros más tranquilos, alejándose de los de más responsabilidad en el sistema productivo y centrándose en el ejercicio de roles periféricos, familiares y de amistad: para que puedan mantener una imagen positiva de sí mismos, deben corresponder a las expectativas de la sociedad y, en este sentido, las personas que ya no son socialmente competitivas, dejan de ser productivas y, por tanto, han de retirarse.

Habría que oponerse sin embargo, a la idea de proclamar la desvinculación como *la* forma de envejecimiento satisfecho en general, y habría que dar por sentado que, por lo menos después de cierto estadio de transición, es posible una forma renovada de compromiso, en la cual una incrementada actividad y sentimiento de ser útil vayan acompañados de satisfacción y de un estado de ánimo positivo.

La objeción que suele hacerse a esta teoría es que toma únicamente en cuenta a la clase media asalariada, no logrando explicar lo que sucede en otras actividades profesionales y viene a ser un argumento más en favor de que la representación social de la vejez (Rodríguez, 1994) es un elemento fundamental del sistema de creencias de una cultura.

La teoría de la desvinculación es una de las que con mayor facilidad pasan a ser prescriptivas.

#### b) La teoría de la actividad

Parte del supuesto de que únicamente será feliz y estará contenta aquella persona que se halle activa, que sea capaz de realizar algo y que sea útil para otras personas y que, por el contrario, la persona o el anciano que ya no sea útil, que no desempeña ya ninguna función en la sociedad será desdichada y estará descontenta.

Son varios los propugnadores de esta teoría (Tartler, 1961; Havighurst, 1964; Lemon, 1872; Longino, 1982) que es un corolario de la teoría del rol: el autoconcepto, la autoestima de las personas depende de las actividades (o roles) típicas de la edad madura (de plenitud de fuerzas, de pleno rendimiento); son las actividades propias de esa edad las que dan prestigio, poder, independencia. Consiguientemente, la persona que deja de ejercer tales actividades verá desaparecer su imagen, su prestigio, su poder; de ahí que las personas han de intentar seguir activas, desarrollando actividades (se supone que productivas) típicas de la edad madura.

Según Havighurst (1963) el *envejecimiento óptimo* depende de la continuidad de un estilo de vida activa y del esfuerzo de las personas de edad por contrarrestar la limitación de sus contactos sociales.

#### c) Desvinculación contra actividad

Por lo anterior, según sea la peculiaridad individual y según sea la estructura de la propia personalidad, algunas personas se sienten más contentas cuando pueden retirarse de los vínculos sociales y otras, por el contrario, cuando siguen estando integradas en los vínculos sociales. Munnichs en 1966, comprobó que existe una conexión entre una más intensa desvinculación social en situaciones de carga y un renovado compromiso después de lograda con éxito la confrontación. Es decir, el sujeto acaba por aceptar la finitud de la existencia y la familiaridad con esa idea están asociadas con suma probabilidad con un renovado compromiso frente a esta otra etapa de la vida.

En investigaciones recientes (Lehr y Thomaes, 2003) se ha encontrado que del 26 al 30% de las personas investigadas se comportaron de acuerdo a la teoría de la desvinculación, mientras que del 70 al 74% reaccionaron según la teoría de la actividad.

En el análisis del “Estudio longitudinal de Bonn sobre el envejecimiento” (Estudio BOLSA)<sup>1</sup>, se observó que aquellas personalidades que son más competentes, que tienen más intereses, lograron valores más altos en el test de inteligencia, fueron más valoradas en su estado de ánimo y en su actividad y no se vieron perjudicadas o sólo menos

---

<sup>1</sup> El estudio BOLSA “*The Bonn Longitudinal Study of Aging*” comenzó en 1965 con una muestra de 222 mujeres y hombres nacidos entre 1890 y 1895 y entre 1900 y 1905 97% vivían en sus propias casas en diferentes partes del Oeste de Alemania. El estudio consistió en entrevistas semi-estructuradas que se enfocaban en diferentes aspectos subjetivos de sus vidas en el presente como la situación social, psicológica y física y otras enfocadas en el pasado y el futuro. También estuvieron en una serie de test cognitivos, psicomotores y de personalidad y fueron examinados por médicos internistas. datos fueron recolectados entre 1965 y 1984 en 8 fases.

perjudicadas en su salud, reaccionaban en los roles familiares con arreglo a la teoría de la desvinculación y en cambio, en los roles extra familiares, reaccionaban con arreglo a la teoría de la actividad. Esto quiere decir que esos grupos de personas se hallaban más contentas y satisfechas, cuando tenían menos contactos familiares, pero más contactos extra familiares. Por el contrario, aquellas personalidades que tenían un cociente de inteligencia más bajo, menos intereses para sus tiempos de ocio, que daban a conocer menor actividad y posibilidad estimulación y cuyo estado de salud era más bien limitado y tenían además problemas económicos, reaccionaban en cuanto los roles familiares con arreglo a la teoría de la actividad, pero en cuanto los roles extra familiares, con arreglo a la teoría de la desvinculación (Rudinger & Thomae, 1993).

La conclusión es que ambas teorías pudieran ser acertadas o no, según los roles concretos y la peculiaridad específica de las personas.

- **TEORÍA DE LA CONTINUIDAD** está ligada a la teoría de la actividad y emerge del enfoque del ciclo vital. Ésta propugna el continuo desarrollo del individuo adulto, incluyendo su adaptación a situaciones externas negativas (Maddox, 1963; Atchley, 1989, 1999 cit. en Fernández- Ballesteros, 2000). Una enorme proporción de personas mayores muestra considerable consistencia a través del tiempo en sus patrones de pensamiento (permanecen actitudes psíquicas, ideas), cualidades de temperamento y de la afectividad, experiencias, aficiones y capacidades y, sobre todo, en el perfil de sus actividades, dónde y cómo viven en sus relaciones sociales.

A medida que se va envejeciendo, como lo indica Lemos (1994) la persona se va haciendo cada vez más aquello que ya era; es decir, el anciano es en definitiva, lo que fue haciéndose desde que nació. La persona que durante su vida haya sido activa, seguirá siéndolo en la vejez; con la diferencia de que irá sustituyendo los roles perdidos por otros nuevos, manteniendo así su continuidad psicológica y la de su conducta externa. Al mismo tiempo, el envejecimiento de las personas menos activas será una continuación en esa misma línea de escasa actividad. También los rasgos y características centrales de la personalidad se van acentuando más y más, y van ganando peso los valores previamente mantenidos. Si esto sucede para un individuo específico, habrá logrado una adecuada adaptación al envejecimiento, lo que hará que se sienta más satisfecho de su vida de anciano.

La teoría enuncia claramente su propia prescriptividad: para que el anciano tenga una vida satisfactoria *debe* seguir siendo lo que siempre fue. Entonces, si no nos gusta como somos en el presente, *debemos* empezar a cambiar esas características negativas.

En algunos aspectos la teoría de la continuidad es una teoría cognitiva: la cognición de la conservación de la propia identidad, una conservación que se sobrepone al cambio interno o externo (Lehr y Thomae, 2003).

- EL ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO

Para explicar este tipo de envejecimiento, Baltes y Baltes (1993) proponen el modelo SOC, es decir, los mecanismos de selección, optimización y compensación:

**SELECCIÓN.-** La selección se refiere a un incremento en la restricción de alguna actividad cotidiana porque con las pérdidas del envejecimiento, disminuye el dominio de funcionamiento en el rango de adaptación potencial. La selección connota una reducción en el número de dominios alto-eficaces, que pueden envolver nuevos dominios y metas de vida y que satisfacen las demandas ambientales, las motivaciones, habilidades y capacidades biológicas individuales. El proceso de selección implica que las expectativas individuales son ajustadas para permitir la experiencia subjetiva de satisfacción y control personal.

**OPTIMIZACIÓN.-** Refleja el punto de vista de las personas en comprometerse a enriquecer sus conductas y aumentar su capacidad de reserva (o plasticidad cerebral) por medio del aprendizaje, ejercicio o entrenamiento y maximizar el curso de vida elegido considerando aspectos como cantidad y calidad.

**COMPENSACIÓN.-** Resulta, al igual que la selección, de las restricciones en el rango de la plasticidad o potencial adaptativo. Esto se convierte en operativo cuando las capacidades de conductas específicas se pierden o son reducidas por debajo del requerimiento estandarizado de funcionamiento adecuado. Esta restricción es particularmente experimentada, cuando las situaciones y metas características requieren un amplio rango de actividad y alto nivel de ejecución. La compensación envuelve aspectos intelectuales y tecnológicos. La compensación psicológica incluye estrategias mnemotécnicas cuando los mecanismos internos de memoria o estrategias son insuficientes.

Para entender mejor el modelo SOC, se presenta el ejemplo de el pianista Rubinstein, quien remarcó en una entrevista de televisión que para superar el decaimiento del envejecimiento, él tocaba su piano de la siguiente manera: Primero reducía su repertorio y tocaba un pequeño número de piezas (selección); segundo, él practicaba esas piezas más frecuentemente (optimización); y tercero, disminuía lentamente su rapidez antes de tocar los movimientos rápidos, produciendo un contraste que intensificaba la impresión de rapidez en los movimientos rápidos (compensación).

## **2.4. TEORÍAS DEL CRECIMIENTO**

En el proceso de la "individuación" descrito por Jung en 1946, el hombre adquiere ya en su edad avanzada una integración de todos los sentimientos y motivos, que le abre nuevas posibilidades de subsistir ante las exigencias y las crisis. Y Goldstein en 1940 supuso que la necesidad básica humana de autorrealización experimenta nuevas posibilidades de realización durante la edad avanzada.

- **EL BIENESTAR Y EL CRECIMIENTO.** En contraste con la descripción del bienestar como un estado de satisfacción, Riff en 1991 (cit. en Lehr y Thomaes, 2003) averiguó que ese bienestar muestra cinco condiciones:
  1. La aceptación de sí mismo
  2. La formación de relaciones positivas con otras personas
  3. La formación de autonomía
  4. El dominio del entorno y
  5. El sentimiento de tener una finalidad en la vida.

El funcionamiento psicológico óptimo no sólo exige que uno sea capaz de crear esas cinco cualidades, sino que requiere que se trabaje continuamente en desarrollar el propio potencial para el crecimiento y la ampliación de la propia persona. De esta manera, uno permanece abierto para nuevas vivencias y experimenta una creciente competencia de la propia persona. Sin embargo, si se impide al hombre el acceso a este desarrollo, entonces surgen formas de la personalidad en las que predomina el sentimiento del propio estancamiento y en las que se va extinguiendo con el paso del tiempo todo sentido de mejora o ampliación.

Factores importantes como la situación residencial o las actividades cognitivas y que confieren significación para el procesamiento de determinados sucesos, sirven para las posibilidades de un crecimiento personal en edad avanzada.

- **TEORÍA DE LAS TAREAS DEL DESARROLLO**

Esta explica que el desarrollo es siempre el resultado de una interacción:

- 1) del organismo que se va desarrollando,
- 2) con el sí-mismo individual, con sus estimaciones de los valores,
- 3) en una situación social específica.

Dicho de otra forma, el individuo, en una determinada situación biográfica (es decir, en un punto determinado del desarrollo de su vida) tiende a determinadas formas de conducta y de vivencia (que se diferencian individualmente según el mundo de sus ideas y de sus valores). Y por parte del grupo social se esperan también de él determinadas formas de conducta. Por consiguiente el individuo tiene la tarea de afrontar esa nueva situación vital, que exige una reestructuración en su propia conducta. Cada uno de esos cambios hace que sea necesaria una adaptación a una situación nueva, y con ello recaen



sobre el individuo nuevas tareas que están determinadas por el desarrollo y que “exigen desarrollo”.

## **2.5. TEORÍAS COGNITIVAS**

En la psicogerontología se ha enfatizado la importancia de que los individuos dispongan de una sensación de control sobre los sucesos significativos de sus vidas y se ha descrito esta sensación de competencia o dominio como un motivador central de la conducta humana (González-Celis, 2004a y Sánchez-Sosa y González-Celis, 2002). La percepción de "control personal" es considerada como variable interviniente decisiva en los más diversos intentos por adaptarse los problemas del envejecimiento: mediante el fomento de convicciones de tener control al menos sobre ciertos aspectos de la situación momentánea, puede evitarse el desamparo extremo y, con ello, un entrenamiento del estatus psíquico. El fomento de la vivencia de "control" sobre la situación está asociado con los niveles de bienestar, con la probabilidad de modificar los patrones de conducta y también puede contribuir al incremento de la competencia.

- **AUTOEFICACIA DE BANDURA** (González-Celis, 2004a). Si los ancianos se perciben competentes en actividades cotidianas, su bienestar subjetivo aumenta
- **TEORÍA DE LA ADAPTACIÓN A LA EDAD AVANZADA**. En cambio, Thomae considera que las representaciones cognitivas de situaciones son los procesos mediadores decisivos en una situación externa y la conducta reserva con ella. Ésta teoría es la aplicación de una teoría general de la conducta y la personalidad a problemas psicogerontológicos (Lehr y Thomae, 2003).

## **2.6. OTRAS TEORÍAS SOCIOLÓGICAS**

- **TEORÍAS DE LA MODERNIZACIÓN**. Los distintos modos de envejecer, así como las diferencias que se aprecian en el individuo con el paso del tiempo, implican que existen una serie de patrones de cambio y estabilidad a lo largo de la vida (Fernández- Ballesteros, 2000).
- **TEORÍA DE LA ESTRATIFICACIÓN POR EDADES**. Los roles sociales se asignan a los individuos en función del grupo de edad al que pertenecen. Y los grupos de edad difieren en las respectivas capacidades relacionadas con factores físicos, sociales y psicológicos; delimitan fases de la vida en que ya se han vivido determinado tipo de experiencias; pero además los individuos tienen en común el potencial número de años que les queda por vivir y comparten el presente y el futuro.

- **TEORÍA DE LA SUBCULTURA.** Esta teoría sostiene que las personas de edad avanzada tienen tendencia a interactuar más entre sí que con otros grupos de edad. Para validar los propios juicios, establecer los niveles de aspiraciones o incluso la autoestima es necesario establecer comparaciones con otras personas, tal como lo dice la teoría de la comparación social de Festinger (1954, cit. en Lehr y Thomae, 2003).

Según esta teoría los ancianos habiendo compartido formas de vida, una experiencia histórica y social en común, y teniendo problemas similares, se entienden mejor entre ellos. Se sirven unos a otros como punto de referencia y comparación para validar los propios valores, opiniones y hasta para evaluar la propia situación y la propia valía.

Si esto es verdad, los mayores formarían una subcultura aparte, una minoría social, lo que les ayudaría a mantener su identidad y una autoestima positiva pues ello les permite establecer comparaciones de sí mismos con otras personas que están en situación similar a la suya y de ese modo no necesitan compararse con personas de otros grupos de edad. El punto negativo es que comparten, al igual que los grupos étnicos, la marginación y la discriminación.

- **LA TEORÍA DE LOS ROLES.** El rol o roles que desempeña el individuo le define tanto socialmente hacia fuera como personalmente hacia él mismo. El autoconcepto y autoestima, dependen del tipo de roles que se desempeñan durante la vida y del modo en que se cumple con ellos.

Con la edad van cambiando no solamente los roles asignados, sino también la forma en que se espera que sean desempeñados y cumplidos. El grado de adaptación del individuo al proceso de envejecer depende de cómo vaya haciéndose cargo de los cambios correspondientes en los roles asignados según su edad, y de la forma y grado en que cumplen las expectativas de rol. Envejecer es ir asumiendo los roles correspondientes a la respectiva edad.

El cambio de roles también depende de las circunstancias cambiantes en las edades del individuo y por la propia naturaleza de las cosas: roles como los de hijo, esposo, padre, amigo, etc., van apareciendo o desapareciendo a medida que aparece o desaparece la contraparte del rol complementario. A veces el anciano adquiere algunos roles nuevos, pero el envejecimiento es, entre otras cosas, una carrera de pérdida de roles hasta que la persona adquiere un último y definitivo: el de la persona que no tiene roles y por tanto carece de normas y expectativas.

Esta teoría refleja en su noción de persona vieja una determinada estructura de la sociedad y una ideología que reduce la definición de la persona a la entidad productiva: eres tanto cuanto produces, oscureciendo así las cualidades humanas, las relaciones

interpersonales, las actividades de autorrealización que justamente recibirían en la fase de la jubilación la máxima posibilidad de cultivo y expansión.

- **TEORÍA DEL INTERCAMBIO SOCIAL.** Esta teoría pretende explicar la desigualdad estructural existente del grupo de los ancianos de los demás grupos, con perjuicio para el primero. Es la clase social lo que determina cuántos recursos va disponer cada uno en su vejez. La disminución de la actividad social le viene impuesta al anciano por la sociedad, a través de sus instituciones, que le van retirando progresivamente los recursos necesarios para ser activas dichas relaciones sociales de interacción con él.

El núcleo de la cuestión está en la reducción de capacidad productiva del anciano, que se va haciendo cada vez más dependiente económica y socialmente: su profesión ha quedado anticuada, sus fuerzas físicas casi mermadas, y de éste modo se reduce la posibilidad de acceder a recursos valiosos y también de sus relaciones sociales. Los únicos recursos socialmente apreciados que le van quedando al anciano son el respeto, el apoyo, la aprobación social, el reconocimiento como la comprensión, pero son recursos que en la sociedad actual se cotizan muy poco, y por tanto dan muy escaso poder (Rodríguez, 1994).

- **TEORÍA CRÍTICA DE LA ECONOMÍA POLÍTICA.** Las condiciones económicas, sociales y políticas de la sociedad son los factores decisivos a la hora de plantear los problemas de la vejez. Las condiciones del envejecimiento y de la vejez estarían determinadas por desigualdades estructurales en cuanto al acceso a los recursos económicos. En realidad los problemas que han de afrontar los ancianos son resultado de las prácticas sociales, y con frecuencia son efecto de las prácticas de los grupos por mantener su status de privilegio y de control sobre los recursos y el poder.

Es necesario reconocer, que el problema real está en la falta de una política económica que hubiera debido prever la forma de que los que envejecen sigan pudiendo mantenerse dentro del sistema productivo en situación competitiva.

## 2.7. MODELOS INTERACCIONISTAS

Las personas de edad se ven precisadas a ir adaptándose a los sucesivos requerimientos que la sociedad les va planteando, y sólo si mantienen el ritmo de adaptación a esas nuevas demandas, lograrán mantener un auto imagen positiva:

- Según LA PERSPECTIVA SIMBÓLICA, el proceso de envejecimiento está muy influenciado por la forma en que interactúan los factores subjetivos con los ambientales, y los individuos entre sí. A veces los resultados de tal interacción se atribuyen exclusivamente a cambios subjetivos dentro del individuo, es decir, a cambios inducidos por el envejecimiento. Así, algunas reacciones y conductas del anciano que con frecuencia se interpretan como signos de senilidad, en realidad pueden ser formas de adaptación al entorno.

Pero también puede suceder que se produzcan malinterpretaciones de la conducta de los demás por parte del anciano. Envejecer es perder posibilidades de acción que hasta ahora el anciano tenía y que va viendo desaparecer.

En el núcleo central de la *teoría de la reactancia*<sup>2</sup> se puede encontrar la explicación de ciertos tipos de comportamientos, de situaciones ajenas al envejecimiento y que, a veces, introducen graves dificultades en las relaciones sociales del anciano y hacen que con frecuencia el viejo se sienta incomprendido, maltratado o herido.

- TEORÍA DEL ETIQUETADO. Cuando se nombra a alguien por alguna característica en particular, se dice que se le ha etiquetado. Por un lado está el hecho de que el propio comportamiento con respecto al de otros está basado no tanto en cómo se es en realidad, sino en cómo se es percibido; por otro lado, el autoconcepto se basa en las conductas que la propia presencia y comportamiento evocan en los demás; de ahí que basta con que se nos perciba de una determinada manera para que terminemos por percibirnos también nosotros de esa misma manera, lo que hará que nos comportemos y nos percibamos a nosotros mismos según cómo nos perciban los demás. Pues bien, una vez que el individuo es percibido como viejo, sus conductas serán interpretadas a través del estereotipo social de cómo se comporta una persona vieja, y de ahí el individuo terminará por asumir ese imagen social que los demás le reflejan de mismo, y como tal se comportará (profecía que se auto cumple o también nombrado efecto pigmalión).

---

<sup>2</sup> Como enuncia la *teoría de la reactancia* apreciamos mucho más aquello que, habiéndolo tenido, vemos que se nos quita, aunque quizás hasta ese momento no lo apreciásemos: basta que empiece a faltarnos para que sintamos necesitarlo como ninguna otra cosa. Quizás no fuéramos a utilizar esas posibilidades de acción; pero si se nos quita la libertad de ejercerlas, es esa libertad la que nos duele, la que nos empeñamos en reclamar: más aún si percibimos que se nos priva injustamente de ella.

- **MODELO INTERACCIONISTA DE LAS CONDICIONES DE LA LONGEVIDAD DEL ENVEJECIMIENTO.** Establece que se puede lograr la longevidad, cuando existe un bienestar físico, social y psíquico.

En investigaciones gerontológicas, (que se explican en Lehr y Thomaes, 2003, p.111-114) existe escasa coincidencia entre el estado subjetivo y objetivo de salud. El empeoramiento de los rendimientos cognitivos se hallaba asociado con un empeoramiento de la salud, y con ello se muestra el estrecho entrelazamiento entre los cambios físicos y los psíquicos en estructurar el condicionamiento de una vejez con éxito. Como variables independientes se adujeron, junto a los usuales datos demográficos, aquellos que se referían a la atención social recibida (soporte social) y a la red social, así como la salud física y psíquica y a la conducta de salud. La interacción estudiada fue entre las variables del soporte social y la satisfacción de vivir. Ni la atención recibida de los hijos ni la recibida de los amigos mostraron en ambos puntos de la medición una relación con la satisfacción de vivir. Por el contrario, la satisfacción por los contactos con los hijos estaba en clara correlación, en el segundo punto de medición, con la satisfacción general de vivir. Mientras que no se puede probar que la integración social está influida por la salud funcional enjuiciada “objetivamente”, la representación cognitiva y las formas de reacción influidas por ella si explicaron el 52% de la varianza.

## **CONCLUSIONES**

### **CON BASE EN LO ANTERIOR, ¿POR QUÉ ENVEJECEMOS?**

En este capítulo se ha hablado sobre algunas de las teorías más importantes, que pueden explicar por qué se envejece, pero ¿cuál de ellas pudiera ser la verdadera? Algunos biogerontólogos sugieren que cada teoría tiene algo que vale la pena (Pulido, 2003). Otros se adhieren a una de ellas. Sin embargo, la posición más razonable que pueda adoptarse por ahora, es que siendo la gerontología todavía una ciencia tan joven, no dispone aún de los conocimientos básicos requeridos para poder dar una exacta o buena explicación de por qué hay envejecimiento.

Talvez no se alcancen a afirmar las causas del envejecimiento, pero conociendo que ocurre, se puede tener la posibilidad de enfrentarlo, convivir con ello y lo que es más, retardar todo lo posible un envejecer patológico (Viguera, 2001).

| Código | Título   | Objetivo   | Pregunta de investigación   | Variables                           | Hipótesis   | Tipo de estudio  | Muestra  | Instrumento  | Resultados   |
|--------|--|--|---|-------------------------------------|---|--|--|--|--|
| Soc.1  | Percepción social que tienen los estudiantes universitarios de la Unidad de Ciencias de la Salud, Xalapa, Ver. agosto-diciembre 2002.            | Identificar la percepción que tienen los estudiantes universitarios del adulto mayor en la Unidad de Ciencias de la Salud.   | ¿Cuál es la percepción del adulto mayor, que tienen los estudiantes universitarios de la Unidad de Ciencias de la Salud, Xalapa, Veracruz, agosto-diciembre 2002?     | No se especifican.                  | La percepción del adulto mayor que tienen los estudiantes universitarios es errónea. Hipótesis descriptiva de una sola variable | Cualitativo, exploratorio, descriptivo y transversal.                | Facultad de nutrición = 15.<br>Facultad de bioanálisis = 10.<br>Facultad de enfermería = 20.<br>Facultad de odontología = 17.<br>Facultad de medicina = 21.<br>Del 7° semestre de estas licenciaturas y del 9° en el caso de medicina y odontología. | Encuestas que consta de 9 preguntas de opción múltiple y 1 abierta | El 90.36% tiene estereotipos positivos con respecto al anciano, y el 9.64% negativos. Se pudo identificar que la percepción que tienen los estudiantes es errónea.   |
| Soc.2  | Percepción social que tienen sobre el adulto mayor los estudiantes de la Facultad de Estadística UV. Xalapa, Ver. Período agosto-diciembre 2002. | Tener una visión real del concepto y analizar la percepción que tienen los estudiantes universitarios sobre el adulto mayor, en la convivencia con el entorno social o desde un punto de vista social. | ¿Cuál es la percepción social que tienen los estudiantes de la Facultad de Estadística sobre el adulto mayor en Xalapa, Veracruz en el periodo agosto-diciembre 2002? | Percepción social del adulto mayor. | No se especifica  | Transversal, cualitativo, descriptivo, observacional, y prospectivo. | 27 estudiantes de séptimo semestre de la Facultad de Estadística de la UV de turno matutino y vespertino.<br><br>No fue necesario aplicar muestreo de tal forma que se trabajó con toda la población.  | Cuestionario.  | El 70.4% de los alumnos lo consideran como una persona dependiente en cualquier área que se pueda desarrollar. El 66.7% no convive con un anciano. Mencionan que no reciben información adecuada de cómo tratar al anciano así, la percepción de los alumnos de la Facultad Estadística es limitada. |
| Soc.3  | Concepto del   | Analizar el  | ¿Cuál es el   | D: concepto de                      | Los alumnos que   | Descriptivo,   | Probabilístico   | Cuestionario que consta  | 91% de los   |

|       |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
|-------|---|--|--|---|--|--|---|--|--|
|       | adulto mayor en los estudiantes de la Facultad de Enfermería que han y no han cursado la experiencia educativa de Gerontología en Xalapa, Ver. Agosto-diciembre 2004.             | concepto de adulto mayor que tienen los estudiantes que han cursado Gerontología.<br><br>Conocer el concepto de adulto mayor que tienen los estudiantes que no la han cursado. | concepto de adulto mayor que tienen los estudiantes de Enfermería que han y no han cursado Gerontología?   | adulto mayor.<br><br>I: si han cursado Gerontología o no.       | han cursado Gerontología tienen mayor claridad del concepto del adulto mayor que los estudiantes que no la han cursado.<br><br>Hipótesis de relación producción. | comparativo, transversal y exploratorio. | aleatorio: alumnos del séptimo período que han y no han cursado la experiencia educativa de Gerontología.   | de 8 preguntas las cuales abarcan los diferentes aspectos del concepto del adulto mayor. | estudiantes de Enfermería ya han cursado Gerontología. Hay diferencias en relación al concepto de adulto mayor desde los aspectos biológico, psicológico, social, cultural y espiritual según si han o no han cursado la experiencia educativa. También en cuanto a definir la edad del adulto mayor. Los alumnos también mencionaron cuáles son los nombres con los que ubican a los envejecientes y su edad. |
| Soc.4 | Concepto de envejecimiento que subyace en el cuidado que da el personal de Enfermería al anciano, en el (CEMEV), Dr. Rafael Lucio, Xalapa, Ver. en el período agosto-diciembre de | Conocer el concepto de envejecimiento que subyace en el cuidado que da el personal de enfermería al anciano, en el CEMEV.  | ¿Cuál es el concepto de envejecimiento que subyace en el cuidado que da el personal de Enfermería al anciano en el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz (CEMEV), "Dr. | D: Cuidado de Enfermería.<br><br>I: Concepto de envejecimiento. | A mayor concepto de envejecimiento que tenga el personal de enfermería, logrará proporcionar un mejor cuidado al anciano.  | Descriptivo y transversal.               | 25 enfermeros. Se incluye al personal de Enfermería que se encuentren los servicios de medicina interna, traumatología y cirugía, durante el período de aplicación de encuestas, en | Cuestionario de 10 preguntas (1 abierta y 9 cerradas).                                   | El personal que prevalece en estos servicios es femenino. El 40% del personal encuestado desconoce el proceso de envejecimiento, un 32% mencionó este proceso como sólo biológico, un 4%   |

|       |   |  |   |  |   |                              |   |  |  |
|-------|---|--|---|--|---|------------------------------|---|--|--|
|       | 2000.   |  | Rafael Lucio", en el periodo agosto-diciembre de 2000?  |  |   |                              | los diferentes turnos y se excluye al personal de Enfermería que se encuentre en servicios distintos a los que se mencionan.  |  | considera que es un proceso psicológico y sólo un 24% relaciona este proceso con los aspectos biopsicosocial y un 92% no ha recibido una capacitación dentro del hospital para proporcionar cuidados son anciano. La hipótesis se comprueba.                   |
| Fam.1 | Conocimiento de la familia para la atención del adulto mayor con DMNID en el Centro de Salud "Miguel Alemán" en el período agosto-diciembre 2003. | Reflejar cuáles son los conocimientos que tiene la familia sobre los cuidados del adulto mayor que presenta una enfermedad (diabetes) en relación a la atención que se debe brindar en el hogar. | ¿Cuál es el conocimiento que tiene la familia para la atención del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud Miguel Alemán en Xalapa, Veracruz período agosto-diciembre 2003? | D: atención al anciano con diabetes mellitus.<br><br>I: conocimiento de la familia del anciano con diabetes mellitus y de los cuidados propios de esta enfermedad. | Las familias que tienen mayor conocimiento sobre la atención del adulto mayor con DMNID tienen mayor efectividad (son más eficaces) en el cuidado del adulto mayor con DMNID. | Descriptivo y transversal.   | 8 familias conformadas con mínimo un adulto mayor con DMNID, registrados en el Centro de Salud Miguel Alemán. Muestra no probabilística de tipo intencional a deliberado. | Encuesta de 11 preguntas con respuestas de opción múltiple o abiertas. | La hipótesis se rechaza, hay contradicciones en las respuestas obtenidas de familiares. La atención que se le brinda al adulto mayor con DMNID por parte de la familia es deficiente lo que repercute directamente en su calidad de vida y la de sus familias. |
| Fam.2 | Conocimientos, habilidades y estrategias de la familia en el proceso de envejecimiento para el cuidado del anciano en el AGEB 014-5               | Conocer cuál es el conocimiento, habilidades y estrategias de la familia en el proceso de envejecimiento (normal) para el cuidado del  | ¿Cuál es el nivel de conocimientos, habilidades y estrategias de la familia en el proceso de envejecimiento hará el cuidado del anciano en la   | D: cuidado del anciano.<br><br>I: conocimientos habilidades y estrategias de la familia en el proceso de   | Los conocimientos, habilidades y estrategias de la familia en el proceso de envejecimiento, influye en el cuidado del   | Observacional y transversal. | Compuesta por aquellas familias que tengan como mínimo un adulto mayor de 50 años viviendo en su hogar.<br><br>Contestan los  | Cuestionario de 25 preguntas.  | La hipótesis se acepta ya que entre más conocimientos tenga la familia acerca de este proceso de envejecimiento brindará mejores   |



|       |   |  |  |   |  |                            |  |   |  |
|-------|---|--|--|---|--|----------------------------|--|---|--|
|       | en Xalapa, Ver. Período agosto-diciembre 2002.  | anciano.   | colonia Centro de la ciudad de Xalapa Veracruz en el período agosto-diciembre 2002?  | envejecimiento.   | anciano. Del tipo: reacción de producción.                                       |                            | familiares de 87 ancianos, en 15 manzanas de este AGEB.  |   | cuidados al adulto mayor.<br><br>87% de las familias encuestadas, tienen los conocimientos necesarios para proporcionar los cuidados adecuados y el 17% no los tienen, pero gracias al proceso de la aplicación del instrumento, sus dudas quedaron resueltas. |
| Fam.3 | Contribución y función económica y social de los adultos mayores en su hogar y su reconocimiento por la familia en la zona centro, Xalapa, Veracruz, agosto-diciembre 2002. | Conocer la manera en que es reconocida por la familia la contribución y las funciones económicas y sociales que realiza el adulto mayor que vive en la zona centro de Xalapa Veracruz. | ¿Cuál es el reconocimiento que otorga la familia a las funciones económicas y sociales con que contribuye el adulto mayor que vive en la zona centro en Xalapa, Veracruz en el período agosto-diciembre de 2002? | D: reconocimiento familiar.<br><br>I: contribución y función económica y social del adulto mayor. | A mayor contribución y función social y económica mayor reconocimiento familiar. | Transversal y descriptivo. | Tipo de muestreo por conglomerados. Se incluye a las familias que en sus integrantes hay por lo menos un adulto mayor de 65 años. Total de la muestra 165 encuestas. | Cuestionario de 16 preguntas con respuestas de opción múltiple a resolver por aquel familiar del adulto mayor demuestren la disponibilidad necesaria para llevar a cabo el llenado del instrumento. | La hipótesis se cumple bajo ciertas expectativas, una mayor función con su respectiva contribución propicia un mayor reconocimiento por los familiares hacia los adultos mayores.  |

|       |   |  |   |   |  |   |  |   |   |
|-------|---|--|---|---|--|---|--|---|---|
| Fam.4 | Dificultades de la familia para dar cuidado al anciano, en la colonia Francisco Ferrer Guardia en Xalapa, Ver. durante el periodo agosto-diciembre del 2002.  | Conocer y resaltar cuáles son las dificultades de la familia para dar cuidado al anciano e identificar las dificultades económicas, culturales, sociales, psicológicas que representan dentro de las familias. | ¿Cuáles son las dificultades de la familia para dar cuidado al anciano en la colonia Francisco Ferrer Guardia en Xalapa, Veracruz durante el periodo agosto-diciembre 2002?   | D: cuidado al anciano.<br><br>I: dificultad de la familia.  | El incremento de las dificultades de las familias influyen en el cuidado del anciano.  | Descriptivo, prospectivo y transversal.   | Muestreo por conglomerados. 90 familias en las que habita un anciano. Se incluirán a todas las familias en las que viva un adulto mayor y que se encuentren en las 7 manzanas escogidas para la muestra.                                     | Cuestionario de 16 preguntas de opción múltiple.                                    | En esta colonia no se detectan tantas dificultades económicas, culturales, psicológicas y no existe tanto desconocimiento sobre los padecimientos que puede presentar un adulto mayor, ya que la mayoría de ancianos están en una edad productiva lo que les permite realizar actividades sin dañar los roles sociales. |
| Sal.1 | Conocimientos y habilidades de las enfermeras en la rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad en el paciente geriátrico del Hospital civil "Dr. Luis F. Nachón" de Xalapa, Ver., en el periodo agosto-diciembre de 2002. | Identificar el nivel de conocimientos y habilidades de las enfermeras en la rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad del adulto mayor.   | ¿Cuál es el nivel de conocimientos y habilidades de las enfermeras en la rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad del adulto mayor del Hospital Civil Dr. Luis F. Nachón de Xalapa Veracruz, agosto-diciembre del 2002? | D: paciente geriátrico.<br><br>I: conocimientos y habilidades de las enfermeras en la rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad. | A menor conocimiento y habilidades de las enfermeras en la rehabilitación del síndrome de inmovilidad, menor será la rehabilitación del paciente geriátrico. Hipótesis de asociación | Retrospectivo, transversal y descriptivo. | Personal de Enfermería de los servicios de Medicina Interna, Cirugía, y Traumatología de la Unidad de Cuidados Intensivos con un número aproximado de 21 integrantes. Se excluyen a las enfermeras que se encuentran en los demás servicios. | Cuestionario de elección múltiple colocado de forma horizontal con un número de 14. | Se comprueba la hipótesis pues se demuestra que un 87% no tiene los conocimientos y las habilidades adecuados en cuanto a las técnicas de rehabilitación, ya que desconocen pasos y el conocimiento es deficiente con lo cual existen pacientes seniles que presentan complicaciones del Síndrome de Inmovilidad.       |

|       |   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|---|
| Sal.2 | Conocimientos y habilidades de las auxiliares de Enfermería que laboran en el asilo Sayago, en Xalapa, Ver., en la Rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad en el Paciente Geriátrico, agosto-diciembre 2002. | Identificar cuáles son en general los conocimientos y habilidades de las auxiliares de Enfermería que laboran en el asilo Sayago en cuanto al Síndrome de Inmovilidad. | ¿Cuáles son los conocimientos y habilidades de los auxiliares de Enfermería que labora en el asilo Sayago, en Xalapa, Veracruz., en la rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad Geriátrica, agosto-diciembre 2002? | D: Síndrome de Inmovilidad.<br><br>I: conocimientos y habilidades de las auxiliares de Enfermería.   | A menor conocimiento y habilidades de las auxiliares de enfermería sobre el síndrome de inmovilidad, menor será la recuperación de los pacientes geriátricos que lo padecen. Hipótesis de asociación o de covariación. | Cuali-cuantitativo, retrospectivo, transversal y descriptivo.                    | 22 auxiliares de Enfermería que laboran en el asilo Sayago de la Ciudad de Xalapa, Ver.<br><br>Total de auxiliares de Enfermería que laboran en este asilo.                  | Cuestionario de varios reactivos con respuestas de opción múltiple. Son 11 variables y 22 casos donde 5 de las variables corresponden a conocimientos y las otras 6 se refieren a las habilidades de las enfermeras. | El 41% de las encuestadas adquirieron sus conocimientos mediante la experiencia y la práctica. 68% saben poco sobre las técnicas para la rehabilitación del síndrome de inmovilidad y el 32% restante no saben nada al respecto. En conclusión las auxiliares de Enfermería no son aptas para poder llevar a cabo una rehabilitación adecuada en pacientes con Síndrome de Inmovilidad lo que afecta a la calidad de vida del paciente. |
| Sal.3 | Conocimiento y habilidades de los estudiantes de la Facultad de Enfermería en la rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad Geriátrica, en Xalapa, Ver, período agosto-diciembre del 2002.                      | Identificar el nivel de conocimientos y habilidades de los estudiantes de la Facultad de Enfermería, en la rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad Geriátrico.      | ¿Cuál es el nivel de conocimientos y habilidades de los estudiantes de la Facultad de Enfermería en la rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad Geriátrica en Xalapa Veracruz, período agosto-diciembre 2002?      | D: paciente geriátrico.<br><br>I: conocimientos y habilidades de los estudiantes de la Facultad de Enfermería, en la rehabilitación del Síndrome de Inmovilidad. | A mayor conocimiento y habilidades de los estudiantes de la facultad de enfermería en el síndrome de inmovilidad, mayor será su participación en la atención del paciente geriátrico. Es de tipo asociación o          | Transversal, prospectivo y observacional, con una metodología cualicuantitativa. | Todos aquellos estudiantes de la Facultad de Enfermería que cursan el 7° semestre y que tengan la disposición para contestar el instrumento. Son un total de 83 estudiantes. | Cuestionario de 20 preguntas que supone una serie de respuestas posibles, que serán presentadas en orden creciente o decreciente en forma horizontal.  | El 50% poseen al menos una habilidad para realizar los procedimientos anteriores. El 26% contestó poseer alguna de las cuatro habilidades analizadas. El 11% respondió poseer sólo dos habilidades. El 4% considera poseer  |

|       |   |   |   |  |   |                             |   |   |   |
|-------|---|---|---|--|---|-----------------------------|---|---|---|
|       |   |   |   |  | covariación   |                             |   |   | tres habilidades y el 8% respondió poseer las cuatro habilidades estudiadas.  |
| Sal.4 | Conocimiento de los estudiantes de la teoría de Virginia Henderson para el cuidado del adulto mayor en la Facultad de Enfermería grupos 702 y 703 Xalapa, Ver., agosto-diciembre 2003.                        | Identificar el nivel de conocimientos de los estudiantes de Enfermería, en la aplicación del cuidado del adulto mayor con base en la teoría de Virginia Henderson.  | ¿Cuál es el nivel de conocimientos de los estudiantes de la Facultad de Enfermería y los grupos 702 y 703 en relación a la teoría de Virginia Henderson para el cuidado del adulto mayor de Xalapa Veracruz, agosto-diciembre 2003? | D: cuidado del adulto mayor.<br><br>I: conocimientos de los estudiantes en relación a la teoría de Virginia Henderson. | A mayor conocimiento de los estudiantes de la facultad de enfermería de la teoría de Virginia Henderson, mayor será la atención al paciente geriátrico.<br>Hipótesis de asociación. | Transversal y descriptivo.  | Estudiantes del séptimo semestre de los grupos 702 y 703 generación 2000-2004 de la Facultad de Enfermería de la zona Xalapa, Veracruz. 60 personas. Se excluye a los estudiantes que no asistan al día de la aplicación del instrumento.<br>Muestra: no probabilística accidental. | Cuestionario de elección múltiple, de 21 preguntas en donde las primeras 7 son de opción múltiple y el resto de relación de paréntesis. | El 100% contestó que conocen la teoría y el 82% supo relacionar los problemas que presenta el adulto mayor en relación a las 14 necesidades de la teoría de Virginia Henderson. Se comprueba la hipótesis.                                    |
| Sal.5 | Conocimiento de las enfermeras de la Teoría de Virginia Henderson para el cuidado del anciano en el servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Luis F. Nachón, Xalapa, Ver. Período agosto-diciembre 2003. | Identificar el nivel de conocimientos que tiene el personal de Enfermería sobre la teoría de Virginia Henderson para el cuidado del anciano en el Hospital Dr. Luis F. Nachón en el servicio de medicina interna. | ¿Cuál es el conocimiento que tiene el personal de Enfermería que labora en el servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Luis F. Nachón sobre la teoría de Virginia Henderson para el cuidado del anciano?                       | D: cuidado del anciano.<br><br>I: conocimiento (de la teoría de Virginia Henderson).                                   | El conocimiento de la teoría de Virginia Henderson por las enfermeras de Dr. Luis F. Nachón influye en la calidad de los cuidados que recibe el paciente senil.                     | Descriptivo y transversal.  | Personal de enfermería que labora en el hospital regional "Dr. Luis F. Nachón" en Xalapa Veracruz. Son 9 enfermeras de los diferentes turnos, en el servicio de Medicina Interna de este hospital.  | Cuestionario de 22 reactivos  | Sólo el 50% conoce la teoría. Conocimiento deficiente de esta teoría y por lo tanto la calidad de los cuidados que recibe el paciente senil que se encuentra hospitalizado dentro de este servicio no supera los niveles óptimos de eficacia. |
| Sal.6 | Influencia de la relación social  | Identificar cuál es la  | ¿Cuál es la influencia de la  | D: Autoestima.   | El adulto en plenitud que tiene   | Transversal y comparativo o | Dos grupos de adultos mayores   | Entrevista por medio de un cuestionario de 19   | Existen diferencias entre   |

|       |  |   |   |   |   |                        |   |  |  |
|-------|--|---|---|---|---|------------------------|---|--|--|
|       | <p>en la autoestima del adulto mayor que se encuentra en el Asilo Sayago, con el grupo que asiste a las actividades recreativas de la UMF 66 del Seguro Social, en Xalapa, Veracruz. Período agosto-diciembre de 2004.</p> | <p>percepción que tiene el adulto mayor de sí mismo y cómo influye en su relación con los demás.</p>  | <p>relación social en la autoestima del adulto mayor que se encuentra en el Asilo Sayago y los que realizan actividades recreativas en la UMF 66 del Seguro Social? y ¿Cuál es el nivel de autoestima y su influencia en las relaciones interpersonales en el adulto mayor en Xalapa, Ver.?</p> | <p>I: Relación social.<br/><br/>Interviniente: Recluido en un asilo.</p>        | <p>una mayor relación social tiene mayor autoestima que los que están recluidos en asilos. Hipótesis de covariación.</p>  | <p>de correlación.</p> | <p>entre 60 y 80 años de edad (tercera edad) que residen en el asilo Sayago (10) y quienes realizan actividades recreativas en la UMF 66 del IMSS (7). Total de 17 adultos mayores.</p> | <p>preguntas de opción múltiple; Observación (si se le nota decaído/ contento, malhumorado/alegre, introvertido/extrovertido, facilidad al comunicarse/problemas al comunicarse, aspecto enfermo/normal; se asocia con otros/o se aísla.</p> | <p>los entrevistados del asilo Sayago y los de la UMF 66, por ejemplo: el 30% de los del asilo se encuentran altamente satisfechos y 60% están medianamente satisfechos contra el 57% de la UMF66 se encuentran altamente satisfechos y 43% medianamente satisfechos. En general se observa que los entrevistados de la UMF 66 tienen más elevada su autoestima que los que están en el asilo Sayago pero habrá que ver si esta diferencia es significativa.</p> |
| Sal.7 | <p>Expresión de la sexualidad en los docentes adultos mayores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana en el período agosto-</p>   | <p>Conocer la manera en que el adulto mayor docente de la Facultad de Enfermería expresa su sexualidad y evaluar el grado de expresión de la sexualidad</p> | <p>¿Cómo lleva a cabo la manifestación de la sexualidad el adulto mayor docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana?</p>   | <p>D: Expresión de la sexualidad.<br/><br/>I: los docentes adultos mayores.</p> | <p>El adulto mayor de la Facultad de Enfermería expresa su sexualidad de igual manera que otros grupos en otras etapas de desarrollo. De asociación o covariación</p> | <p>Cualitativo.</p>    | <p>5 docentes entre 60 y 65 años de edad.</p>   | <p>Cuestionario de 21 preguntas de opción múltiple.</p>  |  |

|       |   |   |  |  |  |   |  |   |   |
|-------|---|---|--|--|--|---|--|---|---|
|       | diciembre 2004.   | del adulto mayor.   |  |  |  |   |  |   |   |
| Sal.8 | Estilo de vida y calidad de vida del adulto mayor en la colonia Francisco Ferrer Guardia AGEB (010-7) en Xalapa, Ver. Período agosto-diciembre 2002.                | Ver si existe relación entre el estilo de vida y calidad de vida del adulto mayor en la colonia Francisco Ferrer Guardia AGEB 010-7 Xalapa, Ver. Período agosto-diciembre del 2002. | ¿Existe relación entre el estilo de vida y la calidad de vida del adulto mayor en la colonia Francisco Ferrer guardia (AGEB 010-7) Xalapa, Ver. en el período agosto-diciembre del 2002? | D: calidad de vida del adulto mayor.<br><br>I: estilo de vida del adulto mayor.  | El estilo de vida del adulto mayor influye en la calidad de vida.<br><br>Hipótesis de relación de producción.              | Descriptivo, prospectivo y transversal. | Muestreo por conglomerados. 130 encuestas en la colonia Francisco Ferrer Guardia AGEB 010-7.   | Cuestionario de 14 reactivos con preguntas abiertas y de opción múltiple. | Estilo de vida: el 48% de los adultos mayores presentan buenos hábitos alimenticios, 46% buenos hábitos higiénicos, 53% no realiza ningún tipo de ejercicio, 64% se siente a gusto con sus creencias. Calidad de vida: El 65% se sienten deficientes en su bienestar físico y 61% tienen bienestar psicológico, 64% sienten bienestar social. |
| Edu.1 | Conocimientos de los estudiantes de la Facultad de Enfermería en la promoción y protección de la salud del adulto mayor. Xalapa, Veracruz agosto-diciembre de 2002. | Identificar el nivel de conocimientos de los estudiantes en la promoción y protección de la salud del adulto mayor en la Facultad de Enfermería de la ciudad de Xalapa, Veracruz.   | ¿Cuál es el nivel de conocimientos tienen los estudiantes en la promoción y protección de la salud en el adulto mayor de la Facultad de Enfermería de Xalapa?                            | D: Interés en la promoción y en la protección de la salud del adulto mayor.<br><br>I: Nivel de conocimientos de los estudiantes de Enfermería. | El conocimiento que tiene los estudiantes de enfermería origina interés por promover y proteger la salud del adulto mayor. | Prospectivo, transversal y descriptivo. | 55 Alumnos de 7° semestre de la Facultad de Enfermería que pertenecen al grupo 702 y 703 y se excluyen a los estudiantes del 701 y de 1° a 5o semestre. Muestreo aleatorio simple. | Encuesta de 14 preguntas.   | 64% de los estudiantes tienen poco interés en documentarse a diferencia de los estudiantes que en realidad se interesan (36%). La hipótesis se comprobó, lo que resulta poco alentador.   |
| Edu.2 | Conocimientos, habilidades y estrategias de los estudiantes   | Conocer el nivel de conocimientos, habilidades y  | ¿Cuál es el nivel de conocimientos, habilidades y estrategias de los   | D: cuidado del anciano.<br><br>I: el nivel de  | El nivel de conocimientos habilidades y estrategias de los   | Transversal y descriptivo.              | 60 Alumnos de 7° semestre, generación 1999-2003 de la  | Un cuestionario de elección múltiple de 20 preguntas.                     | 60% de los encuestados tienen buenos conocimientos  |

|       |   |   |  |  |  |                             |  |  |   |
|-------|---|---|--|--|--|-----------------------------|--|--|---|
|       | de la Facultad de Enfermería en el proceso de envejecimiento para el cuidado del anciano, agosto-diciembre 2002. Xalapa, Ver. | estrategias de los estudiantes de Enfermería en el proceso de envejecimiento para el cuidado del anciano.   | estudiantes de la Facultad de Enfermería en el proceso de envejecimiento para el cuidado del anciano, agosto diciembre 2002, Xalapa, Ver.?   | conocimientos, habilidades y estrategias de los estudiantes de Enfermería en el proceso de envejecimiento. | estudiantes de enfermería en el proceso de envejecimiento influye en el cuidado del anciano. Hipótesis de relación de producción.                |                             | Facultad Enfermería de la Unidad Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana zona Xalapa. Se excluye a los estudiantes que no asistan el día de la aplicación del instrumento. Tipo de muestreo no probabilístico accidental. |  | sobre lo que es e implica el proceso de envejecimiento. El nivel de los estudiantes es óptimo. Pero el 40% es menester se enfatice la enseñanza.  |
| Edu.3 | Factores de estrés que afectan a los alumnos de la Facultad de Enfermería ante el cuidado de los ancianos. Agosto-enero 2004. | Conocer los factores de estrés de los alumnos de la Facultad de Enfermería ante el cuidado de los ancianos, planteando estrategias para resolverlos, así como las técnicas más usuales en el tratamiento del mismo. | ¿Cuáles son los factores de estrés que afectan a los alumnos de la Facultad de Enfermería ante el cuidado de los ancianos de Xalapa, Veracruz período agosto (2003)-enero de 2004? | D: cuidado del anciano.<br><br>I: factores de estrés en los estudiantes.                                   | A mayor información de los factores de estrés mejor serán las recomendaciones de los cuidados de esta población. Es una hipótesis de asociación. | Descriptivo y exploratorio. | 56 estudiantes de 7° semestre de los grupos 701 y 703, generación 2000-2004 de la Facultad de Enfermería. Muestreo aleatorio simple.   | Cuestionario de 6 aspectos con sus respectivas 7 opciones. | Resulta estresante para el alumno, que el anciano tenga una incapacidad para ver escuchar y/o hablar (48%), que el anciano se encuentra deprimido (25%), porque el anciano come muy lento (20%), también que exista un maltrato por parte del personal que labora en las instituciones (29%) y los recursos financieros de la institución no sean suficientes para la atención del anciano. |
| Edu.4 | El proceso de   | Identificar si la   | ¿El personal de  | D:   | Hipótesis de   | Descriptivo y               | 7 profesionales  | Cuestionario de elección                                   | El DIF municipal  |

|       |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
|       | envejecimiento y su relación con la formación de recursos humanos para el cuidado del anciano en el DIF municipal de Xalapa, Ver. Período agosto-diciembre 2003.             | institución del DIF municipal cuenta con cursos o programas de enseñanza continua para el cuidado y la atención del paciente senil.        | recursos humanos está capacitado para el cuidado del adulto mayor, en el DIF municipal de Xalapa, Veracruz?   | Conocimiento del proceso de envejecimiento.<br><br>I: Formación de recursos humanos para el cuidado del anciano.                           | asociación o covariación: a menor formación de recursos humanos para el cuidado del anciano, menor es la atención y cuidados para las personas de la tercera edad                            | transversal.   | de la salud que laboran en el DIF (odontólogos, médicos, psicólogos). Se incluirá todo el personal de salud que tenga trabajo con ancianos.                                | múltiple de seis preguntas.  | no cuenta con cursos y programas de enseñanza continua para el cuidado del anciano. El objetivo e hipótesis se cumplieron.   |
| Edu.5 | Relación del programa de control de hipertensión arterial con el nivel de satisfacción que manifiesta la población adulto mayor en la clínica 66 del IMSS.                   | Conocer el nivel de satisfacción del adulto mayor con relación a la calidad del programa de control de hipertensión arterial.              | ¿Cuál es la relación del programa de control de hipertensión arterial con el nivel de satisfacción que manifiesta la población adulta mayor en la clínica 66 del IMSS?  | D: Satisfacción del adulto mayor del programa de control de hipertensión arterial.<br><br>I: Programa de control de hipertensión arterial. | A mayor calidad del programa de control de hipertensión arterial mayor es la satisfacción del adulto mayor con relación a este. Hipótesis de asociación positiva o de causalidad.            | Transversal, correlacional y cualitativo.              | 15 pacientes hipertensos mayores de 60 años.   | Entrevista estructurada por 12 preguntas.  | El nivel de satisfacción de los adultos mayores que asistieron a los grupos de ayuda del programa de HTA del IMSS es muy bueno. Se comprueba que la calidad de los servicios de salud influye grandemente en la satisfacción de los adultos mayores. |
| Edu.6 | Relación entre el proceso de envejecimiento y los contenidos del currículo del plan 90 y Modelo Educativo Flexible e Integral para dar cuidados al anciano en la Facultad de | Identificar si el plan 90 y MEIF contienen información del adulto mayor y el proceso de envejecimiento, para dar cuidado a esta población. | ¿Cuál es la relación existente entre el proceso de envejecimiento y los contenidos del currículo del plan 90 y MEIF para dar cuidado al anciano en la Facultad de Enfermería, Xalapa, Ver. agosto-diciembre 2002? | D: contenidos para dar cuidados al anciano en el plan 90 y MEIF.<br><br>I: proceso de envejecimiento.                                      | A mayor información del adulto mayor y proceso de envejecimiento en el currículo del plan 90 y MEIF mayores serán los contenidos para dar cuidado a esta población. Hipótesis de asociación. | Retrospectivo, transversal, descriptivo y cualitativo. | Asignaturas del plan 90 y experiencias educativas del MEIF que deberán contener el proceso de envejecimiento y se excluirán las asignaturas que no tienen ninguna relación | Por medio de una guía de observación se estudiarán y analizarán los programas de las distintas asignaturas y experiencias educativas comprobando si contienen dicha información, la cuál será registrada de acuerdo a un esquema a proponer del problema a investigar. | En el plan 90 el 57% contiene información del adulto mayor en los fundamentos, perfiles y objetivos y un 43% no contienen dicha información. Dentro del MEIF un 20% no contiene información del  |



|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | Enfermería.<br>Xalapa, Ver.<br>Agosto-<br>diciembre 2002. |  |  |  |  |  | con el anciano,<br>en el plan de<br>estudios de la<br>Facultad de<br>Enfermería. |  | adulto mayor en<br>los fundamentos<br>perfiles y objetivos<br>y un 80% si<br>contienen ésta<br>temática. |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|