



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

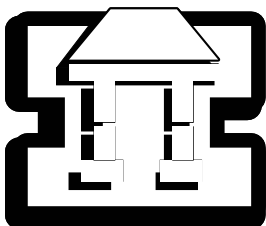
**“VIOLENCIA A LOS ADULTOS MAYORES, PERSPECTIVA
EN EL SIGLO XXI”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
ALMA DELIA ALVARADO CRUZ**

**ASESOR:
MTRA. MARGARITA MARTINEZ RIVERA**

**DICTAMINADORES:
DRA. MA. ANTONIETA DORANTES GOMEZ
LIC. JORGE GUERRA GARCIA**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A MI MANUELITO:

Gracias por todo lo que me enseñaste, por tu cariño, por tu amor, por ser mi padre, pero lo que más te agradezco es que seas mi amigo. Gracias por que en los momentos que más te necesite estuviste ahí para apoyarme, para escucharme. *TE AMO MUCHISIMO, ERES LO MEJOR QUE ME HA DADO DIOS Y LA VIDA.*

A MIMI:

Por enseñarme día a día que en la vida no debes de ser conformista, que hay que luchar, que las cosas no son fáciles pero que con esfuerzo y carácter puedes hacer todo lo que te propongas.

A ambos les agradezco que me hayan dado las armas para salir adelante. Los admiro mucho.

A BRENDA:

Por ser una niña maravillosa. Gracias porque a tu lado he aprendido a ser valiente, a soñar, sabes, todos los sueños los puedes hacer realidad, nunca renuncies a tus sueños por mayor obstáculo que se te presente. *TE QUIERO MUCHO.*

A LUCIA:

Te admiro mucho por ser valiente, por tu inteligencia, por tu generosidad hacia los demás, recuerda siempre que eres una mujer muy valiosa.

A JUAN:

Por estar siempre a mi lado en los momentos difíciles, por escucharme, por tu paciencia. Eres el mejor de los hermanos.

A GERARDO:

Gracias a ti comprendí que el amor no es sinónimo de tristeza y oscuridad, que por el contrario es el sentimiento más maravilloso del mundo, cuando lo vives con admiración respeto y confianza. Gracias por enseñarme que la vida es para disfrutarla. Y que el éxito o el fracaso dependen de uno mismo, que hay que esforzarse para vivir mejor. Gracias por tu apoyo, por tu cariño, por tu ejemplo de responsabilidad y dedicación ante el trabajo, eres un gran ejemplo a seguir.

A LA MAESTRA MARGARITA:

Gracias por su paciencia, por su comprensión, por su apoyo, por ser más que una maestra una amiga. Gracias por el tiempo que dedico a este trabajo y por compartir sus conocimientos tan valiosos conmigo.

A todos ustedes gracias de verdad porque me han hecho crecer y valorar todo lo que tengo, han sido parte fundamental de mi vida, es por esto que a ustedes, pero en especial a Margarita, Juan Manuel y Mique, dedico el siguiente pensamiento que escribió la Madre Teresa de Calcuta:

**Siempre ten presente que
la piel se arruga, el pelo se
Vuelve blanco, los
días se convierten en años....
Pero lo importante no cambia; tu fuerza y tu
convicción no tienen edad.
Tu espíritu es el plumero
de cualquier tela de araña.
Detrás de cada línea de
llegada, hay una de
partida.
Detrás de cada logro, hay
otro desafío.
Mientras estés viva,
siéntete viva.
Si extrañas lo que hacías,
vuelve a hacerlo.
No vivas de fotos
amarillas...
Sigue aunque todos
esperen que abandones.
No dejes que se oxide el
hierro que hay en ti.
Haz que en vez de lástima,
Te tengan respeto.
Cuando por los años no
puedas correr, trota.
Cuando no puedas trotar,
camina.
Cuando no puedas
Caminar, usa el bastón.
Pero nunca te detengas!!!**

A: Margarita, Juan Manuel y Mique:

Luchen siempre por estar bien aún en contra de lo que digan los demás y nunca permitan que los humillen o los hagan menos porque ustedes son personas muy valiosas. Siempre sean independientes.

Hasta este momento han pensado en sus hijos, en sus nietos, es hora de pensar en ustedes mismos, a sus hijos les dieron ya lo más importante, una gama de valores, educación, amor y cuidados, ahora es tiempo de que como hijos se les compense a ustedes por toda su entrega, dedicación y amor que nos han dado, a través de respeto, amor, consideración, cariño y cuidado.

“Es muy probable que un día las propias personas de edad, con la fuerza dimanante del aumento de su número e influencia, obliguen a la sociedad a adoptar un concepto de la vejez positivo y orientado hacia el desarrollo”.

Asamblea Mundial de las Naciones Unidas, 1999.

Año Internacional de las personas de edad.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO 1. CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS DE ENVEJECIMIENTO.....	11
1.1. Antecedentes Históricos.....	11
1.2. Definición de Envejecimiento.....	14
CAPITULO 2. LA PSICOLOGIA Y OTRAS CIENCIAS MULTIDISCIPLINARIAS EN LA VEJEZ.....	21
2.1 Psicología.....	21
2.1.2 <i>Psicología Humanista.....</i>	<i>23</i>
2.2 Personalidad Saludable.....	31
2.3 Aspectos para elevar la autoestima. Bases para el Desarrollo Personal.....	36
2.4 Aspectos psicológicos de la vejez.....	38
2.5 Aspectos Médicos del concepto de vejez.....	48
2.6 Aspectos sociales de la vejez.....	56
2.7 Aspectos Políticos.....	61
CAPITULO 3. EL ANCIANO Y SU ENTORNO.....	64
3.1. Entorno Familiar.....	64
3.2. Entorno Laboral.....	66
3.3. Entorno Social.....	72
3.4. Datos Demográficos.....	74
CAPITULO 4. LA VIOLENCIA HACIA EL ANCIANO.....	81
4.1. Tipos de Violencia.....	83
4.1.1. <i>Maltrato Económico.....</i>	<i>84</i>
4.1.2. <i>Maltrato Estructural.....</i>	<i>85</i>
4.1.3. <i>Maltrato Físico.....</i>	<i>85</i>
4.1.4. <i>Abuso Sexual.....</i>	<i>86</i>
4.1.5. <i>Violación de los Derechos Civiles.....</i>	<i>87</i>
4.1.6. <i>Violencia Medicamentosa.....</i>	<i>87</i>
4.1.7. <i>Negligencia.....</i>	<i>88</i>
4.1.8. <i>Maltrato Psicológico.....</i>	<i>88</i>
4.2. Ámbitos en los que se puede dar el Maltrato.....	89
4.2.1. <i>Maltrato en los Sistemas de Salud.....</i>	<i>90</i>
4.2.2. <i>Maltrato dentro de la Familia.....</i>	<i>91</i>
4.3. Estadísticas de Violencia.....	94
4.3.1. <i>Situación del problema en otros Países.....</i>	<i>95</i>
4.4. Detección de Casos.....	97

CAPITULO 5. DERECHOS DE LOS ANCIANOS.....	103
5.1. Situación en el País.....	103
5.2. Situación Internacional.....	105
5.3. Creación en México de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.....	107
5.4. Acuerdos Internacionales.....	110
5.5. Instituciones.....	114
CAPITULO 6. PERSPECTIVAS HACIA EL SIGLO XXI	117
6.1. Tendencia Esperada (proyección).....	117
6.2. Propuesta.....	119
CONCLUSIONES	126
BIBLIOGRAFIA	131

RESUMEN

Al paso del tiempo, el concepto que se tiene del anciano ha ido cambiando, antes era respetado y ahora, se ha convertido en un ser incapacitado, que no puede valerse por sí mismo y en muchas ocasiones representa un estorbo para su familia y para la sociedad ya que esta lo va excluyendo de toda actividad.

Para la psicología humanista, el anciano, a pesar de su deterioro físico es un ser que puede vivir plenamente, a través de su aceptación, de su experiencia y sus cualidades como persona. La Geriátrica y la Gerontología se han encargado del estudio del envejecimiento clasificando esta etapa a través de diferentes teorías médicas.

Tanto el concepto que se tiene del anciano como su entorno familiar, laboral, económico, física y psicológica son factores que hacen que el anciano sufra de violencia. El anciano debe saber que es una persona valiosa, que cuenta con derechos y que hay instituciones en las que puede recibir ayuda en caso de que sea víctima de la violencia. Es un hecho que gran parte de los hechos de violencia no salen a la luz pública ya que no son denunciados por miedo o por que la víctima no sabe o no identifica que es violencia lo que esta viviendo.

Por esta razón en el presente trabajo se analizaron los factores que conllevan a la violencia al anciano en México, observando que el hecho de no conocer esta etapa hace que se tenga un concepto erróneo de la vejez, los cambios que se dan en el entorno familiar, laboral económico sean factores que obstaculizan una vida plena para el anciano, teniendo así una vida llena de rechazo y violencia. La tendencia de violencia que se ejerce en el anciano en este siglo va en aumento, debido a la falta de conocimiento de esta etapa que vive el anciano desconocida, poco comprendida por él y por los demás miembros de la sociedad. Es por esto que el trabajo del psicólogo es hacer del anciano un individuo útil, autorrealizado, integrado a una sociedad que reconozca su valor, pero más importante que el mismo anciano haga ese reconocimiento de sí mismo, que se valore a sí mismo, es importante el lograr un cambio a nivel individual y social.

INTRODUCCIÓN

A medida en que la sociedad se hace más compleja adopta comportamientos que suelen resultar incomprensibles. Un claro ejemplo de esto es que la sociedad o algún sector de la misma, designan, consciente o inconscientemente algún grupo fácilmente identificable como blanco apropiado de maltrato, hostilidad o incluso agresión.

Los miembros del grupo elegido como blanco, deben ser diferentes en alguna forma al resto del grupo, con prejuicios los ven como significativamente inferiores; a partir de ese punto surge la marginación y el maltrato hasta llegar a la violencia.

Los pobres, los niños, la gente de color, las mujeres, los miembros de una secta religiosa impopular, los homosexuales, los extranjeros y los ancianos, son algunos de los grupos más vulnerables que en la sociedad moderna sufren de este tipo de fenómeno.

Los miembros del grupo elegido deben parecer vulnerables colectivamente o por separado, llegando a considerarse como *normal* por el resto de los miembros de la sociedad el cometer acciones negativas que no se tolerarían en contra de algún otro miembro de la comunidad.

Las ideas estereotipadas que respaldan estas acciones negativas hacia los miembros del grupo elegido como blanco se aprenden habitualmente desde la infancia, resultando paradójico que en el caso de los ancianos la tendencia es que casi toda la población en forma inexorable formará parte del grupo que seguirá siendo marginado, a menos claro está de que la persona muera antes de ser anciana.

Las actitudes o las conductas hostiles asumen cierto grado de legitimidad y constituyen una forma de agresión familiar, grupal e institucionalizada, con lo que el resto de los individuos se liberan del sentimiento de culpa. Generalmente la sociedad proporciona un cauce, en forma de una conducta más o menos sancionada, que facilita la expresión de la hostilidad por los miembros del grupo elegido como blanco. Según las normas de la sociedad y la situación, los distintos modos de expresar el prejuicio pueden variar desde ignorar a los miembros del grupo en cuestión, negándose a reconocer la importancia de sus problemas, hasta institucionalizar su marginación o la agresión en diferentes grados hacia ellos.

En los últimos tiempos, se señala como vulnerable a la población anciana, ya que su concepción ha cambiado en nuestra sociedad, de ser venerado, cuidado, al igual que respetado; se ha transformado en un ser desprotegido, y maltratado por los demás miembros de la sociedad. Esta situación la debemos erradicar, debemos de evitar que pase esta situación algún anciano miembro de nuestra sociedad. A medida que el tiempo pasa la discriminación va creciendo considerablemente y el desarrollo de esta etapa de la vida, se va viviendo con temor.

Muchos de nuestros ancianos viven una situación de abandono y rechazo por parte de los demás. El anciano generalmente no está preparado para llegar a esta etapa, pues la mayor parte del tiempo estuvo viendo, cómo sacar adelante a los demás integrantes de la familia, como a sus hijos, su esposa o esposo; al dedicarse a conservar un empleo. Al llegar a ser anciano, este no sabe que va a ser de él, y no sabe como enfrentar todo lo que conlleva esta etapa, que ha cambiado considerablemente, su familia, su salud, su situación laboral, su situación económica, el concepto que tiene de si mismo, ya no son los mismos. Estos factores desencadenan un desequilibrio en el anciano haciéndolo vulnerable, dejándolo ver de igual manera ante los demás miembros de la sociedad, quienes por esta misma condición en muchas ocasiones lo rechazan y ejercen violencia como se menciono anteriormente, teniendo así ancianos deprimidos y con baja autoestima.

La psicología es la ciencia que estudia la conducta del hombre, tratando de explicar, predecir y modificar su comportamiento para mejorar la calidad de vida, a la que los psicólogos humanistas tienen como propósito, que el ser humano llegue a la autorrealización mediante el estudio de las experiencias, para que el individuo tenga una personalidad saludable, y en el caso de los ancianos, a través del papel que juega la autoestima, se tenga mejores alternativas para una mejor calidad de vida.

Con base en lo anterior el objetivo del presente trabajo, es *analizar los factores como el concepto que se tiene del anciano, su entorno social, procesos físicos y psicológicos que lo conforman como individuo, que son factores que intervienen para que el anciano sea víctima de la violencia en México*. Para lo cual se comentará la situación actual, así como la perspectiva de este siglo que hemos comenzado; lo cual servirá para proponer la prevención de los índices de violencia hacia el adulto mayor.

CAPÍTULO 1. CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO.

A lo largo del tiempo el concepto de vejez ha ido cambiando considerablemente; de ser venerado y cuidado por los demás, se convierte en un estorbo, es abandonado y delegado por otros miembros de la sociedad. El envejecimiento es una etapa de vida, que pasa de diferente manera cada individuo que se encuentra en ésta. Por lo cual se analizará la definición de envejecimiento, y como a lo largo del tiempo se ha ido modificando el modo de ver al anciano.

1.1. Antecedentes Históricos en el Mundo.

La vejez siempre ha acompañado a la humanidad como una etapa ineludible de declinación, decadencia, y antecesora de la muerte. El envejecimiento es un proceso que está rodeado de muchas concepciones falsas, temores, creencias, mitos, y actitudes negativas hacia el grupo de personas que ha llegado a esta etapa de la vida.

Por su parte la violencia hacia los ancianos, requiere de una visión histórica para tratar de comprender los orígenes de los prejuicios, mitos y estereotipos, acerca de esta etapa, la cual responde a las costumbres culturales en las diversas épocas históricas. En la actualidad la cultura moderna tiende a considerar a las personas de mayor edad como una carga, y existe una gran tendencia a abandonar, aislar, descuidar y no prestar atención a los viejos, considerando el entorno individual familiar y social. Este tipo de acciones establecen un ambiente propicio para generar violencia hacia los ancianos.

En las diferentes épocas, la imagen que la sociedad ha tenido de las personas viejas, ha quedado plasmada en todos los vestigios que sobreviven hasta nuestros tiempos. Temas como la actitud hacia los viejos, la longevidad, la

vulnerabilidad y cuidados hacia las personas ancianas, aparecen continuamente en escritos antiguos. Mucha de la sabiduría que antiguamente se le adjudicaba a los ancianos, perdura actualmente en forma de proverbios, máximas y aforismos atribuidos a faraones, patriarcas ministros y héroes legendarios (Sánchez, 2000)

Las primeras civilizaciones que existieron en el mundo, mostraron una clara tendencia a venerar y cuidar a los viejos.

En América, las diferentes tribus que existieron desde Alaska hasta la Tierra del Fuego, casi sin excepción, cuidaban y respetaban a los viejos, reconociendo en ellos gran dinamismo y sabiduría, por el sólo hecho de lograr sobrevivir más que el común de los otros.

En Europa inicialmente las tribus mostraron el mismo comportamiento, el cual se consolidó al nacer las grandes civilizaciones.

Los griegos exaltaban la vejez, y entre las herencias culturales queda la gerontocracia (*geronto* =viejo, *cratos* = mandato). Los Romanos, consagran el poder de Estado en el Senado, palabra que viene de *senecto* = viejo. Cicerón en su tratado de "Senectute", resalta los valores de los viejos (González, 1985). En Asia, tal vez el ejemplo más brillante se tiene en las culturas orientales como la china y japonesa; los ancianos además de respetados y venerados, obtenían un elevado status social y jugaban un papel fundamental al ser tomados en cuenta como guías, consejeros y ejemplos para la comunidad (Mishara, 1995).

África y Oceanía, respetaron y cuidaron a los viejos, en parte por lo extraño que era encontrar a uno, dadas las inhóspitas condiciones, y en parte por reconocer en ellos una fuente importante de conocimiento y experiencia.

El Renacimiento marca el comienzo del deterioro de la imagen de veneración y

respeto de los ancianos. Aparecen los ancianos indigentes y grupos de viejos necesitados de apoyo social. En 1600, Inglaterra proclama que el Estado es responsable de las personas desamparadas. En 1700, Francia aporta al mundo la creación de organizaciones de beneficencia y caridad, de inmediato los viejos se convierten en uno de los grupos que más fácilmente requieren de este tipo de apoyo.

El Industrialismo marca la definitiva pérdida del poder de los ancianos. Con la aparición del comercio a gran escala, se adquieren otro tipo de valores en la sociedad, el hombre es un ser que vale por lo que produce, por lo que tiene y no por lo que es o representa. Poco a poco los viejos se constituyen como un grupo de marginados, que cada vez requieren de más apoyo familiar y social. Paradójicamente no se contempla a los viejos dentro de las mejoras que la sociedad exige.

En México de acuerdo con Arellano y Sánchez (1994), se consideran cuatro etapas fundamentales en el desarrollo de la atención a la vejez en nuestro país, las cuales son:

México Precolombino: En esta etapa fueron los aztecas quienes dieron mayor énfasis a la posición social de los ancianos, y para protegerlos se creó el *Xolotlacalli* (casa del viejo), donde eran protegidos, atendidos y cuidados hasta su muerte. Eran atendidos y cuidados, pero no relegados y marginados de la sociedad, sino para que vivieran en forma grata sus últimos días, ya que eran respetados y consultados dentro de una gerontocracia con base en el *Huehuetl* (el viejo maestro, el que todo sabe), siendo la piedra angular de esta sociedad.

La Colonia: La transculturación sufrida a causa de la conquista relegó y marginó a los ancianos que anteriormente estaban llenos de honra, gobernaban, disponían y arreglaban. En el siglo XVI, Fray Bernardino Álvarez, funda el hospital de convalecientes y desamparados, al que recibía no solo a los que iban a convalecer, sino a los ancianos, a los inválidos y a los dementes.

La Reforma: En la etapa de la independencia y la Reforma se crea la beneficencia pública que siguió dando al anciano la protección de asilo.

La Post-Revolucionaria. Con la revolución surge la asistencia social, recibir un servicio se convirtió en un derecho y responsabilidad social. En 1937, se construye la casa hogar para ancianos Arturo Mundet. En 1979 surge el INSEN (Instituto Nacional de la Senectud), con el Objetivo de proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana. Desde 1972 ya se realizaban investigaciones sobre la vejez, así como la creación de organizaciones relacionadas con la Gerontología y la Geriátrica, cuyo objetivo es el estudio del envejecimiento del organismo y sus consecuencias, médicamente hablando. Es hasta este siglo, que vemos como empieza a haber una gran preocupación por ver que es lo que está pasando con el anciano a nivel psicológico, dentro de una sociedad que ha cambiado radicalmente en cuanto a sus valores, esto debido en gran parte al desconocimiento por parte de los miembros de la sociedad, y por parte del mismo anciano, sobre los cambios que se sufren en esta etapa de la vida, en todos los aspectos que nos envuelven como seres humanos y sobre todo por no contar con una definición clara de lo que es el envejecimiento, y las características que envuelven esta etapa de la vida por lo que la mayoría de la gente pasa, debido al avance que en la medicina se ha producido en los últimos años.

1.2. Definición de Envejecimiento.

El envejecimiento o senescencia, es un proceso biofísico-psicológico, está constituido por una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible, que se inician mucho antes que sus manifestaciones den al individuo el aspecto de viejo (Langarnica, 1985).

El envejecimiento es un proceso totalmente individual, y depende enteramente del contexto en el que la persona se ha desarrollado, de las características genéticas de cada individuo, así como de la actitud y estilo de vida que se halla practicado a

lo largo de las etapas previas que se han vivido.

El envejecimiento es hecho universal, afecta a todos los seres vivos desde el mismo momento de su concepción (Moragas, 1991).

Es muy difícil dar una definición exacta de lo que es ser viejo, ya que no siempre existe una relación precisa entre la edad cronológica y la edad biológica; para la mayoría de las empresas, una persona de 40 años ya es vieja; en casi todos los deportes a los 30, se ha completado el ciclo de alto rendimiento. Existen diferentes clasificaciones de acuerdo al grupo de investigadores a los que se haga referencia, muchos de ellos basan estas clasificaciones en características de las personas, sin embargo bien podríamos considerar tres etapas de acuerdo a la edad, para fines de entendimiento y estudio (Mishara, 1995. Ver tabla 1).

ESTADOS Y CARACTERISTICAS DE LAS PERSONAS MAYORES

	ESTADO	CARACTERISTICA
a)	Estado Físico	Sano Enfermo Inválido
b)	Estado mental	Lúcido Confuso Demente
c)	Respecto a la familia	Integrado No integrado
d)	Respecto a la economía	Dependiente No dependiente
e)	Respecto a la productividad	Productivo No productivo
f)	Respecto a la sociedad	Asimilado Desasimilado

Tabla 1. Características de las Personas Mayores.

Las tres etapas que se mencionaran a continuación se clasificadas de acuerdo a la edad son:

Período de pre-vejez: De los 45 a los 60 años (período preclínico), es cuando la persona madura sufrirá una serie de modificaciones de tipo fisiológico en su organismo que representa a menudo una tendencia o predisposición al desarrollo de varias enfermedades que requieren medidas preventivas, que si son realizados en forma adecuada, es decir atendidas oportunamente, le permitirán posteriormente conservar sus facultades físicas e intelectuales; en conclusión es la etapa de prevención de trastornos de la vejez.

Senescencia o vejez verdadera: De los 60 a los 74 años, es el momento en el que se presenta la vejez como tal, en esta etapa tienden a presentarse la mayoría de las enfermedades propias de los ancianos, que requieren diagnóstico y tratamiento oportuno.

Senilidad o vejez-ancianidad: De los 75 años en adelante, hasta terminar en decrepitud. A partir de esa edad se considera al sujeto como longevo. Los procesos de degeneración progresiva y patologías asociadas van alcanzando un máximo, el cual es irreversible. Las funciones físicas y mentales lentamente van deteriorándose.

Al hablar de viejos debemos considerar las condiciones de vida, considerando que en cada individuo son diferentes. A efecto de ubicarlos individualmente en el contexto Bio-psico-social, la Sociedad de Geriatria y Gerontología de México (G.E.M.A.C.), presentó (en la primera reunión de Naciones Unidas sobre el envejecimiento realizada en Kiev, antigua Unión Soviética, en 1979), propone los siguientes puntos para agrupar a los individuos de acuerdo a sus propias características que son señaladas en la Tabla 1.

De acuerdo a estas características de los individuos, se obtuvo una clasificación que constó de dos grupos:

a.- El viejo joven sano: De 60 a 75 años (fase transicional).

Independiente o parcialmente dependiente.

b.- El viejo enfermo crónico o inválido: Totalmente dependiente

Así tenemos, *Viejo sano*: Anciano sano, es aquél que a pesar de la involución natural, sus reacciones físicas, afectivas o psíquicas, no le ocasionan dificultad considerable para sus relaciones en la vida. Este tipo de anciano es independiente, autosuficiente y capaz de realizar las funciones de la vida diaria, incluso funciones realizadas con el trabajo para la obtención de ingresos.

Viejo sano con problemas médicos menores: Es aquél, que a pesar de tener algún padecimiento crónico degenerativo, por ejemplo Diabetes Mellitus o Hipertensión arterial, es capaz de continuar bien adaptado por medio de un apoyo correcto, tanto del sector médico, como de la familia; y es asimismo autosuficiente e independiente en el trabajo y en su vida cotidiana.

Viejo crónico: Es aquel, que presenta una o varias enfermedades crónicas que se prolongan durante un tiempo más largo de lo habitual, en algunas ocasiones para toda la vida, con o sin períodos de re-agudización. Estas enfermedades pueden producir limitaciones para la vida en relación, y para el trabajo, especialmente.

Viejo válido: Con afecciones patológicas en dependencia, o no, de su evolución, no hacen necesaria la ayuda de terceros para valerse por sí mismos. Este anciano es independiente, pero puede no ser autosuficiente.

Viejo inválido o dependiente: Es el que necesita ayuda de terceros para realizar funciones de la vida diaria, sus afecciones patológicas le impiden realizar labores e incluso funciones de la vida diaria, por lo que requiere ayuda de terceros.

Como podemos observar, existe gran diversidad de criterios para precisar qué se entiende por anciano, viejo, senecto o persona de edad avanzada. Existen en realidad casi tantas definiciones como autores en el tema, debido a que las diferentes manifestaciones del envejecimiento conllevan a apreciaciones subjetivas que hacen que los cambios anatómicos y fisiológicos de las últimas etapas de la vida, sean agrupados en forma arbitraria.

Debido a esto, se debe tener siempre en cuenta que las diferentes clasificaciones

que se han presentado no son del todo rígidas, por lo tanto deben considerarse como flexibles, y con frecuencia pueden llegar a ser ambiguos, tal como sucede con el término madurez.

El envejecimiento no es una enfermedad, pese a que los cambios propios de esta etapa puedan ir acompañados de algunos malestares. En cambio, las enfermedades deben considerarse en relación con las condiciones que presenta cada persona. Distinguir a un anciano sano de uno enfermo es tarea difícil, sobretudo por las situaciones anatomofisiológicas rápidamente cambiantes en cada individuo, por la patología múltiple, por la sintomatología atípica, y los diferentes cursos de evolución del padecimiento.

Para efectos de esta investigación se considera, a un anciano como sano, a aquel que independientemente de su edad, viva sin experimentar demasiadas deficiencias corporales y mentales.

Como ya se ha mencionado, se debe considerar al envejecimiento como un fenómeno universal, presente desde el mismo momento de la concepción, cuyos efectos afectan a todos los seres vivientes, quienes los experimentan más tarde o más temprano, según el ritmo con que se presentan los cambios en los distintos órganos de una misma persona, y los diferentes tiempos de presenta de estos cambio. Por eso se dice que el envejecimiento es un proceso irregular y asincrónico, esencialmente individual, nadie envejece por otro.

Envejecer es una vivencia personal, impredecible, única en nuestra existencia; es una gran lección que nos da la vida.

Además de considerar al envejecimiento como un fenómeno individual, también debe de considerarse que es un fenómeno de masas, de hecho en el marco de la

historia puede observarse que la edad promedio ha aumentado significativamente, por lo tanto, el número total de viejos en prácticamente todas las sociedades se ha incrementado gradualmente.

Por lo cual, podemos hablar de un envejecimiento de la población, el cual se define como un aumento en la proporción de personas de 60 años o más, respecto del total de habitantes de determinado lugar, población o país.

El concepto de envejecimiento depende de la época, lugar, actividades y necesidades de cada cultura, de la edad del observador, y no sólo de las características del individuo que se encuentra viviendo este proceso. Los adultos mayores, son presa fácil del ciclo enfermedad-pobreza-enfermedad. Al aumentar la edad, no sólo se incrementa la probabilidad de enfermarse, también se merma su capacidad de adaptación, su estado de alerta se menoscaba, y se presentan cambios fisiológicos que predisponen a la presencia de enfermedades (Fajardo, 1997), por lo tanto este sector de la población, idealmente debiera de gozar de los beneficios sociales, situación que por desgracia no ocurre en nuestro medio.

Para el Psicólogo, el anciano es una persona con cualidades que rescatar en este medio, ya que nos aporta un sin fin de experiencias y lo hace rico en sabiduría, un ser que a pesar de su deterioro físico, puede vivir dignamente su etapa, enriqueciéndose más como persona rescatando sus cualidades, físicas, psicológicas, y emocionales. En estos tiempos vivimos en una sociedad que exige belleza, juventud, imperando esta última desde hace unos años. Lo que no hemos tomado en cuenta, es que estos jóvenes se van haciendo viejos conforme pasan los años, y los avances científicos y tecnológicos están ayudando a que se prolongue más la vida del ser humano, dando como resultado, que el concepto que se tiene del anciano se vaya tornando de prejuicios; no estamos hablando de un concepto a nivel bibliográfico, si no a niveles personales y sociales, ya que como se ha mencionado, para mucha gente el sinónimo de anciano es enfermo,

senil; de ahí se pueden desprender una serie de prejuicios que tenemos como sociedad hacia los ancianos, y que el anciano sea una persona deprimida, sin ganas de vivir, que no tenga el más mínimo deseo de cuidar su salud física y mental, deseo de interactuar con su familia y mucho menos de interactuar con los demás miembros de la sociedad, provocando desequilibrio en su entorno que conlleva a conductas de violencia hacia este grupo de personas, haciendo de ellas personas enfermas, aisladas, e inseguras.

Es importante tomar en cuenta las aportaciones de las diferentes disciplinas para que el ser humano en cualquier etapa de su vida viva con dignidad, viva plenamente, esa es una de nuestras tareas como psicólogos. Es por esto, que en el siguiente capítulo veremos la importancia de conocer algunas disciplinas encargadas del estudio del envejecimiento y sus aportaciones, ya que como se mencionaba anteriormente no se contempla a los viejos dentro de las mejoras que la sociedad exige.

CAPÍTULO 2. LA PSICOLOGÍA Y OTRAS CIENCIAS PARA EL ESTUDIO DE LA VEJEZ.

Psicología, Geriátrica y Gerontología, son ciencias muy jóvenes pero de gran importancia, ya que cada una de ellas a través de sus propuestas, mejoran la perspectiva y calidad de vida del anciano. Es por esto que a lo largo de este capítulo, veremos como la psicología humanista a través de la teoría de Maslow promueve la autorrealización de las personas, para llegar a una personalidad saludable en cualquier etapa de la vida. En la etapa de la vejez los aspectos psicológicos por los que atraviesa el anciano, se ven alterados por diferentes situaciones que se viven, como lo son el deterioro físico y algunas enfermedades que se retoman en los aspectos médicos del envejecimiento, brindados por la geriatría y la gerontología, ciencias medicas que retoman el apoyo de otras disciplinas y que de algún modo junto con la psicología humanista dan opciones para mejorar la calidad de vida, ya que si bien es cierto que el anciano atraviesa por un sin fin de cambios, tiene por delante una vida plena.

2.1. Psicología.

La psicología es el estudio científico del comportamiento y de los procesos mentales. El término psicología viene del griego *psyche* (alma) y *logos* (estudio). Un estudio científico implica el uso de herramientas tales como la observación, la descripción, y la investigación experimental, para reunir información, y posteriormente organizarla. El comportamiento incluye, en su más amplia definición, aquellas acciones que se pueden observar con facilidad, tales como la actividad física y la expresión oral, así como otros procesos mentales, que no pueden ser observados directamente, tales como: la percepción, el pensamiento, el recuerdo y los sentimientos.

Los psicólogos no se contentan con la descripción del comportamiento. Van más allá: intentan explicarlo, predecirlo y, por último, modificarlo para mejorar la vida de la gente y de la sociedad en general (Papalia, y Wendkos, 1990).

La historia de la psicología data de la antigüedad de cuando filósofos y líderes religiosos se preguntaban sobre la naturaleza humana e intentaban explicar el comportamiento humano. Sin embargo, la psicología como ciencia es una disciplina mucho más joven, tiene poco más de cien años.

Remontándose a la vieja historia de la psicología, tiene uno que abordar a la cultura griega, ya que el primer gran tratado de psicología fue escrito por el filósofo griego, Aristóteles quien en su obra *Peri Psique* (acerca del alma) da los primeros resplandores de la psicología.

En la psicología de Aristóteles, se mezclan gran cantidad de métodos estrictamente científicos con postulados y razonamientos filosóficos, lo que nos viene a decir que era un hombre de ciencia a la vez que un filósofo.

En la edad media, la psicología es vista a través del prisma religioso de entonces; se limita al estudio del alma en cuanto a su naturaleza, su origen, sus facultades; en que momento se une el cuerpo; sus relaciones con éste, su inmortalidad, vicio y virtudes.

Como grandes maestros de la psicología dentro del periodo escolástico, podemos citar a Alejandro Halles, Santo Tomas de Aquino, y San Buenaventura, religiosos que aunque consagrados a su ministerio no descuidaron la evolución de las teorías psicológicas. De Santo Tomás, se conserva la "Suma Teológica" donde se encuentran profundos pensamientos psicológicos (Velázquez, 1975).

Durante los siglos XVIII y XIX, los investigadores fisiológicos emplearon el microscopio, recientemente inventado, para examinar animales y cadáveres

humanos, realizando importantes descubrimientos sobre la función de la médula espinal, la naturaleza eléctrica del impulso nervioso y otros mecanismos biológicos. La búsqueda de la psicología para entender cómo piensan, sienten y actúan las personas, sigue basándose en el conocimiento de la biología humana.

La controversia que gira en torno a muchos de los problemas psicológicos fundamentalmente se basa en las diferentes formas en que los distintos psicólogos ven la naturaleza misma de los seres humanos. A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, aparecieron una serie de escuelas o grupos de psicólogos que compartían una visión teórica y enfocaban los problemas psicológicos con una orientación común. Entre estas escuelas se encontraba la psicología humanista.

2.1.2. Psicología humanista.

La Psicología Humanista se enmarca dentro del movimiento del Desarrollo Humano, que inicio en los Estados Unidos a partir de tres fuentes principales, el existencialismo europeo, el movimiento de la dinámica de los grupos fundados por Kurt Lewin y el pensamiento de los psicólogos alemanes emigrados a América, durante la primera y Segunda Guerra Mundial (Olivares 1995; en Enríquez 1997).

Así tenemos que "*Humanista*" es un término de amplio espectro (que acuño primero Cantril en 1955), que se refiere a un grupo de teorías que comparten la creencia de que los intentos científicos por estudiar a los seres humanos son equívocos e inapropiados porque: ver al hombre de manera indirecta en contra de su experiencia; es, en última instancia, vernos a nosotros mismos indirectamente y nunca ser nosotros mismos (Evans, 1975; en D´Gross, 1994).

A principios de la década de 1940, nace en los Estados Unidos el enfoque psicológico humanista, en una reacción en contra de las escuelas atomistas, naturalistas y materialistas que le preceden. El concepto de la psicología

humanista se conoce como la *Tercera Fuerza*, nombre que Maslow acuñó para diferenciar su obra de la de otros, como el psicoanálisis y el conductismo (Quitman, 1989), conocidas como la primera y la segunda fuerzas. Son él y Rogers los Psicólogos humanistas más reconocidos.

Las teorías humanistas (Rogers, Maslow y la teoría centrada en la persona de Kelly) tienen sus raíces filosóficas en la fenomenología y el existencialismo, y algunos dirían que justifican la etiqueta de “filosóficas” más que merecer las de “psicológicas “. Se ocupan de las características que son, de manera distintiva y única, humanas; en particular, la experiencia, originalidad, significado, libertad y elección, se tiene experiencia directa de uno mismo como persona y la teoría particular de Rogers se centra alrededor del autoconcepto.

- *Teoría del sí mismo de Rogers y Maslow.*

Esta teoría ha elaborado su propio marco de referencia o conceptual y sus particulares fundamentos explicativos sobre la personalidad humana. Así, pues, uno de los conceptos que rinden cuenta y desarrollan la movilización de teórica básica de dichos conceptos es el de tendencia actualizante, este elemento parte de la consideración del hombre como ser sano y dispuesto a crecer avanzando hacia delante en circunstancias diversas

Rogers, como Maslow, consideraba que la conducta es una respuesta a la percepción /interpretación individual de los estímulos externos. Ya que nadie más puede saber la manera en que percibimos, somos los mejores expertos de nosotros mismos.

En relación con este énfasis, en la manera en que se percibe se interpreta la realidad, se encuentra la importancia de la experiencia actual, momento a momento, de la persona; lo que se piensa y siente ahora.

Por lo tanto Rogers y Maslow, ven a la naturaleza humana, bajo una luz muy positiva y optimista, “no existe una bestia dentro del hombre; sólo hay un hombre dentro del hombre” (D´Gross, 1994).

Las fuerzas que dirigen la conducta residen dentro de la persona y cuando las condiciones sociales no las bloquean o distorsionan, estas fuerzas dirigen al individuo hacia la autorrealización, que Rogers define como, “*la tendencia inherente del organismo a desarrollar todas sus capacidades en formas que sirven para mantener o mejorar al organismo*”. Por lo tanto consideran que la autorrealización es una tendencia innata, una fuerza motivadora básica que hace que las personas sean diferentes de otras especies animales y por tanto particularmente humanas.

Esencial a la teoría de Rogers (y a su forma de psicoterapia denominada: centrada en el cliente) es el concepto del sí mismo. El *sí mismo*, es un conjunto organizado, consistente de percepciones y creencias, acerca de uno mismo. Incluye la conciencia de “lo que soy”, “que puedo hacer”, e influye tanto la percepción del mundo, como la propia conducta; el individuo evalúa toda la experiencia en términos de lo anterior, y la mayor parte de la conducta humana se puede comprender como un intento por mantener consistencia entre la autoimagen y las propias acciones.

Pero, no siempre se logra esta consistencia y la propia autoimagen (y la autoestima relacionada), puede diferir de manera bastante radical de la conducta real del individuo, del modo en que los demás lo ven. Por ejemplo, una persona puede ser sumamente exitosa y respetada por otros y aún así considerarse a sí misma un fracaso. Esto sería un ejemplo de lo que Rogers denomina *incongruencia*, que se le diga a uno que es exitoso, es incongruente o inconsistente con el hecho de que no se tenga esta percepción a cerca de uno mismo. Al ser incongruente en experiencias, sentimientos, acciones se entra en conflicto con la propia autoimagen (consciente), porque se prefiere actuar, a

sentirse de manera consistente con la propia autoimagen, puede ser amenazante, y por ello se le niega acceso a la conciencia (puede permanecer no simbolizada) mediante negación real, lo cual es una distorsión o bloqueo.

Estos mecanismos de defensa evitan que el sí mismo, crezca o cambie, y amplían el trecho entre la propia autoimagen y la propia realidad (es decir, la conducta real o los verdaderos sentimientos). A medida que la autoimagen se vuelve poco realista, la persona incongruente está más confusa, vulnerable, insatisfecha, y en un momento dado, gravemente desadaptada. La autoimagen de la persona congruente es flexible y cambia de manera realista a medida que ocurren experiencias nuevas; sucede lo contrario con la persona incongruente.

Cuando la autoimagen encaja con lo que en realidad se piensa, se siente, y se hace, la persona está en mejor posición para lograr su potencial (autorrealizarse); entre mayor sea la brecha entre autoimagen y realidad, mayor la probabilidad de ansiedad y perturbación emocional. De manera similar, entre mayor sea la brecha entre autoimagen y sí mismo ideal, menos satisfecho estará el individuo.

Lo que Rogers y Maslow tienen en común es su evaluación positiva de la naturaleza humana, una creencia en el potencial individual para el crecimiento personal, lo que ellos denominan autorrealización.

La autorrealización representa el nivel más alto de una jerarquía de necesidades humanas, que Maslow propuso por primera vez en 1954. Debido a que describe “**necesidades**”, con frecuencia la jerarquía de Maslow se discute dentro del contexto de la motivación.

De acuerdo con Maslow, (D’Gross, 1994) las personas están sujetas a dos conjuntos, bastante diferentes de estados o fuerzas motivacionales: Aquellas que aseguran la **supervivencia** mediante la satisfacción de necesidades básicas, físicas y psicológicas (fisiológicas, de seguridad, pertenencia y amor y estima.) y

aquellas que promueven la **autorrealización** de las personas es decir, la realización del potencial completo de uno mismo “volverse todo aquello que es capaz de volverse” , en especial en campos intelectual y creativo: compartimos la necesidad de alimento con todos los seres vivientes, la necesidad de amor con quizás los primates superiores y la necesidad de autorrealización con ninguna otra especie, como se ve a continuación.

Jerarquía de las necesidades Maslow.

- **AUTORREALIZACIÓN:** Realizar todo el potencial “volverse todo aquello que uno es capaz de volverse”.
- **NECESIDADES ESTÉTICAS:** Belleza- en el arte y la naturaleza- simetría, equilibrio, orden, forma.
- **NECESIDADES COGNOSCITIVAS:** Conocimiento, comprensión, exploración, necesidad curiosidad, de encontrar un significado y pronosticabilidad.
- **NECESIDADES DE ESTIMA:** La estima, respeto de otros y autorrespeto un sentido de competencia.
- **AMOR Y PERTENENCIA:** recibir y dar amor, afecto, confianza y aceptación. Ser parte de un grupo (familia, amigos, trabajo).
- **NECESIDADES DE SEGURIDAD:** Protección de los objetos o situaciones potencialmente peligrosos; por ejemplo, en los elementos, la enfermedad física. La amenaza es tanto física como psicológica (por ejemplo “temor a lo desconocido” importancia de la rutina y la familiaridad).
- **NECESIDADES FISIOLÓGICAS:** Comida, bebida, oxígeno, regulación de la temperatura, eliminación, descanso, actividad, sexo.

La naturaleza jerárquica de la teoría de Maslow tiene la intención de enfatizar los siguientes puntos:

- 1) Deben satisfacerse las necesidades más bajas dentro de la jerarquía, antes de que pueda atenderse ampliamente a las necesidades del siguiente nivel hacia arriba; por ejemplo, deben de satisfacerse las necesidades fisiológicas antes de que se concentre la atención en las necesidades de seguridad.
- 2) Las necesidades de alto nivel son un desarrollo evolutivo tardío, es decir en el desarrollo de la especie humana (filogénesis), la autorrealización es una necesidad de aparición bastante reciente. Esto se aplica por igual al desarrollo de los individuos (ontogénesis).
- 3) Entre más arriba se llegue en la escala, mayor se vuelve la necesidad ligada a la experiencia vital, y menor el carácter biológico de la necesidad. Los individuos logran la autorrealización de manera diferente, a través de actividades diversas, mediante diferentes vías, esto se relaciona con la experiencia y no con la biología.

La autorrealización es idiosincrásica, dado que toda persona es diferente. El individuo debe ser aquello, para lo que él, de manera individual, está adecuado. Un músico debe hacer música, un artista debe pintar, un poeta debe escribir, si es que en última instancia ha de estar consigo mismo. Lo que un hombre puede ser, debe ser (Maslow, 1968; en D´Gross, 1994).

Muchas metas humanas son remotas y a largo plazo y sólo se pueden lograr en una serie de pasos. Esta búsqueda de fines que residen en una gran distancia en el futuro es uno de los aspectos únicos de la conducta humana y los individuos difieren en su capacidad para determinar y lograr tales metas.

A pesar de que los individuos logran la autorrealización en su forma propia y única, tienden a compartir ciertas características. Sin embargo, la autorrealización es cuestión de grado, “no hay seres humanos perfectos” (Maslow, 1970 en D´Gross 1994).

Características de los autorrealizadores según Maslow

A continuación se presentan las características que tiene una persona autorrealizada.

- Perciben la realidad de manera de manera eficiente y pueden tolerar la Incertidumbre.
- Autonomía, autodirección, independencia y autosuficiencia.
- Se aceptan a sí mismos y a los demás por lo que son.
- Espontáneos en pensamiento y acción.
- Centrados en los problemas (no centrados en sí mismos).
- Sentido del humor poco común.
- Capaces de ver objetivamente la vida.
- Altamente creativos.
- Resistentes a la culturización, pero no anticonvencionales de manera propositiva.
- Preocupados por el bienestar de la humanidad.
- Discriminación entre los medios y los fines, entre lo bueno y lo malo.
- Capaces de profunda apreciación de la experiencia vital básica.
- Establecen profundas y satisfactorias relaciones interpersonales con unas cuantas personas.
- Experiencias cumbre.
- Necesidad de privacidad.
- Actitudes democráticas.
- Fuertes normas morales/éticas.

La persona autorrealizante es aquella que vive plenamente, y continúa en su proceso de desarrollo dinámico, por lo cual debe tener conductas que le ayuden a esta realización.

Comportamientos que conducen a la autorrealización:

- Experimentar la vida como un niño, con completa absorción y concentración.
- Intentar nuevas cosas en lugar de apegarse a caminos seguros.
- Escuchar los propios sentimientos al evaluar las experiencias en lugar de la voz de la tradición, de la autoridad o, de la mayoría.
- Evitar los fingimientos “jugar juegos”, y ser honesto.
- Estar preparado para no ser popular si los propios puntos de vista no coinciden con aquellos de la mayoría.
- Adquirir responsabilidad y trabajar duro.
- Tratar de identificar las propias defensas que no nos dejan crecer y llegar a la autorrealización, y tener el valor para abandonarlas.

Una manera de medir la autorrealización es mediante el estudio de las *experiencias cumbre* de las personas; los momentos de éxtasis de felicidad cuando las personas se sienten más reales y vivas. En tales momentos la persona se preocupa con “ser” y está inconsciente del todo, ante cualquier necesidad de deficiencia, o de las posibles reacciones de los demás.

Tales *experiencias cumbre*, no pueden por lo general, planearse de manera consciente, y aún así, el crecimiento de la psicología humanista es casi sinónimo de los intentos deliberados por aumentar el crecimiento personal a través de los grupos de encuentro, al igual que, otras experiencias grupales intensivas y de corta duración.

Por lo tanto, el enfoque humanista se orienta a la promoción del desarrollo humano y colectivo, en sus diferentes dimensiones, a través de la creación y optimización de las condiciones ambientales culturales y psicológicas, necesarias y suficientes para que el individuo se autodetermine. Su objetivo fundamental es que la persona, al tomar conciencia de sí misma, se responsabilice de su existencia; es decir, que reconozca que a pesar de todas las experiencias, de las

condiciones impuestas y de las limitaciones físicas, existe un grado de libertad de elección de la que es responsable (González, 1989; en Enríquez, 1997).

2.2. Personalidad Saludable.

Muchos Pensadores humanistas, tienen confianza en que la lucha y el movimiento de la humanidad, se dirigen hacia el desarrollo del yo hasta niveles de funcionamiento óptimo; pero esto solo pasa, para unas cuantas personas que se convierten en modelos de efectividad humana hacia niveles superiores de existencia, y alegría de vivir para muchos.

El término personalidad saludable, es utilizado para describir las formas de ser que sobrepasan el término medio en la realización del yo, y en las relaciones compasivas con otras personas.

El ser humano, debería averiguar lo que quiere decir y cómo lo expresa con palabras, ya que el ser humano dice algo al mundo y a la gente que lo rodea mediante sus acciones.

Las personas que se preocupan por sí mismas, que se respetan así mismas y que gustan de presentar a los demás lo mejor de ellas también ponen atención con su figura o imagen. Corren o hacen algún tipo de ejercicio, vigilan su alimentación, evitan fumar, etcétera. Reconocen que tener un cuerpo sano, es algo que el individuo puede controlar en parte. Así mismo, tener una personalidad saludable está, en gran parte, bajo el control de la persona que la posee. Aunque hay factores genéricos que parecen influir en la personalidad y fuerzas ambientales que ejercen un efecto en el estilo propio de interactuar con la gente, el humanista también reconoce el poder del ser humano para afectar el destino de su propia personalidad saludable. Quizá ésta es la razón más importante del estudio de la personalidad saludable. Las personas quieren funcionar con el máximo de su capacidad, autorrealizarse y ser saludable como pueda.

El ambiente y en especial las personas que vivan en él, tienen un gran efecto sobre la personalidad, sin embargo, se puede controlar la influencia de los amigos, ya que puede escogerlos e incluso elegir muchos otros aspectos de su entorno. Existen amigos, familiares, maestros y compañeros, en cuya compañía se siente un cierto grado de madurez que nos puede ayudar a fortalecer nuestra personalidad (Jourard, 1994). Maslow, llama a estas personas facilitadoras del desarrollo de la personalidad. También existen personas que pueden contribuir a deteriorar nuestra personalidad, las cuales se llaman personalidades letales. Por lo tanto, la segunda razón importante del estudio de la personalidad saludable es poder distinguir a los seres que facilitan al desarrollo de la personalidad y encontrar la manera de estar cerca de ellos. Una tercera razón para estudiar la personalidad saludable es estar cada vez más capacitado para ejercer una buena influencia con las personas cercanas a uno.

Maslow, (A.H. Maslow, 1970; en Jourard, 1994), dedicó su vida a estudiar las condiciones en la que el ser humano desarrolla al máximo su capacidad, recalcó la importancia de la realización del propio yo, mediante el trabajo productivo y significativo. En 1970 escribió lo siguiente, - he visto unos cuantos casos en los cuales me parecía duro que la patología (aburrimiento, pérdida del gusto por la vida), se producía en personas inteligentes, que llevaban vida sin sentido, en trabajos carentes de motivación-.

Su trabajo constituye uno de los más útiles conjuntos de principios que rigen el desarrollo de la personalidad saludable. Sugiere la existencia de dos tipos de motivación: **S** o motivación de ser y **D** o motivación deficiente. Las **D**, son aquellas que se adueñan de nosotros, cuando no hemos satisfecho profundamente alguna satisfacción básica. Como contraste, en las **S**, a la persona autorrealizada se le ve motivada por necesidades de ser (crear, trabajar, etcétera, con toda su capacidad y total plenitud).

Para Maslow (1988), la persona que no tiene amor por sí misma se vuelve egoísta, la autoestima es la base y centro del desarrollo humano, solo se podrá respetar a los demás cuando se respete uno a sí mismo, solo podremos amar cuando nos amemos a nosotros mismos. La autoestima es la parte fundamental para que el hombre alcance la plenitud y autorrealización en la salud física y mental, productividad y creatividad, es decir en la plena expresión de sí mismo.

La persona autorrealizada, la persona plena, es aquella que cuenta con autoestima, que es un valor con el que se debe contar para ser una persona saludable; sin embargo, en nuestros tiempos uno de los principales valores de nuestra sociedad, es la juventud, es por esto, que es importante mencionar la autoestima en este trabajo ya que la etapa de la vejez se encuentra estereotipada. Los estereotipos o sinónimos ligados a la vejez, como lo son inservible, inútil, incapaz, entre otros, producen grandes alteraciones en la personalidad (autoimagen y autoestima), y terminan por convencerse que son personas sin valor, inútiles, incapacitados, para ser queridos y respetados.

Por lo tanto cuando una persona tiene o ha luchado por tener una autoimagen fortificada, exigirá tener relaciones, en las que exista el valor y el respeto; mientras que una baja autoestima provoca las consecuencias contrarias. La propia autoestima va a ser un elemento decisivo, que determine la imagen y las relaciones que se tendrán con las demás personas. Esta autoevaluación tiene efectos decisivos en la forma de pensar, en las emociones, deseos, valores y objetivos de cada persona (Buendía, 1994).

La dimensión positivo-negativa del concepto de uno mismo suele conocerse como autoestima. Los niños o adultos con una alta autoestima, son aquellos cuyas definiciones de sí mismos son primariamente positivas; y los que se definan así mismos en su mayor parte en términos negativos, se dicen que tienen una baja autoestima.

La autoestima suele medirse, al hacer que el niño o adulto responda a una serie de preguntas acerca de sí mismos.

Algunos aspectos de la evaluación de la autoestima:

- A menudo desearía ser otra persona.
- Con frecuencia me arrepiento de lo que hago.
- Estoy bastante seguro de mí mismo.
- Puedo hacerme un propósito y persistir en él.
- Desearía ser más joven.
- No me gusta estar con otras personas.
- No me puedo quejar.
- Soy una compañía muy agradable.
- Siempre doy lo mejor de mí.
- A menudo me siento desilusionado.
- Muchas veces me gustaría irme de casa.

La persona con una alta autoestima, piensa bien de sí mismo, y generalmente tiene éxito.

Por otra parte, Martínez (1986), define la autoestima como: el sentido de verse bueno y valioso, que se concreta en confianza, con seguridad en sí mismo.

Martínez y Montané (1981; en De Oñate, 1989), definen la autoestima como, la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación, que él siente hacia sí mismo.

Considera como componentes del Self, al *self material* y el *self social*. El primero incluye las percepciones que el individuo tiene de su propio cuerpo, que normalmente se determina a partir de las sensaciones físicas que provienen de los diferentes órganos, miembros y partes del cuerpo. El segundo, viene definido de

las percepciones que una persona tiene de roles sociales que desempeña, y del modo como son representados.

El término autoestima expresa el concepto que uno tiene de sí mismo según cualidades subjetivas y valorativas. El sujeto se autovalora según cualidades que vienen de su experiencia, los cuales son vistos como positivos y negativos. Es la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento, una evaluativa actitud de aprobación que él siente hacia sí mismo. Tales actitudes evaluativas parecieran indicar el alcance al que el individuo cree ser capaz, ser significativo y digno.

La autoestima está estrechamente relacionada con el propio autoconcepto, y es el resultado o cristalización de sucesivas auto evaluaciones. Una buena valoración de los demás, con refuerzos sociales gratificantes, contribuye a elevar el nivel de autoestima; por el contrario, un alto grado de ansiedad, niveles excesivos de aspiración y un yo ideal que exija rendimientos desproporcionados son factores que disminuyen la autoestima. Las personas con baja autoestima necesitan más la aprobación social, son más susceptibles al rechazo social y responden a éste con hostilidad más frecuentemente (Sánchez, 1986). A continuación se mencionaran las actitudes o posturas habituales que indican baja autoestima.

Actitudes o posturas que indican baja autoestima

- Autocrítica dura y excesiva que mantiene a la persona en un estado de insatisfacción consigo misma.
- Hipersensibilidad a la crítica, por lo que se siente exageradamente atacado
- Indecisión crónica, no por falta de información, si no por miedo exagerado a equivocarse.
- Deseo innecesario de complacer, por el que no se atreve a decir NO, por miedo a desagradar y a perder la buena opinión del peticionario.
- Hostilidad flotante, irritabilidad a flor de piel siempre a punto de estallar aún por cosas de poca importancia.

- Culpabilidad neurótica, por la que se acusa y se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y los lamenta indefinidamente.
- Inapetencia generalizada del gozo de vivir y de la vida misma.

En la terapia centrada en el paciente, estamos profundamente comprometidos en la predicción e influencia de la conducta. El paciente se volverá capaz de autodirigirse, se volverá menos rígido, más abierto a la evidencia de sus sentidos, mejor organizado e integrado, más semejante al ideal que ha elegido para sí mismo (Lafarga, 1995).

El propósito del enfoque humanista, es acrecentar en las personas el desarrollo personal, y el crecimiento psicológico hacia una madurez socializada, es por esto que a continuación se mencionarán aspectos que se deben de tomar en cuenta para que se de este crecimiento personal.

2.3. Aspectos para elevar la Autoestima. Bases para el Desarrollo Personal.

Según como se encuentre nuestra autoestima , está es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada , vinculada a un concepto positivo de mi mismo potenciara la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso, es por esto que a continuación se mencionarán doce aspectos para elevar la autoestima.

- 1.- Saber y aceptar que todos tenemos cualidades y defectos.
- 2.- Saber que todos tenemos algo bueno de lo cual podemos estar orgullosos.
- 3.- Poder liberarnos de conceptos negativos de nosotros mismos.
- 4.- Aceptar que todos somos importantes
- 5.- Vivir responsablemente de acuerdo con la realidad, reconociendo lo que nos gusta y lo que no nos gusta.
- 6.- Aprender a aceptarnos a través de lo que sentimos y de lo que somos.

- 7.- Liberarnos de culpa, al evaluar lo que queremos y lo que pensamos.
- 8.- Actuar de acuerdo a lo que deseamos, sentimos y pensamos, sin tener como base la aprobación y desaprobación de los demás.
- 9.- Sentirnos responsables de nosotros mismos, ya que al hacernos responsables de nuestra propia existencia, ganamos confianza en nosotros mismos y en los demás.
- 10.- Vivir auténticamente y aprender a ser congruentes entre la forma de sentir y de actuar.
- 11.- Fomentar la autoestima en los otros.
- 12.- Hallar la valentía de amarnos como personas y comprender que este es un derecho propio que todos tenemos.

Los ancianos en esta etapa de la vida deben tener en cuenta que la barrera que representa el mayor obstáculo para los logros y el éxito, no es la falta de talento o habilidad, sino más bien el hecho de que aquellos, llegados a cierto punto, se vean excluidos del autoconcepto, la propia imagen de quien somos y qué es apropiado para nosotros. La mayor barrera para el amor es el secreto temor de no ser digno de ser amado. La peor barrera para la felicidad es la indescriptible sensación de que la felicidad no es el destino adecuado para nosotros; expresado en términos simples reside en la importancia de la autoestima. Un anciano con autoestima, con conocimiento de él mismo podrá enfrentarse a las diferentes situaciones que se le presenten sin ser lastimado; pero las personas con baja autoestima, se muestran abiertamente vulnerables a la crítica, al rechazo y a la burla de los demás.

2.4. Aspectos Psicológicos de la Vejez.

El aspecto psicológico, se puede decir que está caracterizado por la capacidad de adaptación, por parte del anciano en relación al aspecto biológico y las condiciones sociales.

La memoria, la capacidad de aprendizaje, la capacidad de resolver problemas, así como ciertos rasgos de la personalidad, son sólo algunas funciones mentales que en diversa medida, y en forma individual se ven afectados por el proceso de envejecimiento (Moragas, 1991).

Es frecuente observar en nuestra cultura, que las personas de edad tienen una actitud negativa hacia su propio envejecimiento, la cual limita su conducta y capacidades intelectuales, reflejándose por medio de características como:

- Poca disponibilidad para realizar esfuerzos.
- Cuidado y atención excesivo para sus síntomas físicos.
- Pocas relaciones sociales.

Estas reacciones en la vejez pueden surgir como consecuencias de experiencias desagradables en épocas anteriores que ocasionan conflictos de adaptación y dependencia.

La inadaptación en el adulto mayor frecuentemente desencadena una baja en su autoestima y un alto grado de inseguridad, Al tratar de recuperar el estatus que antes tenía muestra miedos y temores hacia los cambios en su apariencia y vigor físico, en el trabajo que desempeñaba o en su atractivo sexual; otras personas pueden manifestar temor al dolor, la mutilación o la muerte.

En esta etapa, también es común encontrar trastornos como: depresión, hipocondría, desconfianza, irritación, agresividad, tensiones y estrés.

La característica esencial de la depresión es un humor deprimido, pérdida de interés, placer en la relación a las actividades y pasatiempos habituales (ADA 1980; en Blazer, 1984).

Murphy (1982; en Portillo, 1998), en su investigación, realizada en Inglaterra al estudiar la depresión en adultos encontró que:

- El 42 % de los deprimidos presentaron mayores dificultades sociales, por ejemplo de vivienda, salud, hijos, económicos.
- La depresión afecta el estado de salud y viceversa.
- Se puede considerar a la depresión como una alteración psicológica factible de presentarse en los ancianos, quienes de acuerdo y en función a los elementos que integran su comportamiento, se enfrentan a dicho estado, donde habrá para quienes sea pasajero o para quienes sea una situación en la que se encuentren inmersos.

No obstante, así es como dicha alteración pueda presentarse; también es factible que con el potencial que existe en el anciano, aunque se ha visto mermado, pueda trabajarse en una nueva interpretación, y por ende una mayor tolerancia a las situaciones depresivas de su vida, las cuales son innegables e inevitables durante el transcurso de su existencia.

Muchos Gerontólogos comparten la opinión de que la depresión senil constituye necesariamente una distorsión del ambiente, generalmente hostil que rodea a las personas mayores.

Erikson en 1950, desarrolló una teoría de la personalidad que incluía específicamente la edad adulta y la vejez, así como la infancia y la adolescencia. Propuso clasificar en ocho estadios el desarrollo del yo, desde el nacimiento hasta la vejez, cada uno de los cuales representaría una crisis o tarea que debe ser dominada, y cuya resolución puede ser adaptativa o mal adaptativa. Cada estadio se construye sobre el precedente, y en conjunto quedan resumidos de la siguiente forma:

1. Desarrollo de un sentido básico de confianza, versus desconfianza al inicio de la infancia.
2. Desarrollo de un sentido de autoestima, versus timidez y duda en la fase tardía de la infancia.
3. Desarrollo de la iniciativa, versus culpabilidad al inicio de la niñez.

4. Desarrollo de sentimiento de laboriosidad, versus inferioridad en los años medios de la niñez o más adelante.
5. Desarrollo de un sentimiento de identidad del yo (es decir, de certeza sobre uno mismo), versus confusión del propio papel en la adolescencia.
6. Desarrollo de un sentido de creatividad del yo versus estancamiento en la etapa intermedia de la vida adulta
7. Desarrollo de un sentimiento de integridad del yo, versus desesperación en la última fase de la vida.

Erikson, llamó integridad del yo, al éxito en el dominio de los siete estadios precedentes, es decir, a la confianza del yo en su propio orden y significado. En vez de una vuelta al amor narcisista del yo, como ocurre al inicio de la niñez, se acepta la propia vida sin sustituciones ni exclusas. La dignidad con que se vive en la vejez, proporciona defensa contra las amenazas externas, ya sean físicas o económicas. La ausencia de integridad del yo, se manifiesta por el temor a la muerte o la desaparición, con sensación de que la vida restante es breve o demasiado corta, para el intento de comenzar otra vida nueva y ensayar caminos alternativos hacia la integridad.

Erikson ligó su teoría del desarrollo, a la interacción continua entre la persona y la sociedad. Esta "orientación psicosocial", preparó el camino para cuantos psicólogos han estudiado posteriormente las fases avanzadas de la vida, basándose en las teorías del desarrollo. Peck (1968; en D'Gross, 1994), modificó los conceptos de Erikson, sugirió tres estadios de desarrollo en la vejez. La diferenciación del yo, opuesta a la preocupación por el propio papel social, es el estadio caracterizado por una desviación en el sistema de valores, que permite al jubilado reevaluar y rediseñar su función, recibir satisfacciones a través de una gama más amplia de actividades que las inherentes al papel específico que ha desempeñado durante mucho tiempo. Si la importancia de uno mismo se juzga solamente por la capacidad para ejercer un empleo a plena dedicación, la jubilación puede conducir a "la desaparición del significado de la vida".

El paso siguiente consiste en la trascendencia del cuerpo versus, a preocupación por él. Puesto que la vejez se acompaña casi inevitablemente de enfermedades crónicas, hay necesidades de adoptar “un sistema de valores, unas fuentes sociales y mentales de placer y autorrespeto” para “trascender el confort físico” (Peck, 1955; en Neugerten, 1968. Pág. 90; en Papalia y Wendkos, 1997). Las personas que asocian el placer y el confort con el bienestar físico están predispuestas a la preocupación por el estado de sus cuerpos, un síntoma frecuente en los ancianos. El estadio final es el de trascendencia del yo versus preocupación por el yo. La forma constructiva de vida durante los últimos años podría definirse de este modo -vivir con tanta generosidad y desinterés, que la perspectiva de muerte personal a la que podríamos llamar la noche del yo, se sienta menos importante que el conocimiento de que hemos nacido para un futuro más amplio y extenso de lo que ningún yo podría abarcar- (Peck, 1962; en Papalia y Wendkos, 1997).

En contraste con las primeras etapas del ciclo vital, la muerte es una certeza para el anciano. Un “yo centrado en la identidad propia, privada y separada de los demás”, conduce a la desesperanza y a la preocupación por sí mismo características de las personas ancianas.

Estos sentimientos de desesperanza de impotencia respecto al futuro, hacen que el anciano se retraiga de las actividades sociales, que con gran seguridad lo conducirán al tedio, aislamiento y la soledad, haciendo en la mayoría de los casos que caiga en depresión manifestándose a través de signos y síntomas, importantes de conocer, para poder entender mejor al anciano, al entender la naturaleza de sus problemas se podrá tener opciones para poder ayudarlo, ya que muchas personas creen que es normal lo que les pasa y van dejando que se agrave su situación (ver tabla 2).

MANIFESTACIÓN DE LA DEPRESIÓN A TRAVÉS DE SÍNTOMAS Y SIGNOS OBSERVABLES.

SINTOMAS	SIGNOS OBSERVABLES
EMOCIONALES	
Abatimiento o tristeza Disminución de la satisfacción por la vida Pérdida de interés Llanto impulsivo Irritabilidad Sensación de vacío Miedo y ansiedad Sentimientos negativos para consigo mismo Preocupaciones Abatimiento Desesperanza Sensación de fracaso Soledad Inutilidad	Postura inmóvil Fascies triste Falta de cooperación Retraimiento Social Hostilidad Susplicacia Confusión y obnubilación Aspecto desaliñado Variaciones diurnas de humor Mala higiene Auto lesiones cutáneas ocasionales Llanto o gemidos Pérdida de peso Impactación fecal
COGNOSITIVOS	
Falta de autoestima Pesimismo Auto acusaciones y críticas Pensamientos suicidas	Retardo psicomotor Bradilalia Movimientos lentos
SOMATICAS	
Alucinaciones Auditivas Visuales Cinestésicas Duda de los valores y creencias Dificultad de concentración Mala memoria	Gesticulación variable Marcha lenta y torpe Mutismo Deglución y masticación alteradas
FISICOS	
Anorexia Astenia Transtornos del sueño Insomnio inicial Insomnio terminal Estreñimiento Pérdida de la libido Dolor Inquietud Pérdida de motivación	Disminución o inhibición de la deglución (en casos graves) Agitación psicomotora Actividad motora continua Sueño inquieto Comportamiento anormal o inapropiado Rigidez corporal Negativismo Caídas

Tabla 2- Signos y Síntomas de la Depresión en la Edad Avanzada

Como vemos en la tabla la disminución de la autoestima, es el síntoma cognoscitivo más característico del anciano deprimido, suele manifestarlo a través de frases como “no me queda nada que esperar”, o “es inútil que haga cualquier cosa ya que dentro de unos meses estaré muerto”. Aunque los problemas mencionados en la tabla describen los aspectos más comunes de la depresión, representan solo algunos de los muchos síntomas que se pueden presentar. La depresión es compleja y la mayoría de las personas experimentan una combinación de síntomas, no únicamente una sensación desagradable.

Es erróneo pensar que es normal que los ancianos se depriman, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto de la vejez.

La depresión es algo difícil de eliminar. Muchas veces la gente trata de evitar los sentimientos desagradables, la fatiga, la apatía y la desesperanza, sólo para acabar sintiéndose frustrados e impotentes es un hecho que todos los seres humanos, en algún momento de su vida, experimentan sentimientos de tristeza, dolor, decepción y desesperación. Con frecuencia, cuando la gente se encuentra frente a un hecho doloroso dice que está “deprimido”, pero es importante aclarar que el sentirse triste o desesperado no necesariamente significa estar deprimido.

La depresión clínica se distingue de la tristeza normal en cinco formas básicas:

- La depresión es mucho más dolorosa.
- La depresión es más prolongada.
- La depresión interfiere con la funcionalidad cotidiana.
- La depresión es una emoción destructiva (por el contrario del pesar que es doloroso. Pero es una experiencia emocional que lleva al alivio).
- La depresión es generalmente, más que un sentimiento doloroso, representa un síndrome (conjunto de síntomas) que, con frecuencia, implica una serie de problemas en la interacción social, la conducta y el funcionamiento mental y biológico.

Las depresiones clínicas totales no son raras. Una de cada cinco personas experimentará, en algún momento de su vida, una depresión clínica severa. En uno de cada quince casos, la depresión será tan grave que requerirá de hospitalización. El rango de suicidios entre individuos que padecen depresiones clínicas recurrentes severas es de casi el 15 por ciento.

Cuando alguien dice “me siento deprimido” puede significar una gran variedad de cosas. En las personas de edad avanzada, la depresión está frecuentemente caracterizada por una preocupación excesiva por dolores y achaques corporales, a continuación una serie de formas en las que la gente experimenta la depresión:

- Tristeza, desesperación, sensación de pérdida, melancolía, (el tipo de sentimientos que la mayoría tiene cuando muere un ser querido); apatía, indiferencia, escasa o nula motivación, fatiga.
- Incapacidad de sentir excitación o placer, pérdida de sentido vital.
- Aumento en la sensibilidad para la crítica o el rechazo, los sentimientos son heridos con facilidad.
- Escasa autoestima, falta de confianza, sentimientos de inadaptación.
- Irritabilidad, frustración inmediata, enojo.
- Sentimiento de culpa, autoacusación, odio por sí mismo.
- Sentimientos de desesperanza e impotencia.
- Pensamientos negativos y/o suicidas.

Aunque estos problemas describen los aspectos más comunes de la depresión, representan solo algunos de los muchos síntomas que se pueden presentar. La depresión es compleja y la mayoría de las personas experimentan una combinación de síntomas no únicamente una sensación desagradable (Prenson, 2002).

Las depresiones son todas diferentes y el tratamiento varía según sea el caso. Con el tratamiento adecuado el anciano tendría una vida placentera.

Muchas de las personas que sufren de depresión, es porque en su infancia tuvieron una serie de experiencias tempranas con consecuencias significativas en el desarrollo y adaptación posterior, casi ningún niño puede simplemente superar estas experiencias tempranas dolorosas, cuando están listos para entrar en la vida adulta, ya llevan profundas heridas a las cuales sobreponerse, pero si bien es cierto que eventos de la infancia ocasionan traumas, y esto aumenta el riesgo de que una persona sea depresiva; al llegar a la etapa adulta, y más al enfrentarse a los cambios que se sufren al llegar a la vejez, la depresión puede atacar aun cuando estos factores predisponentes no existan.

Los tipos de depresión se dividen en tres grandes categorías:

- 1.- Psicológica (reacciones emocionales a la pérdida o decepción).
- 2.- Biológica (aquella que en muchos aspectos es una enfermedad física real).
- 3.- Mixta (que es una combinación de reacciones emocionales y fisiológicas).

En la **DEPRESIÓN PSICOLÓGICA** se observan dos características esenciales: la primera es que se presenta por un evento psicológico o emocional que puede ser repentino y obvio, o gradual e insidioso, pero lo cierto es que siempre se produce un cambio en la situación vital – relaciones estilo de vida, empleo- que funciona como disparador de la depresión.

La segunda característica de este tipo de depresión es que los síntomas son exclusivamente psicológico/emocionales. En la depresión psicológica pura las funciones biológicas se ven poco afectadas.

La **DEPRESIÓN BIOLÓGICA**.- Se presenta como respuesta a algún tipo de situación física (fisiológica) que se produce dentro del organismo, más que como replica a una experiencia de cambio vital o de pesar. Por esta razón la depresión biológica parece surgir de la nada, y con frecuencia deja perpleja a la persona afectada. Además de los síntomas psicológicos y emocionales, existen una serie de síntomas físicos provocados por el mal funcionamiento de la química en los sistemas nervioso y hormonal (en la tabla 2 se muestran los síntomas físicos de la depresión).

DEPRESION MIXTA (PSICOLOGICA CON SINTOMAS BIOLOGICOS). En esta categoría se encuentra un gran número de personas que sufre de depresión clínica. Esta se presenta por un disparador psicológico, pero en estos casos, el individuo tiene ambos síntomas, físicos y psicológicos.

Observando estos tipos de depresión, debemos de tener en cuenta que se debe de hacer un trabajo multidisciplinario con el anciano, identificando el tipo de depresión que tiene, diagnosticarlo adecuadamente para poder darle el tratamiento adecuado, porque si bien es cierto, una depresión física puede requerir únicamente tratamiento con medicamento, pero si lo que el anciano padece es una depresión mixta, puede necesitar, tanto del tratamiento medico, y terapias donde el anciano pueda adquirir estrategias de autoayuda, brindándole todo el apoyo psicológico necesario sirviéndonos de la terapia humanista. Existe un gran número de personas ancianas que sufren de depresión y no reciben tratamiento, otras que son tratadas pero inadecuadamente.

CAUSAS DE LA DEPRESION

Factores predisponentes

A.- Experiencias tempranas en la vida:

- 1.- Pérdidas tempranas en la vida.
- 2.- Padres emocionalmente distantes.
- 3.- Atmósfera hogareña constantemente agresiva.
- 4.- Falta de apoyo en el crecimiento.
- 5.- Abuso a la persona en este caso al anciano.

Factores recientes o actuales:

A.- Pérdidas interpersonales.

B.- Pérdidas existenciales.

- 1.- Decepción/pérdida de un sueño.
- 2.- Conciencia de la propia mortalidad.

C.- Eventos que disminuyen la autoestima.

D.- Enfermedad física.

E.- Estrés prolongado.

Factores biológicos:

A.- Efectos colaterales de los medicamentos.

B.- Abuso crónico de alcohol y drogas.

C.- Cambios hormonales.

D.- Depresión endógena.

En el anciano la deducción de los ingresos, y de la capacidad física, dificultad para adaptarse a circunstancias cambiantes como la mudanza del hogar a un ancianato y la pérdida de apoyo de amigos y/o familiares con frecuencia exigen cambios en el estilo de vida del anciano, que para muchos reducen su capacidad Psicológica y fisiológicamente de adaptarse a estos cambios, .estos cambios conducen a pérdidas de autoestima y sentimientos de inferioridad cada vez mayores. Presentan incapacidad física con problemas crónicos, que producen un amplio rango de limitaciones dañando considerablemente su autoimagen; por lo que la pérdida de la autoestima se va profundizando rápidamente.

LAS ACCIONES QUE PUEDEN PROMOVER LA CURACIÓN EMOCIONAL

1.- Aceptar que es natural tener sentimientos de dolor.

2.- Permitirse sentir sus emociones normales, incluyendo los sentimientos de dolor.

3.- Expresar sus sentimientos con otras personas.

4.- Mantenerse en contacto con amigos o familiares que puedan apoyarlo.

5.- Mantener una percepción realista de su vida y su persona.

6.- Comprometerse con la solución de problemas.

Esto puede ser muy difícil en los momentos de duelo o desesperación, pero es muy importante. La solución de los problemas se inicia cuando piensa "me siento triste pero mi vida tiene que continuar y tengo que saber que hacer para empezar

a arreglarla, se que habrá momentos en los que me sienta muy solo, tendré que aprender a vivir con el dolor de la soledad, pero también tengo que hacer cosas para no tener que estar solo todas las tardes". Al planear actividades con sus amigos familiares y miembros de su iglesia, empieza a manejar su problema de soledad.

Esta nueva forma de pensar va a hacer que el anciano empiece a recuperar su autoestima convirtiendo lo negativo en positivo, reconociendo sus cualidades, sus sentimientos y empezando a atender sus necesidades básicas, creando en él, confianza para lo que se le presente en esta etapa de la vida que es la vejez.

2.5. Aspectos Médicos del Concepto de Vejez.

Como ya se ha mencionado, de primera instancia no es fácil definir el momento exacto en el que un individuo puede considerarse como viejo, pues en el mejor de los casos tienen que coincidir varios puntos de vista.

Tanto la sociedad, como las disciplinas médicas y biológicas, han clasificado al anciano en edades, además de que se han considerado una serie de vocablos que son utilizados en este tema como son:

VEJEZ: Calidad de viejo, edad senil, senectud (Diccionario enciclopédico).

SENECTUD: Edad senil, que por lo común empieza a los 60 años, también llamada vejez.

LONGEVIDAD: Largo de vivir, duración de la vida más allá de lo común.

ANCIANO: Se dice de la persona de edad avanzada (Diccionario enciclopédico). Persona de muchos años (Aguilar, 1987).

A pesar de que hay una gran diversidad de definiciones a cerca de lo que es envejecer, sin duda el enfoque científico más formal nace al aplicar el método científico al estudio de los procesos que originan el envejecimiento. De esta manera nace la Gerontología, (del griego *geron*, *geronto*: anciano y *geras*: vejez, unida al sufijo *logos*: tratado), la cual puede entenderse como el estudio del anciano, de sus condiciones de vida tanto normales como patológicas.

Al evolucionar las diversas ramas de la ciencia, la medicina incluyó el estudio de los ancianos, naciendo de esta manera la Geriátrica, la cual puede entenderse como la rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades de los ancianos.

Algunos autores consideran a la Gerontología y la Geriátrica como sinónimos(De Nicola, 1985), sin embargo el enfoque más correcto es el que considera a la primera como la suma de un enfoque multidisciplinario que abarca los conocimientos de diversas ciencias como son la medicina, la psicología, el derecho, la sociología, la economía, la filosofía, etc. Mientras que la Geriátrica es considerada actualmente como una especialidad médica encargada del estudio y atención de los procesos relacionados al envejecimiento, lo cual nos ayuda a conocer más este proceso.

a) Gerontología

Es la ciencia que estudia los cambios anatómicos, bioquímicos y psicológicos en los seres humanos producidos por el efecto del tiempo, así como todos los problemas derivados de la vejez: económicos, médicos, sociales, sanitarios. En pocas palabras la Gerontología es el estudio de la vejez y sus consecuencias (Laforest, 1991y De Nicola, 1985).

La Gerontología contempla una visión multidisciplinaria que abarca conocimientos de diversas ramas como son, la medicina, la psicología, el derecho, la economía, la enfermería. Que convergen hacia un punto común, entender las causas, efectos y consecuencias del envejecimiento en el ser humano.

b) Geriatria

En los últimos años, la Geriatria se ha formalizado como una especialidad médica, al grado de que hasta hace poco sólo se enfocaba al manejo de las complicaciones de enfermos terminales que como caso curioso habían rebasado las expectativas de vida. Actualmente, la ciencia médica ha contribuido enormemente a mejorar las perspectivas de vida, con una nutrición menos deficiente, métodos diagnósticos cada día más sofisticados, fármacos más poderosos y eficientes, higiene más controlada, además de sistemas de seguridad social con mejor cobertura.

En general se aceptan una serie de situaciones mórbidas que se aceptan como normales en el paciente anciano, estas son: Pérdida de adaptación al medio, disminución tanto de la reserva física como mental, pérdida de autonomía y vulnerabilidad (Perlado, 1995).

De esta manera el enfoque actual de la Geriatria es el de prevenir en primer termino las enfermedades propias de la vejez, las cuales cada día son mejor entendidas. Por otro lado las acciones curativas y de rehabilitación actualmente tienen un mayor éxito, cumpliendo con el cometido primordial de contribuir a integrar a los ancianos a su vida habitual con el mayor grado de autosuficiencia posible.

El envejecimiento no sólo tiene consecuencias biológicas sino que también médicas, psicológicas y socioeconómicas y en este sentido se superponen los términos Geriatria y Gerontología hasta ser casi sinónimos (De Nicola, 1985).con el estudio de la geriatria y la gerontología, han surgido diferentes teorías para explicar el fenómeno biológico, común a todos los seres vivos, las cuales se mencionaran a continuación.

C) Teorías de carácter médico sobre el envejecimiento

Si bien es difícil definir lo que es la vejez, tampoco es sencillo encontrar una teoría que explique por sí misma los procesos que se desencadenan durante el envejecimiento, así tenemos que existen diferentes teorías:

- **Teoría termodinámica:** En efecto, parece lógico que el hombre como ser vivo que es y por estar ubicado en un ambiente, está sujeto a las leyes de la termodinámica, merced a las cuales intercambia energía con el medio. De esta manera, sólo tiene una alternativa: sobrevivir o morir, previo paso por la enfermedad, que en este caso sería una incapacidad o una lucha por la adaptación (Perlado, 1995).

El ser humano y el ambiente en que está inmerso, podrían ser vistos como un sistema en el cual cada uno es un subsistema básico:

El hombre, con cierta carga heredada genéticamente la cual muestra bastante estabilidad a través del tiempo, determina la conformación orgánica y define la fisiológica.

El medio, que puede ser natural o creado por el hombre mediante los artificios de la técnica.

- **Teoría del desgaste:** es la que refiere que con el paso del tiempo existe un inevitable desgaste a nivel de tejidos, y más específicamente, a nivel molecular, originando un declive en la calidad del funcionamiento del individuo (Doval, 1984; Mishara, 1994; Perlado, 1995 y López, 2000).
- **Teoría Inmunológica:** concibe al envejecimiento como el resultado de los cambios que se dan en las defensas inmunitarias. Estos cambios se deben a dos posibles causas; a que el organismo produce una menor cantidad de anticuerpos, o que es capaz de diferenciar entre las sustancias propias y ajenas. De este modo el envejecimiento aparece porque el sistema

inmunitario se vuelve contra sí mismo e inactiva sus propias células (Doval, 1984; Mishara, 1994).

- **Teoría viral:** sugiere la introducción de un virus en el organismo en cualquier momento de la vida, deteriorando sistemas y órganos como el sistema nervioso y el cerebro. Este deterioro estaría marcado después de un largo periodo de incubación, digamos, de varios decenios. Dado que este tipo de virus podría atacar el sistema inmunitario se correlaciona con la teoría anterior (Doval, 1984 y Simón, 1998).
- **Teoría de los residuos:** considera que la vejez está caracterizada por una disminución en la capacidad de eliminación, seguida de acumulación de desechos que perjudican la actividad celular y el proceso de purificación. De esta forma el funcionamiento queda debilitado por el cúmulo de residuos o metabolitos en el organismo (Aguilar, 1987; Mishara, 1995; y Avilés, 1998).
- **Teoría Nerviosa:** postula que las neuronas sufren una lenta destrucción progresiva, y al ser éstas no renovables se altera la homeostasis que controla el sistema nervioso (Aguilar, 1987).
- **Teoría molecular:** aquí se expone que la duración de la vida de las especies esta regida por los genes que interactúan con los factores ambientales. Los genes están compuestos por el ácido desoxirribonucleico (ADN) y ácido ribonucleico (ARN); el ADN contiene la información del programa genético y el ARN transcribe dicha información traduciéndola a proteínas compuestas por colágeno y queratina que funcionan como enzimas receptoras que regulan la estructura y fisiología de los organismos. Ahora bien, el envejecimiento se supondría como resultado de un error genético (Avilés, 1998).

- **Teoría de enlace cruzado:** de acuerdo a esta teoría se forman enlaces químicos potentes entre las moléculas orgánicas del cuerpo causando un aumento de la rigidez, la inestabilidad y la insolubilidad del tejido conectivo y del material genético. El sustento de esta propuesta se basa en la velocidad de reparación del ADN, puesto que en los seres humanos disminuye a medida que estas envejecen (Simón, 1998).
- **Teoría de la mutación somática:** ésta considera que el envejecimiento es consecuencia de la pérdida de información del ADN debido a los agentes mutágenos o debido a los cambios sufridos en las macromoléculas de los sistemas mensajeros. De esta forma la alteración de la molécula de ADN cambia el mensaje genético y produce estructuras proteicas que ocasionan un déficit en la fisiología celular, esto implica que las radiaciones causan mutaciones en el material genético conduciendo a una pérdida progresiva de la información (Perlado, 1995; Avilés, 1998).
- **Teoría del envejecimiento programado (envejecimiento celular):** el proceso del envejecimiento también es explicado por la suposición de un programa genético que demarca a cada especie, por supuesto los humanos no son la excepción, determinándose de esta manera la duración de la vida media a manera de reloj interno el cual indica el tiempo para crecer, desarrollarse, envejecer y morir; es decir la información genética por si sola determina el momento en el cual el organismo empieza tener un declive biológico a nivel celular (Buendía, 1994; Simón, 1998).
- **Teoría sistémica:** describe el envejecimiento como el resultado de un deterioro en la función de sistemas clave como el nervioso, el endocrino y el inmunológico. Los deterioros podrían estar genéricamente programados o producirse por causas ambientales; las alteraciones de estos sistemas causan a su vez cambios en el organismo (Simón, 1998 y Avilés, 1998).

- **Teoría del deterioro aleatorio:** atribuye el envejecimiento a las reacciones de los radicales libres, es decir, moléculas inestables que posee una carga elástica adicional o electrones libres, de tal forma que su aumento lesiona las membranas celulares interfiriendo en su función (Donahue, 1962).
- **Teoría del estrés:** explica que los efectos de una lesión secundaria al estrés se acumulan y el cuerpo pierde capacidad para ir resistiendo los cambios. Las respuestas van periódicamente produciendo cambios en la composición bioquímica del cuerpo causando lentamente u deterioro irreversible. Esta teoría considera tanto factores de estrés externos como internos, dentro de los rubros físico, psicológico y social (Simón, 1998).

Bajo este marco de Teorías, la actitud de la sociedad hacia las personas de edad avanzada ha creado una serie estereotipos. Al hablarse de estereotipo se esta haciendo referencia a la imagen o idea adoptada que prevalece dentro de un grupo respecto de algo o alguien en particular, en este caso nos referimos específicamente al *estereotipo de vejez*.

Dentro de la bibliografía revisada se encuentran dos grandes estereotipos (Cornejo, 2003), los cuales se presentan a continuación:

- a) **Estereotipo negativo:** en el cual se describe a la vejez como un periodo de estancamiento, rechazo e inclusive de fealdad, como ejemplo de ello encontramos que, los individuos de edad avanzada piensan y actúan con lentitud; han dejado de aprender satisfactoria y rápidamente, detestan las novedades, lo cual les impide progresar y hace que vivan en el pasado, además de ser irritables e intratables. Por otra parte se propone (Zinberg,1987), que la vejez no es sólo un estado de deficiencia funcional progresiva sino que se desarrolla dentro de un medio que se torna cada vez más desfavorable para el individuo; en semejantes condiciones no cabe sino esperar que la persona se sienta desvalida, irritada y deprimida.

Además de lo anterior, se piensa que los adultos mayores son personas inútiles e incapaces, que carecen de los valores asociados a la juventud, como lo son belleza, poder económico o social, popularidad, etcétera. Además que el conocimiento que puedan tener del mundo, está fuera de tiempo, sus recuerdos no son necesarios pues las tradiciones culturales ya han sido establecidas, aunado a que una mejor educación y entrenamiento en habilidades al alcance de más personas vuelve su experiencia y capacidades fácilmente reemplazables, finalmente su crecimiento como grupo poblacional los va haciendo cada vez menos únicos y valorados (Zinberg, 1987; Coni, 1990 y Belsky, 1994).

- b) **Estereotipo positivo:** En este se enaltecen los valores atribuidos a la vejez, como lo son sabiduría y experiencia. Como ejemplo de lo anterior tenemos lo siguiente: La experiencia y la sabiduría siempre han sido función del tiempo; dicho privilegio sólo pertenece a las personas maduras y de edad avanzada, debido a que la experiencia no es simplemente el recuerdo del pasado, sino la capacidad de orientarse rápidamente en el presente, utilizando la experiencia personal y la ajena en cuanto a conocimientos adquiridos; es cierto que se puede generalizar, se pueden adquirir los conocimientos y enseñar los hábitos pero la importancia de la sabiduría como formación psicológica es invaluable. La sabiduría es una actividad fundada en la experiencia personal, cuyo sentido es establecer el vínculo entre generaciones, ya que los ancianos son depositarios de valores y tradiciones (Tolstij, 1989).

Asimismo hay quien explica (Moragás, 1992) que el mito de la ancianidad como etapa negativa se basa en supuestos inciertos, pues la mayoría de las personas añosas no se hayan limitadas, y sus vidas no son negativas, ni dependientes. La ancianidad constituye una etapa vital que puede tener elementos de desarrollo personal aunque este proceso vaya en dirección contraria a los valores

predominantes en la sociedad actual (fuerza de trabajo, poder económico y/o político, etcétera).

Como puede verse estos estereotipos de vejez son totalmente irreconciliables, por lo que se hace necesario hacer una mejor aproximación a la percepción y actitudes que se tienen hacia los ancianos, la sociedad debe desarrollar una actitud más comprensiva hacia la vejez, que incluya necesidades de naturaleza psicológica como son reconocimiento, aprobación social, pertenencia y sentido de utilidad, pero a su vez el anciano debe desarrollar estas mismas actitudes.

2.6. Aspectos Sociales de la Vejez.

El desconocimiento sobre la vejez propicia imágenes equivocadas que nos hacen pensar que los adultos mayores son dependientes física, mental y socialmente, lo cual contribuye a que se promuevan conductas inadecuadas hacia estas personas, como el rechazo y/o la sobreprotección. Sin embargo, es hasta que la salud física y psicológica del adulto mayor sufre algún deterioro cuando sus relaciones familiares y sociales se ven afectadas (Gómez, 1996).

La transición experimentada por la sociedad actual, de una sociedad agraria a una industrial y de un estilo de vida rural a uno urbano, el incremento de la movilidad social, los procesos migratorios, el paso de una familia extendida a una básicamente nuclear, la incorporación de la mujer a la fuerza laboral, y los cambios en las relaciones de familia, han limitado la permanencia de las personas ancianas dentro de la familia. Los descensos en mortalidad y fecundidad no sólo han llevado a un envejecimiento en la población y a un aumento en el número de personas de edades avanzadas, sino que también ha cambiado el carácter de la vida familiar. El peso de la familia en cuanto a miembros jóvenes tiende a invertirse, siendo las generaciones viejas las que más se observarán. Con el aumento en la expectativa de vida habrá más prevalencia de familias de cuatro y hasta cinco generaciones. El envejecimiento de la población ha resultado en un

aumento significativo en la probabilidad de que un adulto de mediana edad tenga un padre o madre, que le sobrevive. Así que, el patrón de la mayoría podría ser tener un padre o madre vivo cuando se tiene 50 años y aún más común conservarlos a los 60 años de edad (Sánchez, 2000).

Otro aspecto importante es que actualmente se ha incrementado la esperanza de vida, esto ha hecho que cada vez haya más viejos en el mundo. Ante esta perspectiva la vejez no puede seguir considerada como un problema, sino sólo como una etapa más de vida que nos impone un reto tanto individual como a nivel social.

Conforme ha evolucionado la humanidad, ha ido cambiando la forma de vida lo cual trae como consecuencia algunas mejoras en el ser humano. Al empezar a ocurrir adelantos técnicos y científicos han ido identificándose las causas más comunes de la mortalidad, lo cual contribuye a combatir enfermedades en edades tempranas y a prolongar la esperanza de vida; esto lleva inminentemente a un aumento en la población mundial (Rodríguez, 1999). Al reducirse la mortalidad infantil, presentarse mejoras en la alimentación, avances en la atención sanitaria y en el control y erradicación de enfermedades infecciosas, se produce un aumento en la esperanza de vida y por lo tanto se origina un incremento en el número de personas que alcanzan etapas avanzadas de la vida (Cornejo, 2003).

Este proceso de envejecimiento de la población, modifica el tamaño de los distintos segmentos de la pirámide poblacional, principalmente en la base. Esta variación se debe a la reducción en la tasa de natalidad en donde el número de nacimientos empieza a disminuir en forma considerable; y en la cúspide, por el aumento en la esperanza de vida que da como resultado un decremento en la tasa de mortalidad. Se considera que el envejecimiento de la población representa uno de los problemas más graves a nivel mundial, pues a pesar que hay diferencias entre los países desarrollados y los no desarrollados, en todos se presenta un incremento en la población anciana como consecuencia del aumento

en la esperanza de vida, se señala que ésta se ha incrementado de 47 a 75 años en los países desarrollados (De la Gándara, 1995).

De esta manera, los países menos desarrollados aún no resisten el aumento en la población de edad avanzada, mientras que los países más desarrollados presentan un fenómeno regresivo, pues las tasas de natalidad, mortalidad y nupcialidad descienden, dando como resultado la disminución de la fecundidad que representa en reemplazo de cada una de las personas (cuando alguien muere y ocurre un nacimiento, en ese momento la tasa poblacional no presenta cambios puesto que hay una equivalencia de uno a uno). Por lo tanto al no haber muertos pero tampoco nacimientos, la población se mantiene en una edad constante, es decir en un aumento dado hay muchos niños, en un siguiente periodo hay muchos jóvenes hasta llegar al momento en que hay demasiados viejos.

Otro término que debe tomarse en cuenta es el de transición demográfica, el cual se utiliza para referirse a un proceso gradual, mediante el cual una sociedad pasa de una situación de fecundidad y mortalidad alta, a otra situación de fecundidad y mortalidad baja, dicha transición inicia por una disminución en la tasa de mortalidad infantil que va de cero a cinco años (C.N.D.H. México, 1999). Es precisamente en esta transición demográfica donde se encuentra México, puesto que desde los años 30's se han presentado cambios tanto en la estructura como en la dinámica de la población, pues en un periodo comprendido entre 1930 y 1995 la tasa de mortalidad se redujo de 26 a 4.6 defunciones por cada 100 habitantes, esto da como consecuencia un aumento en la esperanza de vida de los mexicanos, lo cuál va de 36 años en los 30's a 72 años en los 90's (Majós, 1995).

El fenómeno anterior, ha provocado un incremento en la población adulta y senecta, el cual se ve más marcado en la década de los 90's, ya que entre 1990 y 1996 la población en general creció un 13.43%, y la población mayor de 60 años

aumentó en un 34.19% (Consejo Nacional de Población, 2001). Para dar cuenta del fenómeno del crecimiento de la Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) en 1990, donde encontramos que en dos décadas casi se duplicó la población en cuestión, pues en 1970 existían más de 2,709,238 personas mayores de 60 años y en 1990, esta cifra se elevó a 4,988,158. En lo que se refiere a los resultados del censo 2000 (INEGI, 2000), se encuentra que existen más de 6.8 millones de ancianos (5.0 % de la población total), lo cual indica que México actualmente es un país predominantemente joven, puesto que más de la mitad de su población tiene menos de 22 años.

Otro fenómeno que también llama la atención, es que la mayoría de la población anciana está compuesta por mujeres. De acuerdo a datos de la Organización Panamericana de la Salud 1990, este rasgo se presenta en casi todo el mundo, con sus respectivas diferencias; por ejemplo en los países desarrollados en 1980 había 66 hombres por cada 100 mujeres en la población mayor de 60 años y en los países en desarrollo la relación era de 99 hombres por cada 100 mujeres. Con respecto a México, en el último censo de población (INEGI, 2001), se encontró que por cada 100 mujeres hay 95 hombres).

Conceptos sobre jubilación: un aforismo indica que: " Manos ocupadas son más felices ", el hombre se hace y se realiza con el trabajo, se dice que lo que cansa no es el trabajo, sino el no trabajar, o el trabajar en algo que no es útil. El trabajo hace que el individuo sea respetado y admirado por su eficiencia y su capacidad de crear riqueza, por su capacidad de producir y dar más trabajo, más que por su capacidad de consumo, la jubilación es la devaluación, tiene varias etapas:

Primera fase: La "devaluación social " si tomamos en cuenta que las pensiones exigidas, no acordes a la inflación y que están fincadas en países como el nuestro en políticas que no han sabido dar a la jubilación su papel de dignidad y decoro para la que fue creada, le agregamos que se pierde la dependencia al trabajo, que hace que disminuya las amistades, las relaciones, los contactos sociales, intereses y afectos en plena capacidad productiva.

Esto va a determinar la segunda fase: El "exilio social", en donde el individuo sin prestigio ni capacidad, falto de motivación, intereses personales, en un papel de desconocido en su casa donde se convierte un estorbo, el no encuentra acomodo, porque no estaba debidamente preparado; en la mayoría de los casos, en un medio ambiente afectivo en el que hay muerte de familiares, amigos, seres queridos incluso el cónyuge, en el que pierde la autoridad con los hijos debido a conflictos por el choque generacional, todo ello dentro de una situación de inactividad forzada, que lo conduce a una siguiente fase.

Tercera fase. La "muerte social" considerada la total desintegración. El paternalismo del estado como sucede en los países desarrollados en donde los hijos han perdido toda su responsabilidad, y el Estado es el que sostiene totalmente a sus pensionados, es sumamente costoso, y por las condiciones económicas en nuestro país, muy difícil de perfeccionar.

Generalmente los pensionados viven y requieren muchos servicios, se dice que la sobrevivencia de un jubilado en los Estados Unidos alcanza 20 años, mientras que en nuestro país alcanza escasamente cinco años, por falta de preparación y por las condiciones negativas de una jubilación no comprendida, ni por el gobierno, ni por los jubilados, ni por sus familiares.

La orientación hacia la adaptación, la independencia, la libertad de acción y la actividad en la vejez, que se encuentra en los programas de preparación para el retiro, lo cual se recomienda ampliamente para los jubilados y para los ya pensionados es más factible, menos costosa, que las reformas a las instituciones burocráticas y depende de la voluntad del que envejece así como de su capacidad funcional. Se deben preparar desde la edad activa, y la sociedad debe contribuir a romper la inactividad del jubilado. Se señala que el concepto de pensión flexible o dinámica, en la cual la jubilación depende no de la edad, sino de la capacidad y de la voluntad de la persona para retirarse, es uno de los postulados de mayor trascendencia, importancia y futuro para el destino de miles de ancianos, que no

pueden ni se dejarán marginar en el futuro por políticas que no los han tomado en cuenta.

Cicerón dice: “La vejez es noble cuando se cuida a si misma, cuando protege sus derechos y no se vende, domina hasta el último respiro sobre sus semejantes” (Cicerón 1967, pp.37; en Márquez y Vázquez 1996).

2.8. Aspectos políticos.

Hemos mencionado que el destino de los viejos depende de la voluntad del gobierno, y del pueblo para solucionar sus necesidades. La situación económica de México y del mundo no mejorará en los próximos años, según la opinión de los expertos, esto también afectará las relaciones entre los individuos mayores de 60 años de edad y sus dependientes (Gobierno del D.F. México 1999). Una persona de edad implicará mayores gastos para la familia, para el gobierno, y cada día serán más los mexicanos que no puedan afrontarlos. Por lo tanto es necesario definir quién va a cuidar a los ancianos de hoy en adelante, por eso es tan importante que desde ahora se inicien programas para la preparación a la vejez en todos sus aspectos, no sólo el de la salud, sino también en el económico, en el de la vivienda, en lo social y en el apoyo de las instituciones gubernamentales.

En los países más desarrollados que el nuestro, el anciano no es solamente respetado sino protegido, y esa debe ser la norma de conducta del Estado para asegurarles un lugar en la sociedad, y los servicios que le sean necesarios. Nada justifica que en México no existan tarifas especiales para ancianos, en lo que a bienes y servicios que proporciona el sector público, como la electricidad el servicio telefónico, los servicios de transporte colectivo, y los alimentos, etcétera; debe ser motivo de atención prioritaria en la planeación. Se considera que aproximadamente el 95 por ciento de los mexicanos mayores de 60 años están desocupados, aproximadamente cuatro millones de personas viven de sus ahorros, pensiones exiguas o son mantenidos por sus familiares; empero hay

cientos de miles que deben trabajar para sobrevivir, ya que sus recursos no son suficientemente altos para cubrir sus más elementales necesidades, también hay miles que viven de la caridad pública mendigando en las calles de las ciudades y los pueblos del país los gobiernos federal y estatal, la iniciativa privada, el sector social del país. Los gobiernos federal y estatal, la iniciativa privada, el sector social del país y la ciudadanía en general, tienen la obligación de actuar en pro de los viejos mexicanos (Gobierno del D.F., México, 1999).

El objetivo central para apoyar a los ancianos debe ser el establecimiento y desarrollo de una verdadera "cultura de la salud" la cual debe ser el enfoque que lidere las definiciones de política y las actividades intersectoriales. El enfoque cultural: Se basa en formar una imagen positiva de la vejez a través de borrar los prejuicios culturales contra el envejecimiento, a través de acciones concertadas para la definición y aplicación de las políticas de trabajo y empleo y su relación con los programas de retiro y jubilación de la seguridad social. Esa coordinación o concertación será fundamental para asegurar a los ancianos un ingreso apropiado, así como para mantener a éstos activos en cuanto sea posible, y estimular su orgullo y autoestima como miembros útiles de la sociedad.

El envejecimiento se percibe como un proceso biológico únicamente, y más aún cronológico, ligado a un papel llamado acta de nacimiento y no como un proceso espiritual, cultural y social. Es visto como desfavorable, se enaltece la juventud como algo bello, y especialmente en el trabajo se propicia un cierto desprecio por la edad, esto se le ha denominado "*edaísmo*" que es un fenómeno contemporáneo de segregación más sutil que el racismo por edad; se considera universal e indiferenciado, sin pensar que no es declinación sino desarrollo, el anciano es considerado intratable, por ejemplo, muchos médicos consideran un desperdicio de tiempo y de recursos el tratar a un anciano. Lo peor es que muchos viejos han aceptado todos estos prejuicios, aceptan su vejez como una enfermedad, una declinación inevitable y su marginación como señal de mala suerte o de un destino contra el cual no pueden luchar; está es una de las razones por las que la lucha

para cambiar las imágenes y formar criterios positivos a sido muy ardua a través de la historia y de los diferentes países.

Estas imágenes hay que cambiarlas empezando con los ancianos mismos, ya que muchos de ellos están desvalorizados, es importante que sepan que son importantes, que tienen derecho a ser felices y que pertenecen a una sociedad, es nuestra labor como psicólogos integrarlos a una sociedad que desconoce esta etapa de la vida, que todos llegamos a ella y que lo podemos hacer con dignidad.

Es importante que se oriente a todo el equipo multidisciplinario que trate con los ancianos, que el hecho de tener alguna limitación física o enfermedad no lo limita para poder adaptarse, para valorarse, el hecho de ser anciano no lo hace ser menos o no significa que sea un estorbo. Tenemos que ser participes del desarrollo integral del anciano y así podremos cambiar la situación del anciano en nuestro país, el reto es hacer de los ancianos individuos que conozcan y acepten los cambios que se dan en su etapa, ancianos que se preocupen por su salud, que se quieran, que se valoren que conozcan sus derechos y que los hagan valer. Es necesario orientar al resto de la población acerca de lo que es la etapa de la vejez y acabar con los estereotipos negativos y enaltecer los positivos para poder tener un cambio de actitud hacia la gente de la tercera edad y esta a su vez tenga un cambio así misma que le permita vivir plenamente.

CAPÍTULO 3. EL ANCIANO Y SU ENTORNO

El entorno en el que se desenvuelve el anciano es de gran importancia ya que de este depende la calidad de vida que va a llevar, en este capítulo se analizan los distintos entornos en los que se encuentra el adulto mayor, como los son el familiar, el laboral y el social y la problemática a la que se enfrenta en cada uno de ellos ya que como cambian muchos aspectos como lo es el económico, el generacional etcétera, este entorno es un factor propicio para generar violencia contra el anciano.

3.1. Entorno Familiar.

Como ya se ha mencionado, desde el siglo anterior la mayoría de los países occidentales han presentado un alto índice de envejecimiento en su población. En los países ricos, los recursos y la planeación adecuada han permitido construir un entorno adecuado para la protección de los ancianos (O.C.D.E. 1998; Martinelle, 1992; Richter, 1992). Pero en otros países, como el nuestro, el proceso ha tomado por sorpresa a gobierno y sociedad dejando el peso del mantenimiento, cuidado, atención de los ancianos a la familia (Montes de Oca, 1994). La vejez que viven las personas en la ciudad de México en su vida cotidiana, es una realidad que está ligada a la familia más que a ninguna otra estructura social. El 77.9% de los ancianos en la ciudad de México, vive con su familia, entendida ésta como cónyuge e hijos indistintamente, el 11.4% vive con parientes que de alguna manera sigue manteniendo lazos familiares aunque estos sean a través de la familia extensa (padres, hijos, tíos, abuelos), y únicamente el 8.9% vive solo (Gobierno del D.F., México, 1999). Con frecuencia se sugiere que el papel del anciano dentro de la estructura social y familiar está en crisis. En el mejor de los casos, simplemente los adultos mayores no tienen un papel bien determinado. La idea generalizada que se atribuye a los ancianos es la de ser personas que deben ser atendidas (Casals, 1982). Aún dentro del núcleo familiar las sátiras y las burlas son abundantes y constantes. En gran medida la posición social se empareja con

la familiar y determina en casi todas las culturas la suerte del anciano. La miseria o la riqueza, la inseguridad o seguridad dentro del núcleo familiar hace de los ancianos felices o infelices.

Dentro de nuestra sociedad, la inmensa mayoría de las personas que llegan a la vejez son totalmente dependientes de sus familias. Una pequeña parte recibe una suma por concepto de pensión o jubilación y esta es habitualmente insuficiente para su subsistencia. Esta situación es una fuente de desventura ya que el hombre en edad productiva entrega todo su esfuerzo para cumplir de la mejor manera posible con la educación de sus hijos para que mas tarde puedan valerse por sí mismos.

Pero cuando éste mismo hombre llega a la senectud, ya coexisten tres generaciones; sus hijos ya han formado otra familia y encaminan todos sus esfuerzos en la formación de esta tercera generación.

El viejo ya no es sujeto de interés para proporcionarle lo que sus mismas necesidades requieren. Si esta enfermo es un achaque por su edad; si le falta ropa, puede mandar a arreglar la que tiene en último término, son tantos los gastos que hay que hacer que no es posible atender sus necesidades y se convierten en gastos superfluos.

El medio familiar puede verse totalmente alterado por la presencia del anciano, en ocasiones las familias no ven otra posibilidad que deshacerse del viejo y su hospitalización es urgente, pues permite también al anciano el tener un sentido de aceptación más positivo en el medio hospitalario que dentro de su familia. En ocasiones los verdaderos problemas del anciano son conflictualizados, de tal forma por los familiares que la situación se vuelve insoportable para ambas partes.

Por otro lado, sabe que un gran número de mujeres encabezan hogares, sacrificando su bienestar y posible desarrollo personal, en bien del resto de la

familia. Las labores domésticas, cuidado de la casa y de los menores o de otros miembros de edad avanzada, son actividades que le corresponden casi siempre a ellas sin que exista reconocimiento o gratificación alguna, perdiendo lenta pero gradualmente su jerarquía dentro del marco familiar, y en muchos casos siendo víctimas de descuidos, maltratos o agresiones de miembros de su propia familia sin que exista una obligación legalmente orientada el hecho de que los hijos atiendan a sus padres ancianos, existen leyes que no se llevan a cabo o se desconocen por el anciano y por los miembros de la sociedad, además de los estereotipos que hacen que se desvalorice al anciano.

3.2. Entorno Laboral.

Nuestra época se ha caracterizado con frecuencia como la era del trabajo, fenómeno global que abarca todas las dimensiones humanas, las materiales y las intangibles. Sus características en la sociedad contemporánea comienzan a variar cualitativamente (por la creciente tecnología que conlleva) y cuantitativamente (por existir menos trabajo disponible), y aparece el desempleo estructural en las economías de todo el mundo. Muchas de las concepciones sobre el trabajo inspiradoras de la política económica y social se basan en situaciones del pasado difícilmente reproducibles en el futuro. La ancianidad se ve especialmente afectada por las limitaciones del trabajo existente, por estereotipos sobre su capacidad laboral y por la definición clásica del trabajo como obligación poco placentera de la que se jubilan los humanos con el correr de los años (Kalish, 1996).

El significado moderno de trabajo industrial lo considera incompatible con la ancianidad: el trabajo es cosa de adultos y jóvenes, no de viejos. A partir de este concepto es fácil empezar a comprender el origen de la segregación en este sentido hacia los adultos mayores, de ahí pueden nacer la discriminación, el abuso e incluso la violencia hacia este grupo de edad.

Anteriormente el trabajo se realizaba no como mera transacción por el salario sino como un significado global, el trabajo artesanal en un oficio suponía una situación vital permanente, con una estructura ocupacional definida con criterios de promoción, status y asistencia hasta la ancianidad. El viejo artesano no era excluido súbitamente de la actividad laboral, siendo el gremio su protector en la edad mayor y hasta responsable del entierro. En el trabajo agrícola la situación era también global, aunque dependiente, el siervo de la tierra residía permanentemente en una explotación al servicio del señor para quién trabajaba y de quién recibía protección. Hasta la época industrial, el trabajo era una actividad vital total que englobaba no sólo la prestación del esfuerzo sino otros aspectos vitales.

El trabajo en las próximas décadas va a ser muy diferente al conocido hasta hoy. A continuación se señalan dos factores que influyen sobre el trabajo de las personas de edad: la reducción de la población activa y la orientación ideológica.

Reducción de la población activa. La cantidad de personas necesarias para producir los bienes y servicios en las sociedades modernas se ha reducido en los últimos años. Las mejoras de la productividad se han debido a innovaciones tecnológicas y al interés de las propias empresas en reducir la mano de obra; la máquina no se afilia a sindicatos ni participa en huelgas.

Disminuye la población activa a través de diferentes medidas, reducción de las edades de jubilación para los adultos y prolongación de la formación para los jóvenes y entrada más tarde en la fuerza laboral.

Orientación ideológica. Frente a esta situación se mantienen dos posturas ideológicas contrapuestas. Por una parte los empresarios y economistas neoclásicos defienden el dinamismo de la economía basado en la creación de puestos de trabajo por la expansión de la demanda. Por otra parte ideologías, ecologistas, pacifistas, socialistas, clásicas, consideran que el conjunto de trabajo

a realizar es limitado, para este grupo la solución se basa en el reparto del trabajo total disponible entre todos los demandantes.

Socialmente se ha considerado al jubilado sin rol, por no haberle reconocido la sociedad contemporánea un papel social, como lo hacían muchas sociedades primitivas o la medieval, donde el final de la actividad guerrera o artesanal no suponía la pérdida del status social.

Se ha tratado frecuentemente del aislamiento social que supone la jubilación al perder el trabajador su grupo de relación, de contacto diario, los compañeros de trabajo. Los estudios internacionales entre Europa y Estados Unidos muestran las mayores variaciones entre grupos ocupacionales más que entre países, lo cual revela que la ocupación define más la vida social que la nacionalidad. El tipo de actividades a las que dedican los jubilados continúa siendo semejante: en Estados Unidos una tercera parte aumenta su nivel de actividad y una quinta parte lo reduce (Casals, 1982 y Moragas, 1991).

El retiro debería tener tanto aspectos positivos como negativos: positivos porque debería de ser una fase de la vida libre de las demandas del trabajo y de la paternidad y negativa porque podía representar un descenso en el ingreso, papel social e identidad. En la práctica, el estereotipo común acerca del retiro es que se considera "cosa mala". Asociado causalmente con disminución de la moral, satisfacción con la vida y salud y, quizás, con un incremento en la mortalidad (Berryman, 1994). La jubilación significa diferentes cosas para las personas. En el aspecto negativo implica una reducción en el salario, la necesidad de adaptarse a un nuevo rol, la pérdida de contactos sociales informales, la pérdida de una base para la identificación personal y el sentido de lo significativo. En su aspecto positivo, la jubilación significa una mayor libertad y el estar abierto a innumerables opciones, incluyendo la oportunidad para realizar interesantes proyectos, viajar, trasladarse a la comunidad que se ha deseado (Kalish, 1996).

Durante muchos años se ha afirmado que la jubilación es onerosa, que estar jubilado es no tener sentido, que las personas se aburren con la jubilación que el tiempo libre pocas veces se llena con actividades interesantes. Quizá, (pero sólo quizá) esto fue cierto para aquellas personas mayores que consideraban el trabajo como un valor ético tan grande, que cualquier otra alternativa le era difícil de aceptar.

El mayor miedo y ansiedad que produce la jubilación, es el resultado del conocimiento que el salario en un futuro va a ser mucho menor del que se tiene cuando se está trabajando, ya que los salarios después de la jubilación son mínimos.

La jubilación afecta a las relaciones familiares de muchas formas pero en especial a la vida de la pareja, cuyos ritmos vitales serán distintos a partir de la misma. El impacto sobre la esposa resulta muy intenso debido a la mayor presencia del esposo en el hogar; las respuestas varían entre el rediseño del trabajo familiar y la mayor participación del marido, tarea siempre difícil cuando durante varias décadas ha existido una rutina en el hogar que asignaba la casi totalidad de responsabilidades a la esposa. Otra solución, consiste en la búsqueda de alternativas a las horas ocupadas por el trabajo perdido, en el exterior del hogar. Ello justifica el éxito de los hogares y clubs de jubilados y la regularidad con la que muchos asistentes acuden a los mismos, sustituyendo la rutina temporal laboral por la del centro social que proporciona sentido a sus vidas. Con frecuencia los jubilados que detallan sus ocupaciones en un día típico dicen que << tiene >> que asistir al hogar o club, cuando en realidad no existe ninguna obligatoriedad, pero resulta satisfactorio sustituir la obligación laboral perdida por la obligación recreativa, la jubilación facilita que el marido pueda asumir más responsabilidades domésticas que cuando se hallaba trabajando pues ahora dispone de más tiempo; la respuesta de las esposas resulta diferente según su clase social siendo más aceptada su colaboración en las clases medias y altas que en las clases bajas.

La jubilación tiene más éxito cuando se basa en el ajuste del individuo a la nueva situación vital. Los factores más importantes para facilitar el ajuste personal son: salud, cuantía económica de la pensión, motivación e interés de los jubilados para realizar actividades habituales o nuevas.

Ante todo se debe reconocer que la mujer posee un potencial mayor de funcionalidad social y económica que el varón. Sólo ella puede realizar la función biológica y social de transmitir la vida, el trabajo más importante para la supervivencia de la sociedad y contribuye con el trabajo doméstico a posibilitar el trabajo de todos, sin que esta función se le reconozca social y económicamente (Gobierno D.F., México, 1999). Los planes más generosos de seguridad social prevén el descanso de la mujer durante la lactancia del hijo pero ninguna disposición considera ninguna excedencia para educación de los hijos o cuidado de los ancianos. Sin embargo, los científicos sociales destacan cada vez más la importancia de un entorno social estable, afectivo, para el bienestar global de toda la familia.

Si se contabilizaran los gastos públicos del aparato de represión de la delincuencia juvenil y de asistencia a los ancianos, se comprobaría que resultaría más económico y más seguro para los ciudadanos proporcionar permisos retribuidos a las madres trabajadoras, no sólo para la maternidad, sino para que educaran a sus hijos en los valores de la sociabilidad y cuidado de los ancianos. No se reconoce la contribución de la mujer al trabajo de los demás proporcionando la infraestructura básica de los servicios, alimentación, limpieza, vestido. La única forma de valorarlos consiste en calcular su costo cuando el ama de casa no los realiza (viaje, ausencia, etcétera), apareciendo entonces clara su importancia para el conjunto de la población.

Las ciencias sociales deben reconocer la importancia del trabajo de la mujer analizando su aportación real a la sociedad a través de las funciones de madre

generadora de la vida, educadora de sus hijos, cuidadora de ancianos y proveedora de la mayor parte de la infraestructura económica y de servicios del hogar. Los únicos intentos de reconocer su importancia son los hechos por los economistas, que han valorado el trabajo doméstico; pero la magnitud de las cifras ha hecho archivar el asunto, olvidando propuestas razonables como la seguridad social del ama de casa.

El trabajo realizado fundamentalmente por mujeres consiste, por una parte, en la atención de los hijos, cónyuge y ancianos en sus aspectos afectivos, educacionales y sociales y por otra, en el trabajo doméstico, de alimentación, vivienda y cuidado de los que convivan en el hogar. El trabajo del hogar, marco de convivencia de la familia, resulta diferente del trabajo de mera atención de las necesidades físicas de personas que conviven bajo el mismo techo en instituciones, hoteles, residencias, cuarteles, internados. La nota diferencial radica en las relaciones afectivas y sociales que la mujer proporciona a los miembros de su propia familia y que el empleo de hogar por cuenta ajena o en institucionales no puede suministrar.

La casi totalidad del trabajo del hogar lo realizan esposas, que atienden no sólo a los hijos y cónyuges sino en muchos casos a padres ancianos, propios o políticos, aportando calidad de vida a los ancianos, y ahorro a los servicios sociales públicos (Berryman, 1994). La característica de trabajo sumergido, no contabilizado en el producto nacional bruto, no impide que se reconozca como estructura básica para el conjunto de la población. Sin embargo el trabajo del hogar no tiene buena prensa en la opinión pública, se considera inferior al trabajo industrial más rutinario, cuando en realidad las amas de casa toman decisiones más complejas diariamente que la mayoría de los puestos de trabajo en la industria y servicios; proporciona más prestigio a la mujer el ocupar un puesto en una cadena de montaje de electrodomésticos o en un comercio de ser una previsora responsable ama de casa (Stith, 1992). El análisis más sencillo de los respectivos puestos de trabajo descubre una complejidad mayor en el trabajo del ama de casa, utilizando

criterios de decisión complejos, asumiendo riesgos y mostrando iniciativas que no requieren la mayoría de los trabajos actuales. El trabajo del hogar necesita promoción social pero la tendencia actual resulta totalmente contraria. Las feministas lo califican de esclavitud por parte del hombre; los conservadores quieren dignificarlo con argumentos tradicionales o de autoridad que no sintonizan con la juventud. La mala imagen que tiene se manifiesta claramente en la resistencia de las nuevas generaciones a figurar en los documentos como sencillamente ama de casa.

3.3. Entorno Social.

En nuestra sociedad, el concepto de vejez “responde más a un juicio social que a uno biológico, visualizado a través de un criterio etéreo” (C.O.N.A.P.O, México, 1994).

A partir de la anterior consideración, es posible explicarse el hecho de que entre los diferentes países, la forma de entender la vejez sea distinta, incluso que pueda cambiar a lo largo del tiempo en una misma sociedad. En México, se presentan marcadas variaciones debido a que en sus distintos contextos, se observa una gran heterogeneidad económica, social y cultural (San Miguel, 1999).

Algunos autores consideran la vejez, como un destino social; sin descuidar los aspectos biológicos del envejecimiento, opinan 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 este contexto, afirman que la situación actual de los ancianos obedece, en buena medida, a las políticas sociales adoptadas (Márquez y Vázquez, 1996).

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, a cual proyecta sobre los viejos una imagen de discapacidad, de estorbo, de inutilidad social, de

personas con un conocimiento obsoleto, rebasadas por la modernidad. No obstante que estas ideas son falsas, han propiciado que los ancianos las adopten también y acaben por percibirse a sí mismos en estos términos.

A las personas mayores generalmente se les infravalora, los roles que desempeña son frecuentemente o poco interesantes o displacenteros, con lo cual están fomentando los estereotipos (Kalish, 1996).

El valor del individuo en la sociedad está íntimamente ligado con su capacidad de producción y al disminuir ésta, se cuestiona la colocación del anciano optándose por la jubilación.

Por lo tanto para los ancianos, el dejar de trabajar significa pérdida de prestigio, pero el seguir trabajando ofrece sus inconvenientes, por que al presentar deficiencias en la salud los ancianos suelen ser incompetentes (Martínez y Quintana, 1984).

Por el contrario, investigaciones recientes indican que, en ciertos trabajos, las personas de más de 60 años pueden igualar y aun superar a los jóvenes porque son más responsables y logran optimizar con mayor eficacia los recursos a su disposición. De igual forma, diversos estudios demuestran que “los ancianos suelen conservar en forma notable su inteligencia, enriquecida por su experiencia, y esto les permite compensar defectos cognitivos, como es la disminución de la capacidad para el pensamiento inductivo. Por otra parte, el anciano maneja bien las estructuras lógicas y su razonamiento deductivo puede ser excelente. (De la Fuente, 1998).

En algunos sectores de la sociedad se sigue sin precisar el rol del anciano; falta aún una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos y en cuyo desempeño éstos podrían conseguir el reconocimiento social.

Debido a que las actividades de los ancianos en la sociedad no han sido definidas, cada anciano debe buscar en que ocuparse, y encargarse de tareas que puedan ser más o menos valiosas y significativas para él, sin tener ninguna garantía de que serán reconocidas socialmente. Incluso, en los casos en que los ancianos desarrollen tareas sustanciales, como por ejemplo, el aseo del hogar, la preparación de los alimentos, el cuidado de los menores, tareas que significan un apoyo para la economía familiar, difícilmente se les reconoce por considerarse que, en pago a su manutención, están obligados a desarrollar alguna actividad productiva.

La dificultad para llevar a cabo las tareas antes mencionadas, hace que un reducido número de ancianos logren ese reconocimiento social, y que otros muchos deban resignarse al confinamiento en una habitación en donde transcurre su vida, abandonados a su suerte, ya que se han vuelto invisibles para quienes les rodean.

Es pertinente remarcar que los problemas del anciano no sólo dependen de él, muchos de sus sufrimientos, incluyendo la precipitación de su declinación funcional, están determinados por las actitudes y las conductas de las personas que le rodean, así como de aquellos con quienes se relaciona, ya que no va a encontrarle un sentido a la vida, un anciano cuidado, valorado, estimado va a ser todo lo posible por estar bien con él mismo y con el entorno que lo rodea haciéndolo participe de su propio cuidado y de diversas actividades que le permita su situación física creando un ambiente saludable.

3.4. Datos Demográficos en el entorno social.

Como es bien sabido se cuenta con estadísticas sociodemográficas nacionales confiables, las cuales están disponibles en el informe del último censo de población realizado en la República Mexicana por el Instituto Nacional de

Estadística, Geografía e Informática (I.N.E.G.I.) en el año 2000. (Ver tabla 3), las cuales nos servirán para darnos un panorama de cual es la situación del anciano en nuestro país.

POBLACIÓN TOTAL POR GRUPOS DE EDAD EN LA REPUBLICA MEXICANA

GRUPO DE EDAD	Total	Hombres	Mujeres
Total	97 483 412	47 592 253	49 891 159
0-4	10 635 157	5 401 306	5 233 851
5-9	11 215 323	5 677 711	5 537 612
10-14	10 736 493	5 435 737	5 300 756
15-19	9 992 135	4 909 648	5 082 487
20-24	9 071 134	4 303 600	4 767 534
25-29	8 157 743	3 861 482	4 296 261
30-34	7 136 523	3 383 356	3 753 167
35-39	6 352 538	3 023 328	3 329 210
40-44	5 194 833	2 494 771	2 700 062
45-49	4 072 091	1 957 177	2 114 914
50-54	3 357 953	1 624 033	1 733 920
55-59	2 559 231	1 234 072	1 325 159
60-64	2 198 146	1 045 404	1 152 742
65 y más años	4 750 311	2 206 953	2 543 358
No especificado	2 053 801	1 033 675	1 020 126

FUENTE: **INEGI**. *Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda*. Bases de datos tabulados de la muestra censal. Aguascalientes, Ags., México 2001.

Tabla 3.- Población Total por Grupos de Edad en la Republica Mexicana

INDICADORES DEMOGRÁFICOS RELEVANTES POR PAÍS

PAIS	Tasa de natalidad (1000 habitantes)	Tasa de mortalidad (1000 habitantes)	Población de 60 años y más (Por 100 habitantes)
Alemania	9	11	23.2
Arabia Saudita	34	4	4.6.
Argentina	20	8	13.3
Australia	14	8	13.3
Brasil	20	7	7.8
Canadá	12	7	16.8
Costa Rica	23	4	7.5
Chile	20	6	10.2
China	16	7	10.1
España	9	9	21.8
Estados Unidos	14	9	16.4
Federación Rusa	10	14	18.5
Francia	12	9	20.5
Holanda	12	9	18.4
Italia	9	10	24.2
Japón	10	8	23.1
México	22	5	7
Nigeria	39	15	4.9
Nueva Zelanda	15	8	15.6
Suiza	11	9	19.4
Venezuela	25	5	6.6

FUENTE:

Para México. INEGI: *Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Aguascalientes, Ags., México, 2001.*

TABLA 4.- INDICADORES DEMOGRÁFICOS RELEVANTES POR PAÍS

A nivel Internacional, organismos como la Organización de las Naciones Unidas (O.N.U., 2004) permiten conocer datos demográficos de casi todos los países del mundo que permiten ubicar a nuestro país en el contexto de problemas como el de la violencia hacia los ancianos.

La esperanza de vida ha ido aumentando en todos los países, sin embargo es evidente que los habitantes de naciones desarrolladas presentan una mayor longevidad comparadas con las subdesarrolladas.

Por otro lado es sabido que el género femenino vive más años que el masculino. La siguiente tabla muestra la esperanza de vida al nacer por género en algunos países.

ESPERANZA DE VIDA EN AÑOS AL NACER POR PAIS Y GÉNERO

País	Hombres	Mujeres
Alemania	73.7	80.1
Arabia Saudita	71.0	72.6
Argentina	70.6	77.8
Australia	76.8	82.2
Brasil	63.7	71.7
Canadá	76.2	81.9
Corea del Sur	69.2	76.3
Costa Rica	74.2	78.9
Chile	73.4	79.9
China	68.1	71.3
España	75.3	82.1
Estados Unidos	73.8	79.7
Federación Rusa	62.7	74

Francia	74.9	83.6
Holanda	75.0	81.1
Israel	76.2	79.9
Italia	75.4	82.1
Japón	77.6	84.3
Libia	65.0	67.0
México	73.1	77.6
Nigeria	46.8	48.2
Noruega	75.1	82.1
Singapur	75.1	80.8
Sudáfrica	47.3	49.7
Venezuela	70.9	76.2

FUENTE: ONU. World Population Prospects. www.un.org/popin

Para México. INEGI: *Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*. Aguascalientes, Ags., México, 2001.

Tabla 5.- Esperanza de Vida en Años al Nacer por País y Género

Los indicadores sociales por género disponibles como son escolaridad, ingreso económico, número de hijos, etc. nos permiten identificar algunas de las fuentes potenciales de violencia, sin embargo, por lo menos en nuestro país, no se cuenta con estadísticas confiables que permitan concluir a cerca de la influencia de estos en los casos de violencia a los adultos.

INDICADORES SOCIALES

Indicador	1990	2000
Hombres por cada 100 mujeres	97	95
Edad media Hombres (años)	19	22
Edad media Mujeres (años)	20	23
Mujeres 65 años y más (%)	46.8	46.5
Hombres 65 años y más (%)	53.2	53.5
Hombres analfabetas de más de 15 años (%)	9.6	7.4
Mujeres analfabetas de más de 15 años (%)	15.0	11.3
Hombres con primaria incompleta de más de 15 años (%)	34.1	26.4
Mujeres con primaria incompleta de más de 15 años (%)	38.2	29.9
Hombres adultos económicamente activos (%)	68.0	70.3
Mujeres adultas económicamente activas (%)	19.6	29.9
Hombres con escolaridad a nivel técnico o profesional (%)	10.6	12.0
Mujeres con escolaridad a nivel técnico o profesional (%)	22.0	18.9
Trabajadores agrícolas hombres (%)	28.5	21.0
Trabajador doméstico hombre (%)	0.1	0.7
Trabajadora doméstica mujer (%)	11.6	12.4
Trabajador hombre con más de 5 salarios mínimos (%)	8.8	13.5
Trabajador mujer con más de 5 salarios mínimos (%)	4.6	10.4
Jefe de familia hombre (%)	82.7	79.4
Jefe de familia mujer (%)	17.3	20.5
<p>FUENTE:Para 1990 INEGI. <i>Estados Unidos Mexicanos. XI Censo General de Población y Vivienda</i>. Bases de datos tabulados de la muestra censal. Aguascalientes, Ags., México 1992.</p> <p>Para 2000 INEGI. <i>Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda</i>. Bases de datos tabulados de la muestra censal. Aguascalientes, Ags., México 2001.</p>		

Tabla 6.- Indicadores Sociales

El papel del anciano en la sociedad y en los distintos ámbitos debe replantearse con la finalidad de que sea reconocido y dignificado. Para lograr ese objetivo, es necesario encontrar formas eficaces y prácticas para reintegrar a los ancianos a la vida social y económica, de manera que puedan participar y disfrutar plenamente de sus derechos.

Se debe enseñar a todos, desde la infancia, que los viejos tienen iguales derechos que los jóvenes, que las desventajas de la vejez son reales, pero se pueden remediar, y que no deben exagerarse, que la vejez, como la juventud, puede ser un tiempo de felicidad y crecimiento.

Una de estas vías es el fortalecimiento de una cultura de Derechos Humanos en nuestra sociedad, lo cual es posible lograr mediante la enseñanza y práctica de esos Derechos, tanto en el sistema educativo formal como en el informal, todo esto repercutiría en la prevención del maltrato y la violencia a los ancianos y por lo tanto el anciano gozaría de una vida digna dentro de nuestra sociedad. Otra cosa que no se debe dejar de lado en esta enseñanza es que existen varios factores que pueden propiciar la violencia que son el concepto que se tiene del anciano, que el entorno en el que se desenvuelve es otro factor de violencia debido a que está relacionado a diversos factores, por ejemplo el entorno familiar está relacionado con factores como la economía, al ámbito social y cultural, el tipo de desarrollo del país, el concepto que se tiene de la etapa de la vejez, estos pueden desestabilizar el entorno familiar. Tomando en cuenta estos aspectos la sociedad en general debe estar pendiente de cualquier signo y tipo de violencia que se da al anciano, de la cual no contamos con estadísticas ya que muchas veces no se denuncia o son casos que no salen a la luz, pero como se ha visto, la interacción de los diferentes factores que rodean al anciano.

CAPITULO 4. LA VIOLENCIA HACIA EL ANCIANO.

La violencia en ancianos es un problema social que crece día con día. De ser en su etapa anterior, proveedor, el anciano pasa a ser una persona incapaz de valerse por sí mismo, dependiente de los demás, según los estereotipos negativos que tenemos hacia este grupo de personas los demás miembros de la sociedad, esto hace que se le desvalorice, se le discrimine y se ejerza violencia hacia él. Por lo cual se exponen los tipos de violencia que existen y que son ejercidos hacia el anciano, pero que poco salen a la luz por no ser denunciados.

El maltrato al anciano emerge como problema social hace pocos años, no porque antes no existiera, ya que es conocida por siglos, sino porque siempre ha sido un tema oculto, ya que la persona que sufre de violencia no la denuncia por miedo a represalias, por temor a que sean llevados a una institución que los aleje del entorno familiar y social al que están acostumbrados o simplemente porque prefieren negar la realidad que les resulte insoportable; también porque obviamente el cuidador o el familiar que ejerce violencia al anciano no se va a dejar descubrir y mucho menos se va a dejar detener. Ahora que a nivel profesional de la salud no ha habido la conciencia ni la sensibilidad para detectar ni tratar a este tipo de población en sus necesidades lo mismo que a nivel social ya que al detectar los problemas los recursos son escasos a pesar de que el promedio de vida del hombre se va alargando, es por esto, que la violencia a los ancianos es la menos reconocida a nivel mundial.

Al conjunto de estereotipos, prejuicios y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad se le denomina *viejismo*, este es un fenómeno que se da en la mayoría de la población de todas las culturas, este fenómeno está caracterizado por conductas negativas hacia las personas viejas. Existe otro término para la discriminación a los ancianos llamada *gerontofobia*, esta se ve, en las actitudes, descripciones comunes, y bromas acerca de ellos, se distingue del primero ya que, este último término se refiere a una más rara

conducta de temor u odio irracional hacia los viejos y es incluida dentro del vejevismo y no utilizarla como sinónimo (Berryman, 1994 y Salvarezza, 1996).

Un viejo frente a nosotros es como una especie de “espejo del tiempo”, y como todos sabemos el destino que la sociedad impone a la vejev – desconsideración, rechazo, aislamiento, explotación y depósito en sórdidos lugares a la espera de la muerte – nos provoca angustia frente a este posible futuro y nos impulsa a escaparnos de ella, en pocas palabras elegimos no atenderlos (Salvarezza, 1996).

En un artículo llamado “Old is not a far letter Word” (Anderson, 1978; en D´ Gross 1994), se afirma que los ancianos enfrentan un doloroso muro de discriminación que, con frecuencia, son demasiado educados o demasiado tímidos para defenderse. No se les contrata para trabajos nuevos y se les retira de los viejos (por que se les considera rígidos o mentalmente incapaces, se les esquiv a nivel social por que se les considera “seniles o aburridos”) y se les saca de la vida familiar por que con frecuencia sus hijos los consideran enfermizos o parásitos. A los ancianos se les estereotipa como torpes, desagradables, y es manifiesto que de afecto se les segrega, formando así un grupo minoritario despreciado.

Los prejuicios contra la vejev, son adquiridos durante la infancia y luego se van asentando y racionalizando durante el resto de la vida (Salvarezza, 1996). Busse (1980; en Salvarezza, 1996), intenta explicar el origen del prejuicio hacia los viejos diciendo que “en ciertos momentos durante los años de formación educativa, los niños observan que la vejev va asociada con declinación mental y física. Ven en sus abuelos, la pérdida de la vitalidad, un declinar del vigor mental y del atractivo corporal. La persona en desarrollo ve estos cambios, indeseables, que acompañan a la vejev e inconscientemente rechaza tanto el proceso de envejecimiento como a las personas que son portadoras de él”. El temor es la base de la hostilidad y la ignorancia la prolonga. El temor es de que esto me

pueda pasar a mi, por lo tanto o debo escaparme o debo luchar activamente en contra, lo cual se puede manifestar en violencia.

En la primera Conferencia de Consenso sobre el anciano maltratado, celebrado en España en 1995, se acuerda definir maltratado al anciano como: “Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente” (Kessel, 1996 pág.372).

Ante tal diversidad de variables en donde se puede encontrar la violencia, carecemos de datos fiables en nuestro medio para estimar la magnitud de este problema en nuestro país.

Independientemente de la gran confusión que rodea a las definiciones y a los términos, existe cierto acuerdo sobre los tipos de abandono y maltrato a los ancianos. Así, el Consejo de Europa ha adoptado una definición, la cual encierra todas las informaciones de carácter general y que han podido ser verificadas por distintas organizaciones y profesionales, llegando a definir el maltrato a los ancianos el cual señala como todo acto u omisión cometida contra una persona mayor, en el cuadro de la vida familiar o institucional y que atente contra su vida, la seguridad económica, la integridad física, su libertad o comprometa gravemente el desarrollo de su personalidad.

Junto a esta definición existe una clasificación internacional de los malos tratos que puede recibir este sector de la población en los diferentes ámbitos de su vida social.

4.1. Tipos de Violencia.

A continuación se mencionan los tipos de violencia ejercidos hacia el anciano y sus consecuencias:

4.1.1. Maltrato Económico

La persona mayor no sólo es miembro de la familia, sino también de la Sociedad, es decir, un ciudadano con una historia productiva, creador de riqueza social y, por lo tanto, con plenos derechos para exigir que la Sociedad, a través del Estado, le devuelva parte de su contribución social en forma de pensiones y jubilaciones suficientes, viviendas adecuadas y servicios sociales que le garanticen una vida digna, autónoma y libre.

Los ancianos son a veces desapoderados de la administración de sus bienes, por sus parientes más jóvenes, instaurando una tutela que ninguna norma prevé. Están impedidos de solicitar y/o ser avales de un crédito, basados en normas escritas o no, en establecimientos bancarios.

4.1.2. Maltrato Estructural

En la configuración arquitectónica de la mayoría de las casas donde viven Mayores, no se tiene previsto la adaptación, ni la seguridad que posibilite la autonomía de vida. Asimismo ante el creciente desplazamiento poblacional de las áreas rurales a las altamente urbanizadas, es imprescindible adaptar las ciudades para que sus ancianos puedan acceder sin impedimentos donde necesiten concurrir.

Los planificadores urbanos y los decididores políticos no pueden dejar de tener en cuenta que un porcentaje elevado de habitantes son Adultos Mayores; sin embargo los semáforos no están regulados tomando en cuenta esta problemática, y a diario, podemos observar el pánico de nuestros viejos cuando deben cruzar alguna avenida. Otro grave problema son los medios de transporte colectivo, que no sólo presentan la dificultad del ascenso y descenso, sino los agravios de que son objeto por estas dificultades, y al igual que en edificios, mercados, consultorios médicos, clínicas, oficinas que estando ubicadas en pisos superiores

y no posean ascensores, constituyen verdaderas barreras arquitectónicas que dificultan su movilidad, también puertas giratorias, desniveles, etc. incluyendo el hacinamiento en la vivienda familiar o institucional.

4.1.3. Maltrato Físico

Si bien las escasas estadísticas no reflejan la realidad en su totalidad, se manifiesta en forma de golpes y todo tipo de maltrato corporal. Estas situaciones se incrementan cuando las víctimas son: Personas obesas; que permanecen mucho tiempo en cama, (incluye falta de habilidad para asearlo), dementizadas; con enfermedades crónicas incapacitantes de origen físico o mental, hipoacústicas o con algún otro tipo de discapacidad, incontinentes. Generando a veces en el cuidador, abuso y maltrato.

Otras formas son: Situaciones de abandono, desnutrición, descuido de la salud, que se puede expresar como submedicación o sobremedicación, malas condiciones de habitabilidad, medio ambiente de riesgo, cuyos indicadores son, falta de luz, ventilación defectuosa, inexistencia de servicios higiénicos sanitarios, calefacción, confinándolo en lugares sanitariamente inadmisibles.

Otro problema muy frecuente es que existen familias en las cuales a través de las distintas generaciones, la violencia corporal es aceptada como práctica cultural que no se cuestiona y tal vez fue considerada siempre como la forma normal de las interacciones personales y de la resolución de conflictos.

4.1.4. Abuso Sexual

Las ancianas, por lo general no denuncian este tipo de maltrato por tratarse de personas de edad ellas mismas tienen internalizados muchos prejuicios que arrastran desde su niñez y se puede ejemplificar así:

La Sociedad exige que se adecuen sus conductas al "rol" o "imagen social" que se tiene de los Mayores, sin importar lo que las personas quieren ser, y así sufren los "tabúes sociales" más que la carga de los años. Incluimos la desvalorización de la persona abusada como sujeto de derecho a ejercer su sexualidad.

Este tipo de violencia se agrava significativamente para aquellos casos en que los mayores están institucionalizados. Prejuiciosamente se impide el ejercicio adecuado de la sexualidad por carencia de espacios privados y falta de intimidad, prohibiciones para salir en pareja, enamorarse, mantener relaciones, volver a casarse, etcétera.

Es imprescindible que la sociedad y la familia tengan una actitud franca, abierta, de aceptación de la sexualidad como un elemento importante en la vida del ser humano, que pueda contribuir al bienestar, a la dicha, a la felicidad de los ancianos, al desarrollo positivo de la personalidad, una actitud libre de prejuicios y tabúes, libre de censura y reservas.

4.1.5. Violación de Derechos Civiles

Todos los adultos tienen derechos inalienables protegidos por las leyes de sus respectivos países. Estos derechos incluyen la libertad a no ser sometido a trabajos duros, la libertad de reunión, de prensa, de religión, el derecho a un adecuado tratamiento médico, el derecho a no ser declarado incompetente sin un proceso legal justo, el derecho al voto, el derecho a ser tratado con cortesía, dignidad y respeto. La violación de estos derechos puede incluir no permitir la visita de amigos, leer el correo personal, asistir a la iglesia, coaccionarle para que emita el voto en un determinado sentido contrario a la ideología del anciano. La mayoría de los casos de abandono y abuso en los ancianos incluye alguna violación de sus derechos.

4.1.6. Violencia Medicamentosa

También podemos considerar como maltrato, la inadecuada medicación con el fin de conseguir que la persona mayor esté siempre tranquila. Este tipo de maltrato se suele dar más en las instituciones, aunque también se puede observar dentro del propio domicilio familiar. En el otro sentido podemos considerar como maltrato, la no administración de medicamento por el medico o familiar del anciano.

4.1.7. Negligencia

Otra forma de violencia que sistemáticamente se le proporciona a los ancianos es, la negligencia en un sentido activo o pasivo. Entre la negligencia activa como violencia hacia la persona mayor, podemos considerar la privación voluntaria de libertad. Al anciano se le fuerza para que se quede en la cama o sentado en una silla. También podemos considerar como maltrato el privar a la persona mayor de comida, bebida o higiene.

En cuanto a la negligencia pasiva, es uno de los maltratos más comunes que sufren las personas mayores, en estos casos nos estamos refiriendo al olvido, es decir cuando al anciano no se le tiene en cuenta para nada, se le confina en el último rincón del hábitat familiar o institucional y se olvida llamarle para comer, aseo, hablar, relacionarse, etc.

Hecha esta aproximación sobre la definición de maltrato en la persona mayor, así, como las diferentes formas que este puede adoptar, nos toca ahora abordar donde y en que lugar se producen los malos tratos.

4.1.8. Maltrato Psicológico

Cuando los Mayores se convierten en dependientes económicos, físicos y emocionales de sus hijos, muchas veces se invierten los roles, el tener que dejar

el rol de adulto independiente para ocupar el rol de adulto dependiente, los coloca en una situación de riesgo. Si se trata de una familia con características violentas, el anciano es víctima de las mismas conductas autoritarias y humillantes que reciben los niños. Por otro lado, como todo ser considerado "débil", puede convertirse en el "chivo expiatorio" de todas las tensiones y conflictos de la familia. A veces la violencia es el medio de comunicación para "controlar" y "manejar" a la persona anciana. El no escuchar o prestar poca atención a la necesidad de comunicarse por parte del adulto mayor, lleva a una disminución de la interacción social.

Se manifiesta también en forma de insultos, agravios que de una u otra manera, subestiman al anciano. Pero cualquiera sea la causa del maltrato psicológico, sabemos que puede aumentar en él, problemas de depresión, llegando en algunos casos extremos hasta el suicidio.

El maltrato psicológico está relacionado con los demás tipos de maltrato, un anciano despojado de sus bienes, de su pensión; un anciano rechazado, golpeado, olvidado, será un anciano deprimido, enfermo, que tendrá mayores probabilidades de presentar deterioro físico y mental, así como pocas probabilidades de seguir viviendo.

4.2. Ámbitos en los que se puede dar el Maltrato.

Los ámbitos donde estos mecanismos destacan pueden ser de los más variados, el seno familiar, comunidades de vecinos, transporte, oficinas de la administración, empresas de distintos productos que emplean agresivas técnicas de venta, residencias privadas o públicas, servicios sociales o sanitarios.

El estudio de maltrato al anciano en los servicios de salud, desde la profesión de enfermera, es el paso previo a actuar como garantía de los derechos de los

ancianos a nuestro cuidado, ante la familia, compañeros o los responsables de la propia institución.

Llevamos algunos años escuchando hablar de la necesaria reorientación de los servicios sanitarios, no podemos seguir manteniendo solamente servicios tecnológicos excesivamente caros, dedicados básicamente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

La centralización de la asistencia en hospitales de vanguardia para patología aguda, carece de sentido cuando una parte importante de una población lo que requiere cuidados enfocados a la prevención de secuelas y rehabilitación de las enfermedades crónicas que padecen.

El problema evidentemente no se soluciona manteniendo la situación actual en los grandes hospitales y derivando los pacientes crónicos en su mayoría ancianos a los hospitales concertados de tercera categoría, donde los cuidados que se ofertan son muchas veces por una u otra razón de baja calidad.

También es necesario tener en cuenta, que en estructuras centradas en el diagnóstico y la curación, ante lo crónico de la enfermedad, o la muerte, la respuesta puede ser la frustración, y esta suele acabar de una forma u otra en maltrato.

A todos, independientemente de nuestra edad, nos afecta un prolongado tratamiento o el ingreso en una institución sanitaria, por el cambio de hábitos, alimentación, entorno hostil, la falta de información, y, sobretodo la eliminación del contacto afectivo, que crea un alto grado de ansiedad, a la ansiedad podemos añadir el miedo, el aislamiento que frecuentemente sufren ancianos hospitalizados, y la desorientación, problema que puede conducirlos a situaciones

de demencia transitoria de mayor o menor duración, pero que siempre lleva unido un gran sufrimiento.

4.2.1. Maltrato en los Sistemas de Salud

Durante el proceso individual e inevitable de envejecer, se van produciendo una serie de modificaciones morfológicas y funcionales que unidas a un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas e invalidantes, hacen que, a pesar de la gran capacidad de adaptación de las personas que se encuentran en este grupo de edad, en ocasiones las limitaciones en su autocuidado serán tan importantes que pasen de una situación de independencia a una de dependencia de familiares, servicios sociales y o sanitarios.

Los mecanismos que desatan el maltrato a los ancianos se pueden explicar en los siguientes puntos:

- Las que enfatizan su vulnerabilidad y dependencia de otros para conseguir su bienestar.
- Las que le dan gran importancia a las actitudes sociales negativas hacia este grupo de edad.
- Las adscriben el fenómeno a la dinámica familiar (niño maltratado que maltrata a sus padres).
- Las que están centradas en las características del maltratante (problemas psicopatológicos, abusador, negligente, incapaz de establecer relaciones afectivas con los ancianos).
- Por último el resentimiento y frustración hacia los ancianos dependientes largo tiempo, que producen una gran tensión en el proveedor de cuidados.

Cada una de ellas, o la asociación de varias, son generadoras de la mayoría de los abusos a los ancianos. Todo lo expuesto no lleva a pensar en la vejez como

una etapa de desarrollo humano donde los factores de riesgo de padecer maltrato aumentan al mismo tiempo que la edad.

4.2.2. Maltrato Dentro de la Familia

La mayor parte de la población anciana mexicana, vive dentro de una familia. Es aquí donde se desarrolla el viejo, donde continua creciendo como persona desde el punto de vista espiritual, intelectual y aportando para su grupo. También es donde se ve afectado por los demás miembros de su familia, y ésta por el viejo, el cual es el más vulnerable, y quién probablemente requiera de cuidados diferentes, cuando por su envejecimiento, ha perdido la capacidad de adaptarse a los cambios, esto aunado con los prejuicios y estereotipos negativos que se tienen, como el hecho de pensar que “los anciano se inventan enfermedades para que los mimen”, “toda la gente anciana se parece entre sí”, “todas las personas mayores están aisladas”, estas afirmaciones equivocadas que se dan debido a la falta de conocimiento de la vejez. Hacen que el anciano sufra maltrato dentro del núcleo familiar (Romero, 1999).

Los ancianos en algunos casos presentan patologías múltiples como problemas motores, psíquicos y de orientación. Debido a esto, necesitan ayuda en sus actividades diarias, circunstancia que puede llevar a un estado de dependencia. Esta situación puede hacer que sus familias los consideren como una carga y limiten la atención y servicios a un mínimo, desde aquí hay violencia. El maltrato de ancianos se puede manifestar de diversas maneras, como físico, psicológico, financiero y/o material, maltrato médico o autoabandono, como se menciono anteriormente.

Muchas veces los ancianos, por vergüenza o para proteger a otros, encubren la situación de la que son objeto. Se produce un sentimiento contradictorio en el

anciano, de afecto, rechazo y dependencia emocional ante quien lo maltrata (Romero C. 1999).

La observación sensible, la escucha atenta y la actitud receptiva son algunos de los recursos con que contamos para identificar a un anciano maltratado.

Tanto la violencia social (necesidades básicas insatisfechas) como la violencia familiar, con sus dificultades y costos (pues los ancianos deben denunciar a sus propios hijos o familiares de los cuales en general dependen afectiva y/o económicamente) son aspectos que tenemos que tener en claro al abordar esta problemática específica.

La violencia familiar es un proceso cíclico y se desarrolla en tres fases:

1º) *FASE*: Denominada de "ACUMULACIÓN DE TENSIONES", provoca la sumatoria de incidentes que van incrementándose en intensidad y hostilidad. Predominan las agresiones verbales acompañadas o no por golpes menores.

La violencia se desata por causas distintas a los motivos intrascendentes que la provocan; no tienen que ver con la actitud de la víctima.

Una vez iniciado el proceso es difícil que se detenga.

2º) *FASE*: Denominada "'EPISODIO AGUDO' circunstancia en la se genera una situación que varía en grado de gravedad desde la destrucción de objetos, golpes, abuso sexual hasta el eventual homicidio o suicidio.

Las circunstancias son de gran nivel de inestabilidad, impredecibilidad, destructividad y de corta duración.

En esta fase a veces se pide ayuda y/o se abandona el hogar; a veces se opta por recluirse aun más porque sus lesiones son visibles.

3º) *FASE*: Denominada "LUNA DE MIEL" en la que se produce el arrepentimiento, a veces inmediato junto con la promesa de que nunca más volverá a ocurrir. La actitud de la persona maltratada, suele ser, sentirse culpable de haber provocado la situación, dudar de las situaciones tomadas, volver al hogar y/o abandonar los tratamientos psicológicos si es que los ha tomado.

Cabe advertir que ciertos mitos sociales muy arraigados en la sociedad son perjudiciales, sobre todo los referentes a considerar a la violencia familiar como asociada a clases sociales bajas, alcoholismo o drogadicción, falta de trabajo o como algo innato al ser humano, debido a que de ésta manera se plantea una situación rígida e irreversible, y que no es tal, ya que si bien puede ser factores coadyuvantes, no significa que la generen.

El fenómeno de maltrato de ancianos es cada vez más reconocido por establecimientos médicos y organismos sociales, porque es un grave problema social, con raíces que son culturales y psicológicas, no importa el nivel económico o educativo de quien lo ejerce o lo padece. El maltrato vulnera los derechos fundamentales de las personas, por eso es un problema de todos, y es la sociedad en su conjunto, quien puede y debe cumplir un papel importante en todo esto, a través del conocimiento de la etapa de la vejez, resaltando que si bien en el anciano se dan cambios físicos y psicológicos, esto no significa que dejen de desempeñar sus actividades de manera normal, brindar a la familia ,y a la sociedad de estrategias para devolverle la funcionalidad y el bienestar a los miembros de la familia, y al anciano poderlo integrar al contexto familiar y social. Se tiene que brindar apoyo principalmente a la familia, cuando el anciano sufre de alteraciones de salud física, psicológica, ya que los familiares entran en conflicto por desconocer el tipo de atención y cuidados al anciano, se tiene que trabajar con los estereotipos negativos que se tienen hacia el grupo de personas de la tercera edad, fomentando el conocimiento de la etapa de la vejez para lograr un cambio

de actitud en los demás miembros de la sociedad, tarea que debemos de desempeñar como psicólogos.

4.3. Estadísticas de Violencia.

Son pocos los datos estadísticos acerca de los casos de violencia al anciano debido a que el abandono y malos tratos en este sector de la sociedad son las formas más recientes de maltrato aparecido como problema de salud (Stith, 1990).

Existen algunos trabajos, que han intentado aproximarse al estudio del abuso o maltrato en el anciano tanto desde el punto de vista epidemiológico como mediante la búsqueda de herramientas diagnósticas del maltrato al anciano, así como la investigación de factores de riesgo en nuestro medio. Ninguno de estos estudios está hecho con una base poblacional, por lo que sus resultados no son extrapolables a la población general y tampoco están validadas las escalas utilizadas.

Las cifras más altas corresponden a ancianos atendidos por los servicios sociales (35 %) y en hospitalizados (8.5 %). En el reciente estudio sobre prevalencia de sospecha de malos tratos a ancianos obtienen valores altos, de 11.9 %, pero se trata de sospecha sin confirmación del abuso. No conocemos estudios en nuestro país que hayan investigado intervenciones preventivas, en el campo del anciano maltratado.

Las conclusiones de la Primera Conferencia de Consenso sobre el anciano maltratado, resumen así la situación actual del problema en el mundo:

- 1) Desconocemos la prevalencia.
- 2) El maltrato no es privativo de clase social desfavorecida, Puede darse en la familia o en instituciones y los principales implicados son los familiares y cuidadores.

- 3) El desconocimiento y la negación del problema dificultan la prevención y la intervención.
- 4) No disponemos de una legislación específica de protección de las personas ancianas frente a los abusos, pero se deben notificar los casos de sospecha.
- 5) Todo profesional en relación con el anciano debe estar alerta respecto a signos y síntomas de maltrato.
- 6) Los propios ancianos deben conocer el problema del maltrato y los recursos sociales existentes para evitar reincidencias o secuelas.
- 7) Determinados factores de riesgo aumentan la probabilidad de maltrato.
- 8) Se necesita realizar mas esfuerzo en investigación sobre el maltrato al anciano.

El abandono y los malos tratos a los ancianos son difíciles de comprender para la mayoría de las personas, principalmente por que consideran que este fenómeno ocurren únicamente en centros Institucionales. Para muchos resulta casi imposible concebir que las personas mayores sean maltratadas en su propia casa.

4.3.1. Situación del problema en otros países.

En 1981, algunos investigadores estadounidenses se empiezan a interesar en el tema y estiman que por lo menos el 10% de su población anciana fue víctima de distintos tipos de maltrato (U.S Select Comité on Aging 1981, en Stith, 1992.). Para 1988 Pillemer y Finkelfor, estudiaron una población de 2000 ancianos de la Ciudad de Boston y encontraron que el 3.2% habían experimentado algún tipo de abuso desde que habían cumplido los 65 años de edad. A partir de estas investigaciones se fueron realizando más estudios e investigaciones en diferentes ciudades y países del mundo como en Canadá (Podnieks ,1992) en donde se añadieron preguntas sobre abusos financieros y estas reflejaron que el 4% de los ancianos canadienses habían sufrido diferentes tipos de maltrato.

El primer estudio para evaluar la prevalencia del maltrato en adultos mayores por sus cuidadores fue en el Reino Unido por Homer y Guilleard en 1990, basada en el estudio de los Estadounidenses Pillemor y Finkelfor, (1988, en Stith, 1992) con esta investigación se dieron cuenta que el 45 % de los cuidadores habían cometido algún tipo de maltrato e indicaron que diferentes tipos de abuso se pueden dar por distintas razones.

Otra de las conclusiones que se derivaron de los estudios de estos investigadores fue que las características del victimizador, en las situaciones de abuso físico, parecieran ser más importantes que las de la víctima.

Estudios realizados EU, Canadá y Reino Unido, llevados a cabo mediante encuestas, encontraron que entre el 3-6% de las personas mayores de 65 años son víctimas de maltrato físico, psíquico o abandono de forma continuada (Podnieks, 1992) . Es muy difícil hacer estimaciones pero se cree que menos de uno de cada cinco casos se denuncian, debido a la ocultación o minimización del problema por la víctima, por el agresor o por los profesionales de la salud. No se conoce la incidencia de los malos tratos de los ancianos en instituciones. Un informe sobre las enfermeras de asistencia a domicilio mostró que más del 36 % de ellas habían sido testigos de abusos físicos y el 81 % de maltrato psicológico.

De los causantes de malos tratos, el 60 % eran los propios cónyuges y el resto los hijos mayores. En otro estudio, el 45 % de los cuidadores domésticos admitía haber tenido conductas consideradas como maltratantes. Sin embargo muchas de las víctimas no las consideran como abuso o maltrato.

4.4. Detección de Casos.

Como la mayor parte de los problemas que presenta el paciente anciano, los abusos y la negligencia demandan una asistencia multidisciplinaria.

Atención Multidisciplinaria del Anciano Maltratado

Idealmente, el equipo multidisciplinar debería estar formado por los siguientes profesionales: psicólogo, médicos, trabajadores sociales, y expertos en Derecho.

En la atención multidisciplinaria del anciano maltratado, el papel del Psicólogo es complejo y muy importante. Sus principales funciones son las siguientes:

- Identificar los casos de negligencia y/o abuso.
- Efectuar una valoración geriátrica completa para conseguir una asistencia integral. Es importante valorar el grado de dependencia funcional del anciano maltratado, así como si presenta o no deterioro cognitivo.
- Realizar un tratamiento adecuado de las consecuencias directas de los abusos físicos y/o negligencia. Referir el problema a los servicios médicos y sociales y denunciar la situación.

Es fundamental el equipo multidisciplinario para que la valoración del paciente sea lo más completa posible.

Es preciso distinguir tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria:

- La prevención primaria: Debe asumir que todo anciano tiene riesgo de presentar este problema e intentar proporcionar ayuda a todos los individuos comprometidos en el cuidado de las personas ancianas, así como a todos los ancianos, dependan o no de sus cuidadores

- La prevención secundaria: Está implica la identificación de los factores de riesgo de malos tratos al anciano y la realización de programas de prevención para localizar a individuos y familias de alto riesgo. La única manera de prevenir los malos tratos es actuando sobre los factores de riesgo de abusos y/o negligencia al anciano.

- La prevención terciaria: Consiste en intentar prevenir nuevos eventos una vez que ya ha tenido lugar alguno con anterioridad e incluye la intervención legal.

Los programas de educación familiar, la terapia familiar, los servicios de apoyo familiar que han sido desarrollados para los problemas de abusos y malos tratos al anciano no consiguen con la intensidad que quisiéramos la prevención de nuevos sucesos. La experiencia indica que la intervención legal sí que suele evitar la existencia de malos tratos en el seno familiar.

Actualmente se están diseñando programas para los distintos niveles de prevención, sobre todo para la primaria y secundaria. Los modelos de prevención terciaria han comenzado ya a ofrecer los primeros resultados alentadores (Romero, 1999).

Detección

Para la detección de casos de abuso al anciano, se cuenta con factores que nos indican si la persona es víctima de algún tipo de agresión y son los siguientes:

- Principales factores de riesgo de abusos y malos tratos al anciano

Deterioro funcional del anciano. (Dependencia importante para las actividades de la vida diaria); Alteración de las funciones cognitivas. (Reducción de las capacidades intelectuales de una persona mayor); Convivir en el mismo domicilio por acuerdo previo. (El responsable del abuso habita con la víctima); Cuidador con alteraciones psicológicas; Ambiente familiar perturbado por causas externas; Historia previa de violencia familiar.

- Perfil de la víctima y del responsable de los malos tratos

Parentesco con la víctima: hijo, hija, esposo; No acepta el papel de cuidador. No asume la responsabilidad que ello conlleva; Depende del anciano desde el punto de vista económico y la vivienda suele ser de la víctima; consumidor de fármacos, alcohol y drogas; antecedentes de enfermedad Psiquiátrica o alteraciones de la

personalidad; tiene pobres contactos sociales; renuncia a las ayudas médicas y de la comunidad; en las entrevistas suele ser hostil, irritable y suspicaz; demuestra pérdida del control de la situación; historia previa de violencia familiar (esposa, niños...); sufre estrés por causas diversas (pérdida de trabajo, portador de cualquier enfermedad, problemas conyugales).

- Indicadores de abuso físico y psicológico.

Existen señales que nos van a proporcionar tanto la víctima como el cuidador a la hora de la valoración.

Indicadores de abuso físico.- Heridas, contusiones, múltiples lesiones en muñecas, hombros, o alrededor del abdomen, en los brazos, de forma extraña, de coloración diferente en la zona interior de los muslos o brazos o en el área genital.

Petequias e irregulares contusiones que indican pellizcos. Lesiones en el aparato genital. Fracturas, luxaciones y esguinces recurrentes. Abrasiones o laceraciones en diferentes estadios.

Lesiones en la cabeza o en la cara: Fractura orbitaria hematoma ocular en antifaz alopecia errática por tirar de forma agresiva y brusca. Quemaduras en lugar poco frecuente, producidas por objetos o producidas por líquidos muy calientes. Arañazos.

Alteraciones emocionales de la víctima (depresión, ansiedad, nerviosismo, labilidad emocional), todo lo anteriormente mencionado lo detecta el médico ya que es con el primero que llega el anciano.

Indicadores de abuso Psicológico.- Extrema cautela por parte del cuidador para no ser descubierto. Amenazas de abandono y/o institucionalización, depresión, confusión, imposición de aislamiento físico y/o social. Explicaciones confusas y diferentes de la víctima ante lesiones, considerando a aquélla no capacitada en su juicio. Amenazas al anciano por parte del cuidador para controlar la situación, esto se detecta por medio de una evaluación que se tiene que hacer, para esto se

entrevista tanto al cuidador como al anciano, poniendo especial atención a la conducta que presentaran y respuestas que darán durante la entrevista, por ejemplo al entrevistar al anciano, mediante la observación nos podemos percatar de su expresión de tristeza, el llanto frecuente, expresiones de dependencia y desesperanza, así como falta de satisfacción en la vida.

- Indicadores de negligencia física y psicológica

Negligencia física: Malnutrición, deshidratación, hipertermia, mala higiene corporal, boca muy séptica, ropa inadecuada para el tiempo actual o sucia, caídas de repetición, impactación fecal, gafas rotas o ausencia de las mismas cuando son necesarias, hipotermia, hipertermia, signos de intoxicación medicamentosa o de incumplimiento terapéutico, contracturas articulares por falta de movilidad. Ulceras por presión en mal estado.

Negligencia psicológica: Depresión. Confusión, desorientación. Ansiedad. Pérdida de autoestima. Mínimas conversaciones entre la víctima y el cuidador. Actitud de indiferencia hacia el anciano por parte del responsable de los malos tratos. El cuidador niega al anciano la posibilidad de relacionarse con otras personas. Pérdida de la capacidad de toma de decisiones por parte del anciano.

- *Protocolo de detección de abusos y malos tratos al anciano*

Para la detección de abuso a los ancianos se debe de llevar a cabo un protocolo preferentemente realizado por el equipo multidisciplinario y que cuente con los siguientes puntos:

1. Historia clínica y valoración psicológica.
2. Observación del comportamiento del cuidador.
4. Exploración física exhaustiva.
5. Exploración psíquica completa.
6. Valoración de los recursos económicos y sociales.

7. Realización de exploraciones complementarias.

Esta información básicamente la brinda el médico y el trabajador social. El psicólogo para poder evaluar al anciano va a aplicar como ya se menciono anteriormente una entrevista la cual va a consistir en los siguientes puntos:

- Entrevista al anciano solo y con el cuidador.
- Va a brindar de confianza y facilitará la expresión de sentimientos.
- Garantiza la confiabilidad.
- Va a hablar con un lenguaje claro y sencillo de tal manera que el anciano comprenda las preguntas y las conteste contando la problemática que presenta y captar señales de alerta a través de indicios. actitudes, signos y síntomas de maltrato.

Es necesario brindar el máximo apoyo al anciano cuando ha sufrido de maltrato ya que de ello depende su integridad física y mental, debemos de brindarle un ambiente de confianza donde se sienta que va a ser ayudado, que va a estar protegido y no va a estar bajo ninguna situación de amenaza.

Se insiste en que esto tiene que ser antes de que la persona sufra de algún tipo de maltrato, es un trabajo que tiene que empezar a darse en nuestra sociedad para evitar futuros problemas que por desgracia ya estamos viendo en estos tiempos, que hasta ahora no se tengan estadísticas no quiere decir que los pocos casos que sabemos sean casos aislados, como hemos visto a lo largo del trabajo son situaciones que no salen tan fácil a la luz pública, que sabemos que existen pero seguimos haciendo oídos sordos, que sabemos que son vistos en instituciones publicas pero por no meternos en problemas, por no querer trabajar demás o por no querer dar un seguimiento los dejamos pasar por alto. Pero son situaciones que se van dando cada día más y que llega un momento en que no podemos parar. Es necesario orientar a la sociedad que vamos a llegar a la etapa de la vejez y que la tenemos que vivir con dignidad teniendo respeto hacia uno mismo

como anciano, y haciendo que los demás miembros de la sociedad nos respeten porque es una etapa para vivir dignamente a la que nos debemos de enfrentar viviéndola plenamente y solamente se podrá si se conoce esta etapa, si el anciano, también es participe en su entorno realizando diversas actividades, si cuida de su salud, si conoce sus derechos, tenemos que ir quitando los estereotipos negativos que se tienen de esta etapa de la vida y eso solamente lo haremos conociendo los aspectos que conllevan esta etapa, que se puede vivir de manera digna, esto generara un cambio de actitud en la sociedad mexicana hacia los ancianos.

Por lo tanto, cabe señalar que un anciano querido, valorado, tendrá un entorno favorable y será un anciano sano con ganas de vivir plenamente.

CAPÍTULO 5. LOS DERECHOS DE LOS ANCIANOS

Los derechos de los ancianos son un tema relativamente nuevo del que gran parte de la sociedad no tiene conocimiento y por ende, no son cabalmente ejercidos. El anciano, por ley, debe ser respetado, protegido, atendido, es por esto que , en este capítulo se mencionan las instituciones que han surgido como una necesidad de brindar servicio a todas estas personas que son vulnerables.

5.1. Situación en el País.

El papel del anciano en la sociedad y en los distintos ámbitos debe replantearse con la finalidad de que sea reconocido y dignificado. Para lograr este objetivo, es necesario encontrar formas eficaces y prácticas para reintegrar a los ancianos a la vida social y económica, de manera que puedan participar y disfrutar plenamente de sus derechos (C.N.D.H., 1999).

Una de estas vías es el fortalecimiento de los Derechos Humanos en nuestra sociedad, lo cual es posible alcanzar mediante la enseñanza y práctica de estos derechos, tanto el sistema educativo formal, como en el ámbito familiar.

Los derechos de los viejos o de los ancianos, constituyen un tema nuevo en el sistema constitucional mexicano. En realidad sólo algunos los Códigos Civiles y muy pocas Constituciones Estatales han contemplado muy escasos derechos para las personas de edad avanzada.

La constitución de Colima establece que “los adultos mayores de 65 años tendrán derecho a recibir servicios médicos adecuados de manera gratuita en las instituciones de salud del gobierno del estado “... así mismo ordena que los adultos mayores de 65 años tendrán derecho a condiciones preferentes en el pago

de los servicios estatales y municipales, en la forma y términos que determinen las leyes respectivas.

En forma por demás escueta la Constitución del estado de Guanajuato dice que “La ley protegerá la organización y desarrollo de la familia, dentro de la cual tendrá preferencia la atención del menor y del anciano”. Nada más se agrega a este mandato.

La constitución Política del Estado de Nuevo León establece que ... “ El estado promoverá el bienestar de las personas de edad avanzada mediante un sistema de servicio social con la participación de la sociedad que atienda sus problemas de manera específica en materia de salud, cultura y recreación, debiendo expedir los ordenamientos jurídicos necesarios para garantizar o proteger sus derechos y lograr como meta su calidad de vida.

En Oaxaca, su constitución estatal asienta que los ancianos tienen derecho a un albergue decoroso e higiénico y la atención y cuidado de su salud, alimentación y debido esparcimiento por parte de sus familiares, así como prioridad en el acceso a la asistencia médica y social.

Tan escueta como la de Guanajuato, la constitución de Puebla establece que las leyes se ocuparán de la atención y protección del ser humano durante su nacimiento, minoridad y vejez.

Por último, tenemos la Constitución Política de Estado de Querétaro en la cual se ordena que las autoridades estatales y municipales establecerán un sistema permanente de apoyo e integración social de ancianos para permitirles una vida y decorosa.

Nótese como parte de la dificultad de resolver el problema estriba desde la terminología ya las pocas Constituciones Estatales que han contemplado el

problema, utilizan muy variados términos. Así tenemos que la de Colima se refiere a “adultos mayores”, por otro lado la de Guanajuato, Oaxaca y Querétaro se refiere a “ancianos”, la de Nuevo León a “personas de edad avanzada”, la de Puebla a “vejez”.

5.2. Situación Internacional.

En el ámbito Internacional también puede observarse que a pesar de que ha iniciado a legislarse para que por Ley queden protegidos los Adultos Mayores los términos y alcances no quedan bien definidos.

Así tenemos que la Constitución de España de 1978 dice “Los poderes públicos garantizan, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Así mismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

La Constitución Cubana en su artículo 48 dice “el Estado protege, mediante la asistencia social, a los ancianos sin recursos ni amparo, la prestación de atención médica y hospitalaria, además de la atención estomatológica igualmente gratuita”, sin embargo parece ser el único derecho específico concedido a los viejos.

La Carta fundamental de la República Dominicana en su artículo 17 establece que el estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social, de manera que toda persona llegue a gozar de adecuada protección contra la desocupación, la enfermedad, la incapacidad y la vejez”.

La Constitución de la República de Ecuador, en su capítulo 2, de los derechos Civiles, artículo 23, hace una breve referencia al ordenar que el Estado adoptará la

medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar, en especial, la violencia contra niños, adolescentes, mujeres y personas de la tercera edad.

Caso curioso el de la Constitución de Guatemala cuyo artículo 18 impide aplicar la pena de muerte a personas mayores de 60 años.

En la Constitución de Honduras existe una declaración vaga en su artículo 117, pues solo se dice que los ancianos merecen la protección especial del Estado.

Por su parte, la carta magna Panameña resulta más protectora al ordenar en su artículo 52 que el estado brindará atención a la salud física, mental y moral de los menores y garantizará su derecho a la alimentación, la salud, la educación y la seguridad y previsión sociales y que igualmente tendrán derecho a esta protección los ancianos.

La Constitución de Paraguay contiene en su artículo 57 un título específico "De la tercera edad" en que se establece que toda persona mayor tiene derecho a una protección integral. La familia, la sociedad y los poderes públicos promoverán su bienestar mediante servicios sociales que se ocupen en sus necesidades de alimentación, de salud, vivienda, cultura y ocio.

En su capítulo II "De los derechos sociales y económicos" la Constitución de Perú, en el artículo 4, señala que la comunidad y el Estado protegen especialmente al niño, al adolescente, a la madre y al anciano en situación de abandono.

Curiosamente, la Constitución de Puerto Rico, que eleva a los derechos humanos, el de la protección social en la vejez, declara en el propio artículo 20 que los derechos humanos consignados en este artículo y que son varios, están vinculados al desarrollo progresivo de una economía que no ha alcanzado la comunidad puertorriqueña, de modo y manera que su plena efectividad esta en duda.

5.3. Creación en México de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos. Tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores. Esta Ley tiene por objeto garantizar a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

- Derecho a la integridad, dignidad y preferencia:

A una vida con calidad. Es obligación de las Instituciones Públicas, de la comunidad, de la familia y la sociedad, garantizarles el acceso a los programas que tengan por objeto posibilitar el ejercicio de este derecho, al disfrute pleno, sin discriminación ni distinción alguna, de los derechos que ésta y otras leyes consagran, una vida libre sin violencia, al respeto a su integridad física, psicoemocional y sexual, a la protección contra toda forma de explotación, a recibir protección por parte de la comunidad, la familia y la sociedad, así como de las instituciones federales, estatales y municipales, a vivir en entornos seguros dignos y decorosos, que cumplan con sus necesidades y requerimientos y en donde ejerzan libremente sus derechos.

- Derecho a la certeza jurídica:

A recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial que los involucre, ya sea en calidad de agraviados, indiciados o sentenciados. A recibir el apoyo de las instituciones federales, estatales y municipales en el ejercicio y respeto de sus derechos, a recibir asesoría jurídica en forma gratuita en los procedimientos administrativos o judiciales en que sea parte y contar con un representante legal cuando lo considere necesario a la protección de su

patrimonio personal y familiar y cuando sea el caso, testar sin presiones ni violencia.

- Derecho a la salud, la alimentación y la familia:

A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral., a tener acceso preferente a los servicios de salud, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional, a recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.

Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores.

- Derecho a la educación:

A recibir de manera preferente el derecho a la educación que señala el artículo 3o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Las instituciones educativas, públicas y privadas, deberán incluir en sus planes y programas los conocimientos relacionados con las personas adultas mayores; asimismo los libros de texto gratuitos y todo material educativo autorizado y supervisado por la Secretaría de Educación Pública, incorporarán información actualizada sobre el tema del envejecimiento y los adultos mayores.

- Derecho al trabajo:

A gozar de igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo o de otras opciones que les permitan un ingreso propio y desempeñarse en forma productiva tanto tiempo como lo deseen, así como a recibir protección de las disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de otros ordenamientos de carácter laboral.

- Derecho a la asistencia social:

A ser sujetos de programas de asistencia social en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia, a ser sujetos de programas para contar con una vivienda digna y adaptada a sus necesidades, a ser sujetos de programas para tener acceso a una casa hogar o albergue, u otras alternativas de atención integral, si se encuentran en situación de riesgo o desamparo.

- Derecho a la participación ciudadana

A participar en la planeación integral del desarrollo social, a través de la formulación y aplicación de las decisiones que afecten directamente a su bienestar, barrio, calle, colonia, delegación o municipio. De asociarse y conformar organizaciones de personas adultas mayores para promover su desarrollo e incidir en las acciones dirigidas a este sector. A participar en los procesos productivos, de educación y capacitación de su comunidad. A participar en la vida cultural, deportiva y recreativa de su comunidad. A formar parte de los diversos órganos de representación y consulta ciudadana.

- Derecho a la denuncia popular:

Toda persona, grupo social, organizaciones no gubernamentales, asociaciones o sociedades, podrán denunciar ante los órganos competentes, todo hecho, acto u omisión que produzca o pueda producir daño o afectación a los derechos y garantías que establece la presente Ley, o que contravenga cualquier otra de sus disposiciones o de los demás ordenamientos que regulen materias relacionadas con las personas adultas mayores.

5.4. Acuerdos Internacionales.

Al ver que la población anciana va en crecimiento y que cada vez esta más expuesta a ser víctima de algún tipo de maltrato, han surgido varios acuerdos internacionales para tratar de que la población anciana esté protegida en varios aspectos, sobre todo asegurar que exista equidad jurídica.

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, arts. 2, 22 y 25.

“Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta declaración , sin distinción alguna de raza, color , sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole , origen nacional o social, posición económica , nacimiento o cualquier otra condición,....Toda persona , como miembro de la sociedad , tiene derecho a la seguridad social, y a obtener , mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada estado , la satisfacción de los derechos económicos , sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.1).Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure ,así como a su familia , la salud y el bienestar , y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedades, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2).La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.

“Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas....la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.....sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión , opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica , nacimiento o cualquier otra condición social.....Los Estados Partes.....reconocen el derecho de

toda persona al goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias que le aseguren en especial: Una remuneración que proporcione como mínimo a todos los trabajadores : Un salario equitativo e igual por trabajo de igual valor , condiciones de existencia dignas para ellos, la seguridad y la higiene en el trabajo; igual oportunidad para todos de ser promovidos , dentro de su trabajo, a la categoría superior que les corresponda ,sin más consideraciones que los factores de tiempo de servicio y capacidad; El descanso el disfrute del tiempo libre , la limitación razonable de las horas de trabajo y las variaciones periódicas pagadas , así como la remuneración de los días festivos. Los estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.....el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación ,vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia....el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre.....,Mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos.....toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.....La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y el medio ambiente; La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas , endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, arts. 2, 7, 10 y 17.

“...Cada uno de los Estados Partes en el presente pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentran en su territorio y están sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza , color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole , origen nacional o social, posición económica , nacimiento o cualquier otra condición social....Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular , nadie será sometido sin su libre

consentimiento a experimentos médicos o científicos ...Toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano....Los procesos estarán separados de los condenados , salvo en circunstancias excepcionales , y serán sometidos a un tratamiento distinto, adecuado a su condición de personas no condenadas....Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada , su familia , su domicilio o su correspondencia , ni de ataques ilegales a su honra y reputaciónToda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques.....”

- Asamblea General de las Naciones Unidas, Proclamación sobre los Ancianos, párrafo 2

“La Asamblea General... urge el apoyo de las iniciativas nacionales sobre el envejecimiento, políticas y programas nacionales apropiados para las personas ancianas son consideradas como parte de la más importantes estrategias....Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales colaboran para el cuidado básico de la salud, promoción y programas auto ayuda para los ancianos.....Los personas ancianas son vistos como contribuyentes de sus sociedades y no como un limitanteLas Políticas y Programas son desarrollados, los cuales responden a las características especiales, necesidades y habilidades de las mujeres ancianasLas Familias son apoyadas para proveer cuidados....”

- Programas de Acción del Cairo, párrafos 6, 17, 6.19 y 6.20

“ObjetivosDesarrollar sistemas para el cuidado de la salud , así como un sistema de seguridad social para los ancianos....poniendo atención especial a las necesidades de la mujer ; Desarrollar un sistema de apoyo social....con una perspectiva para atraer a las familias que tengan cuidado de las personas ancianas dentro de la familia....Los Gobiernos deberían asegurar una participación continua de la sociedad de las personas ancianas....Los Gobiernos deberían

asegurar que la creación de medidas necesarias son desarrolladas para permitir a las personas que sus vidas sean determinadas por un factor de auto-confianza, y vidas productivas , y saludables para hacer un uso completo de las habilidades que ellos han adquirido en sus vidas para beneficiar a la sociedadLos Gobiernos , en colaboración con las Organizaciones no Gubernamentales y los sectores privados deberían fortalecer los sistemas de apoyo formal e informal y redes de seguridad para las personas ancianas y eliminar toda forma de violencia y discriminación en todos los países, poniendo especial atención a las mujeres ancianas....”

- Programa de Acción de Copenhague, párrafo 24, 25 y 40

“La erradicación de la pobreza requiere un acceso universal a las oportunidades económicas que promueven una vida sustentable y servicios sociales básicos , así como también esfuerzos especiales que faciliten el acceso a las oportunidades y servicios para los no privilegiados, existe una necesidad urgente de políticas que aseguren a todas las personas tener una protección social, y económica adecuada....durante la discapacidad o edad avanzada ...Deben ser puestos esfuerzos en particular para proteger a las personas ancianas , incluyendo aquellos con discapacidad a través de....el mejoramiento la situación de las personas ancianas en casos particulares donde ellos no gozan de un apoyo familiar....Asegurando que las personas ancianas puedan satisfacer sus necesidades humanas básicas a través del acceso a servicios y seguridad sociales....Fortaleciendo medidas.....que aseguren a los trabajadores jubilados no caer en la pobreza.....”

- Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 101, 106 y 165

“Con el aumento de la esperanza de vida y el numero cada vez mayor de ancianas, la salud de las mujeres de edad avanzada exige una atención particular. Las perspectivas a largo plazo de la salud de la mujer sufren transformaciones en

la menopausia que, sumadas a afecciones crónicas y a otros factores, como la mala nutrición y la falta de actividad física, pueden aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y osteoporosis. También merecen una atención particular otras enfermedades asociadas al envejecimiento y las relaciones entre el envejecimiento y la discapacidad de la mujer....Medidas que han de adoptar los gobiernos: a) Promulgar y hacer cumplir leyes que garanticen los derechos de la mujer y el hombre a una remuneración igual por el mismo trabajo o por un trabajo de igual valor....Aprobar y aplicar leyes contra la discriminación por motivos de sexo, en el mercado de trabajo, con especial consideración a las trabajadoras de más edad, en la contratación y el ascenso, en la concesión de prestaciones laborales y de seguridad social y en las condiciones de trabajo.....”

Establecer principios, criterios, indicadores y normas para el análisis y evaluación de las políticas dirigidas a las personas adultas mayores, así como para jerarquizar y orientar sobre las prioridades, objetivos y metas en la materia, a efecto de atenderlas mediante los programas impulsados por las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, por los estados y municipios y por los sectores privado y social, de conformidad con sus respectivas atribuciones y ámbitos de competencia;

5.5. Instituciones.

De acuerdo con lo establecido en el apartado B del artículo 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, cada una de las entidades federativas en nuestro país, deberá contar con un Organismo de protección de los Derechos Humanos. En este sentido resulta interesante saber que su principal función es difundir las leyes y acciones a favor de la población de adultos mayores.

- ***Creación del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores***

A partir de la promulgación de la “Ley de los Derechos de las Personas de Adultas Mayores” autorizada por el Presidente de la República Mexicana, Lic. Vicente Fox Quesada el 21 de junio de 2002 se crea el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores y se abroga el funcionamiento del Instituto nacional de la Senectud y del Instituto Nacional de Adultos en Plenitud.

Se crea el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (I.N.P.A.M.) como un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión para el cumplimiento de sus atribuciones, objetivos y fines.

Este organismo público es rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores, teniendo por objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas en la Ley.

El Instituto procurará el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, entendiéndose por éste, el proceso tendiente a brindar a este sector de la población, empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, orientado a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género, que aseguren sus necesidades básicas, y desarrollen su capacidad e iniciativas en un entorno social incluyente.

Para el cumplimiento de su objeto, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, tendrá las siguientes atribuciones:

Impulsar las acciones de Estado y la sociedad, para promover el desarrollo humano integral de los adultos mayores, coadyuvando para que sus distintas capacidades sean valoradas y aprovechadas en el desarrollo comunitario, económico, social y nacional; Proteger, asesorar, atender y orientar a las personas adultas mayores y presentar denuncias ante la autoridad competente; Ser el organismo de consulta y asesoría obligatoria para las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y, en su caso, voluntaria para las instituciones de los sectores social y privado, que realicen acciones o programas relacionados con los adultos mayores; Coadyuvar en la prestación de servicios de asesoría y orientación jurídica con las instituciones correspondientes.

En estos últimos años se ha dado auge al tema de los ancianos y han surgido propuestas dentro del sector salud como el derecho a la atención médica, el surgimiento de credenciales del INSEN que otorga descuentos en alimentos, medicamentos, transporte, libros etc., pero aun falta mucho para que los ancianos realmente estén protegidos, ya que existen muchos ancianos que no cuentan con un techo donde vivir, que son víctimas de maltrato, que no cuentan con atención médica y que a pesar de que se sabe que tienen derechos realmente lo que no existe es una conciencia de lo que es esta etapa de la vida, de cómo se vive, y de cómo se puede vivir de una mejor manera. Es necesario que todo lo que esta escrito sea conocida por la sociedad y más por las personas ancianas y que se lleve a cabo, por el beneficio de la población anciana y por toda la sociedad que a fin de cuentas va a llegar a esta etapa de la vida.

CAPÍTULO 6. PERSPECTIVAS HACIA EL SIGLO XXI

La tendencia esperada para los próximos años, es un aumento en la población de adultos mayores debido al aumento de la esperanza de vida, pero es evidente que la sociedad mexicana en su conjunto no está preparada para este fenómeno. En este capítulo se realizan propuestas para que el psicólogo sirva como un vínculo entre los diferentes actores para detectar, prevenir y/o resolver los casos de violencia hacia las personas de edad avanzada.

La vejez no es algo nuevo en la vida del género humano, lo novedoso es que en la época actual, un mayor número de gentes pueden alcanzar esta etapa de la vida.

En los países desarrollados, desde mediados del siglo pasado, la vejez dejó de ser un privilegio reservado para unos cuantos individuos y cada vez es mayor el número de personas que rebasan los 60 años y llegan a los 80 años. Se vive un doble proceso: el envejecimiento de la población en general y el envejecimiento cada vez mayor de la población considerada como anciana.

En la actualidad a nivel mundial, los avances científicos y tecnológicos dan como resultado una mejoría en las condiciones de vida, incremento en los niveles de educación, así como acceso a servicios públicos y de salud, lo que origina en los patrones de morbilidad y mortalidad, índices de natalidad y fertilidad, hechos que se traducen en un aumento en la esperanza de vida. Estos avances han generado nuevos estilos de vida, los cuales no siempre son positivos, ya que algunos constituyen riesgos para la salud.

6.1. Tendencia Esperada (Proyección).

El principal aspecto a considerar en este punto es el de la transición demográfica, expresado por el incremento porcentual y el número absoluto de la población de edad avanzada seguido sin duda del vacío de políticas y acciones que deben

emprenderse para proteger a la creciente población de adultos mayores de nuestro país, (ver tabla 7).

**POBLACION TOTAL DE LA REPÚBLICA MEXICANA Y LA RELACIÓN DE
ADULTOS MAYORES**

AÑO	POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS	POBLACIÓN TOTAL DEL PAIS	PORCENTAJE ABSOLUTO
2000	4,949,000	99,926,620	4.9 %
2005	5,956,000	106,202,903	5.5 %
2010	7,153,000	112,468,855	6.4 %
2025	12,764,000	131,244,660	9.7 %
2040	22,221,000	143,025,978	15.5 %
2050	28,040,000	147,907,650	18.9 %

Tabla 7.- Población Total de la República Mexicana y la Relación de Adultos Mayores.

La transición demográfica se inicio gradualmente en los países desarrollados a finales del siglo XVIII y a principios del siglo XIX, por lo que ha facilitado adoptar sus sistemas socio-políticos a esta nueva situación. Por el contrario, en los países latinoamericanos este cambio se presenta a fines del siglo XX, sin que en ellos se cuente con los recursos y la experiencia para afrontar este problema.

Actualmente en México, el índice de esperanza de vida es de 73 años. Como vemos el envejecimiento poblacional constituye un cambio demográfico trascendental. En el siglo XX, el problema principal de la salud pública había sido la supervivencia de las poblaciones, pero conforme pasaron los años y en este siglo XXI la mayor preocupación, es la calidad de vida de estas poblaciones, se ve amenazada por las consecuencias de procesos demográficos como el envejecimiento poblacional, y el urbanismo creciente.

En el mundo capitalista los valores que se promueven son: la competencia, el individualismo, la productividad y el consumismo, la juventud y la agresividad. La vejez se ve como una desgracia y se trata de negar o eludir, los viejos son vistos como una carga para la sociedad y para los miembros de la familia, se les cataloga como simples receptores de cuidados o como simples objetos. La identidad del anciano es una identidad negativa construida a partir de todo lo que ha dejado de ser: dejar de ser productivo, dejar de ser joven, dejar de ser apreciado o cuando menos temido, dejar de ser poderoso (cuando lo fue) dejar de ser consumidor y finalmente dejar de ser autónomo y autosuficiente.

Para la sociedad la vejez parece una especie de secreto vergonzoso del cual es indecente hablar. Teniendo en cuenta el número creciente de adultos que alcanzan la vejez, la preocupación más pertinente de los próximos años, se centrará en lograr que los adultos mayores disfruten de un mayor bienestar, estos se han convertido en una preocupación dominante habida cuenta de las implicaciones de todo tipo, médicos, económicos, sociales, relacionadas con el envejecimiento de las naciones en el umbral del nuevo milenio.

Como vimos en la tabla 7, la población mayor de 65 años va en aumento y como se ha mencionado el hecho de tener estereotipos sobre la vejez en México, hace que los ancianos sigan siendo un grupo social marginado que va en aumento en número y por ende en problemas diversos como que el anciano pierda su autoestima, que vaya adquiriendo sentimientos de inferioridad, que se vuelva inseguro, agresivo y que disminuya sus relaciones personales.

Es por esto que a continuación se dará una propuesta de intervención.

6.2. Propuesta.

Las personas de edad avanzada tienen claramente el derecho de vivir en un entorno digno, sin temor al rechazo o a la violencia, sin olvidar que también tienen derecho a no ser discriminados socialmente y a recibir asistencia gubernamental.

La función del Psicólogo en esta área es la de evaluar, tratamiento, investigación y seguimiento de personas afectadas en diferentes grados. La prevención y estudio de diferentes grupos de riesgo y la participación en campañas educativas y de divulgación, sea a nivel institucional o a nivel de Organizaciones no Gubernamentales.

No debemos olvidar que los agresores en la mayoría de los casos son los propios familiares de la persona mayor, y que la conducta agresiva en nuestro entorno social no siempre es vista como una desviación, sino que tiende a encontrar justificantes en el desgaste cotidiano de tener que convivir con un anciano. La simple carga de esa responsabilidad hace válido el inicio de lo posteriormente se puede identificar como maltrato.

Ante esta situación. La detección individual de casos de violencia en personas ancianas, requiere necesariamente de la participación del psicólogo. Los Psicólogos que atienden a ancianos deben:

- Identificar al anciano que pueda haber sufrido maltrato y o abandono.
- Proporcionar una evaluación por los daños producidos por el abuso y o abandono.
- Permanecer objetivo y no emitir su opinión sino ante las instancias competentes.
- Intentar establecer o mantener una relación terapéutica con la familia.
- Informar toda sospecha de casos de maltrato y o abusos de ancianos, conforme la legislación local.
- Estimular la generación y utilización de recursos comunitarios de apoyo que entregue servicios domiciliarios, reposo, y disminución del estrés a las familias.

La familia de la persona adulta mayor deberá cumplir su función social; por tanto, de manera constante y permanente deberá velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, siendo responsable de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral y tendrá las siguientes obligaciones para con ellos:

Otorgar alimentos de conformidad con lo establecido en el Código Civil, Fomentar la convivencia familiar cotidiana, donde la persona adulta mayor participe activamente, y promover al mismo tiempo los valores que incidan en sus necesidades afectivas, de protección y de apoyo, y Evitar que alguno de sus integrantes cometa cualquier acto de discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia y actos jurídicos que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos.

Fomentar en la familia, y la sociedad, una cultura de aprecio a la vejez para lograr un trato digno, favorecer su revalorización y su plena integración social, así como procurar una mayor sensibilidad, conciencia social, respeto, solidaridad y convivencia entre las generaciones con el fin de evitar toda forma de discriminación y olvido por motivo de su edad, género, estado físico o condición social.

Propiciar las condiciones para un mayor bienestar mental y físico a fin de que puedan ejercer plenamente sus capacidades en el seno de la familia y de la sociedad, trabajando su autoestima lo cual preserva su dignidad como ser humano.

Garantizar a las personas adultas mayores el pleno ejercicio de sus derechos, sean residentes o estén de paso en el territorio nacional; Garantizar igualdad de oportunidades y una vida digna, promoviendo la defensa y representación de sus intereses; Establecer las bases para la planeación y concertación de acciones entre las instituciones públicas y privadas, para lograr un funcionamiento

coordinado en los programas y servicios que presten a este sector de la población, a fin de que cumplan con las necesidades y características específicas que se requieren; Impulsar la atención integral e interinstitucional de los sectores público y privado y de conformidad a los ordenamientos de regulación y vigilar el funcionamiento de los programas y servicios de acuerdo con las características de este grupo social.

Impulsar el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores observando el principio de equidad de género, por medio de políticas públicas, programas y acciones a fin de garantizar la igualdad de derechos, oportunidades y responsabilidades de hombres y mujeres así como la revalorización del papel de la mujer y del hombre en la vida social, económica, política, cultural y familiar, así como la no discriminación individual y colectiva hacia la mujer.

Establecer las bases para la asignación de beneficios sociales, descuentos y exenciones para ese sector de la población, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables; Propiciar su incorporación a los procesos productivos emprendidos por los sectores público y privado, de acuerdo a sus capacidades y aptitudes; Propiciar y fomentar programas especiales de educación y becas de capacitación para el trabajo, mediante los cuales se logre su reincorporación a la planta productiva del país, y en su caso a su desarrollo profesional.

Fomentar que las instituciones educativas y de seguridad social establezcan las disciplinas para la formación en geriatría y gerontología, con el fin de garantizar la cobertura de los servicios de salud requeridos por la población adulta mayor.

Fomentar la realización de estudios e investigaciones sociales de la problemática inherente al envejecimiento que sirvan como herramientas de trabajo a las instituciones del sector público y privado para desarrollar programas en beneficio de la población adulta mayor.

Promover la difusión de los derechos y valores en beneficio de las personas adultas mayores, con el propósito de sensibilizar a las familias y a la sociedad en general respecto a la problemática de este sector; llevar a cabo programas compensatorios orientados a beneficiar a las personas adultas mayores en situación de rezago y poner a su alcance los servicios sociales y asistenciales.

Propiciar formas de organización y participación de las personas adultas mayores, Impulsar el fortalecimiento de redes familiares, sociales e institucionales de apoyo a las personas adultas mayores y garantizar la asistencia social para todas aquellas que por sus circunstancias requieran de protección especial por parte de las instituciones públicas y privadas;

Corresponde a las Instituciones Públicas del Sector Salud, garantizar a los adultos mayores: El acceso a la atención médica a las personas adultas mayores en las clínicas y hospitales, con el establecimiento de áreas geriátricas en las unidades médicas de segundo y tercer nivel públicas y privadas. Las especialidades médicas encargadas de la atención de la salud de las personas adultas mayores, son la Geriatría y la Gerontología.

Una cartilla médica de salud y autocuidado, misma que será utilizada indistintamente en las instituciones públicas y privadas; en la cual se especificará el estado general de salud, enfermedades crónicas, tipo de sangre, medicamentos y dosis administradas, reacciones e implementos para ingerirlos, alimentación o tipo de dieta suministrada, consultas médicas y asistencias a grupos de autocuidado.

Para que exista una mayor conciencia para la inmensa potencialidad de una vejez saludable se debe dar el mensaje a la sociedad, y al mismo anciano de que el envejecer no significa decadencia, que es una etapa en la que hay ventajas y desventajas ya que se puede vivir con mejor calidad si sacamos provecho de lo

que tenemos para vivir plenamente, para esto, hay que conocer y resaltar las capacidades con las que se cuenta.

Como hemos visto hay una falta de cultura de la vejez en nuestra sociedad, se ignora el inevitable paso de este estado biológico, sobre todo el psicológico y social del ser humano, signado por la edad, y no es que el anciano de la ciudad de México ignore que la vejez existe, sino que la rechaza, cuando inevitablemente se encuentra frente a ella, no sabe bien como enfrentarla ni como adaptarse a ser viejo sobre todo en una sociedad que lo margina y lo aísla desde el punto de vista productivo. No sabe como integrarse a su familia cuando se llega a ser abuelo, ni tampoco cuando adquiere un estatus de utilitarismo dentro de la misma. Se tienen que crear espacios donde los ancianos interactúen con personas de diferentes edades y de su misma edad para rescatar su papel en la sociedad y se empiece a dar una cultura de la vejez en México. Esto puede ser mediante TALLERES VIVENCIALES de autoestima para ancianos, la familia y la sociedad en general, basado en un enfoque humanista, donde se tome en cuenta la participación de las personas, y se aborden temas como: el concepto del anciano a través del tiempo, la etapa de la vejez, la sexualidad en el anciano, la familia y el anciano la violencia a los ancianos, autoestima, personalidad saludable.

El reto es quitar la carga negativa sobre la vejez que ha permeado a todas las esferas de la sociedad. Aceptarla como lo que es, una etapa más en la vida del hombre y lograr que todos los individuos lleguen a ella, vivan en forma plena, digna y autónoma. Debemos erradicar el maltrato a las personas ancianas por medio de la difusión de lo que representa esta etapa de la vida, que es una etapa para vivirse de manera digna, hacer que en el anciano haya confianza y amor en el mismo. Hay que hacerle ver al anciano y a los demás miembros de la sociedad que factores como el concepto erróneo que se tiene de la etapa de la vejez, que el entorno social familiar laboral económico, y las características propias del individuo en esta etapa son factores que hacen que violentemos a este grupo de personas que merecen vivir digna y tranquilamente. Debemos de promocionar que

un anciano respetado, querido, atendido, a pesar de sus limitaciones físicas puede proporcionar sabiduría experiencia a los demás miembros de la sociedad.

CONCLUSIONES

Vivimos en un mundo donde impera la violencia, producto de una crisis integral, política, social, económica y de valores humanos que castiga duramente a las personas marginadas. Dentro de este contexto, son excluidos del sistema social, un gran número de seres humanos pertenecientes a los grupos más vulnerables de la población: niños, jóvenes, discapacitados, mujeres y por supuesto, los ancianos. Actualmente hay ciertos avances ya que se ha ubicado a estos grupos como los que con mayor frecuencia sufren de violencia en sus múltiples facetas, encontrándose casi como un denominador, el hecho de que la mayoría de las veces son las personas más íntimamente ligadas las que son responsables de la agresión., cuando no es así, se encuentra que es abandono perpetrado por la sociedad en su conjunto o por negligencia del gobierno.

Un problema metodológico importante, es que aún en la actualidad no se cuentan con definiciones interdisciplinarias exactas sobre lo que es el abuso y la violencia en ancianos. Lo anterior es tan sólo uno de los problemas que impiden conocer la verdadera prevalencia e incidencia de los casos y el grado de complejidad de los mismos.

Lo principal es que exista un consenso en la definición entre los profesionales de la gerontología, ya que mientras los Juristas entienden por maltrato, sólo a lo estrictamente especificado por los códigos penales, los Médicos sólo lo integran como un diagnóstico si existen evidencias de daño físico, en cambio los Sociólogos lo asocian a carencias de tipo económico, mientras los Psicólogos tienen una visión más amplia especialmente dirigida a la interacción de todos los factores mencionados.

El aumento en la esperanza de vida es una noticia antigua en el mundo industrializado, pero este fenómeno se ha extendido en naciones en desarrollo. En unas cuantas décadas, México y otros países con economía similar, estarán en las mismas condiciones y ni siquiera sabrán de dónde vino el golpe.

Aunque siguen siendo jóvenes en comparación con el resto del mundo, México y América Latina están envejeciendo rápidamente y es de esperarse que antes del año 2025 tendremos el doble de ancianos de los que hay ahora.

Esta vertiginosa transición, provocará que las naciones como la nuestra tengan severos problemas para atender la viabilidad financiera de sistemas de pensiones y atención médica, muchos países pobres ni siquiera tienen servicios de salud, lo que hace temer que la incidencia de enfermedades irá en aumento a medida de que la población envejezca.

La esperanza de vida ha aumentado, y también, en gran medida, la marginación a las personas mayores. En nuestra sociedad el problema empieza mucho antes de que una persona sea considerada formalmente como un viejo, ya que conseguir empleo después de los 35 años representa un reto a menudo infranqueable, comenzando desde esta época a sentir en carne propia la discriminación por "edad avanzada", este es el caso de las personas que por una u otra razón tienen la mala suerte de estar desempleados

En la actualidad algunos países desarrollados han declarado sus sistemas de seguridad social como inviables y muchos países de América Latina, entre ellos el nuestro, los han declarado insostenibles debido a la ínfima recaudación fiscal, la gran economía informal y la corrupción gubernamental.

En definitiva, los derechos de los ancianos son todos y cada uno de los derechos humanos, pero entre ellos hay que tutelar con una especial intensidad protectora, el derecho a la salud, el derecho a la igualdad, el derecho a la intimidad, el

derecho a una vida digna – en lo económico, en lo educativo, en lo cultural-, el derecho a morir dignamente y el derecho a la seguridad personal frente a los malos tratos.

Los factores como el entorno familia, social, el concepto que se tiene del anciano, los factores físicos propios de la vejez, nos llevan en estos tiempos a violentar al anciano es por eso que es necesaria la promoción de una imagen positiva de la vejez eliminando los estereotipos negativos con educación a todos los niveles de población y a todas las edades nos dará este nuevo enfoque del cambio hacía una vejez activa, hacía un modelo de adulto más activo, comprometido en actividades creativas y recreativas, no segregado, que se desempeñe en papeles apropiados y con el apoyo adecuado. Un individuo útil, activo e integrado es un ideal en la vejez y lograr esto es lograr que la sociedad reconozca el valor de la vida del viejo.

El Psicólogo debe brindar atención individualizada sobre lo que pasa en la etapa de la vejez y darle herramientas al anciano y a la familia para que saquen a flote todos sus recursos para vivir esta etapa lo mejor posible, también debe de dar atención familiar identificando alguna problemática y viendo la interacción del anciano con el núcleo familiar, dándole a este último apoyo en cuanto a las necesidades del anciano fortaleciendo las relaciones, ya que no existe una preparación económica, mental, ni física de la vejez, ni de los acontecimientos que se dan en ella como los cambios físicos, económicos, la jubilación etcétera, provocando un desajuste principalmente en el individuo y la familia , pues ambas partes deben vivir un proceso de readaptación.

Puede verse que la Psicología no es ajena al proceso del envejecimiento, al contrario esta inmersa en todos los contextos y momentos de dicho proceso, ya que en el caso de la vejez, vemos la importancia por hacer que las personas ancianas lleguen al nivel de autorrealización, un fenómeno personal que es la consecuencia final entre el individuo y su entorno, es la cosecha que se hace en

la vejez de lo sembrado a lo largo de la vida, bienes, recursos económicos, estabilidad emocional, interacción armoniosa con el entorno que le rodea.

El psicólogo debe de plantear y proporcionar la atención a profesionales de diferentes áreas para permitir la proyección de lo que es realmente la etapa y como vivirla plenamente, ya que para muchas personas la vejez no es aceptada más que como una etapa inevitable de la vida, que antecede a la muerte, y es asociada a las enfermedades ineludibles de la edad, más que como una etapa de acumulación de sabiduría y experiencia.

Es importante recalcar que el psicólogo debe fomentar en cada individuo el desarrollo personal, haciéndole ver en caso del anciano que es un ser con mucha experiencia y que esta etapa la puede vivir de una manera mejor empezando por cambiar la idea que tiene de él mismo en caso de que sea una persona con pensamientos negativos sobre su persona. Esto puede lograrse mediante el otorgamiento de atención grupal para desarrollar y aumentar las oportunidades de socialización, promover el entendimiento entre generaciones, compartir historias de vida, reafirmar la identidad personal, autoestima y resumir sentimientos de soledad y aislamiento, mediante talleres vivenciales, basados en un enfoque humanista, que estimule la participación de los asistentes (ancianos) mediante diferentes técnicas que propicien el desarrollo personal del anciano, logrando que tengan confianza, amor, sentimientos de valía en ellos mismos, en pocas palabras que sean personas saludables, autorrealizadas, que vivan en plenitud.

Concienciar a la sociedad acerca de lo necesario que es desarrollar programas para el anciano y su familia, ya que cada familia responde de diferente manera según su ámbito social, cultural, económico, si no están preparados para cuidar al anciano, y/o este no se adapta al ritmo de la familia, al paso del tiempo la familia pierde armonía y funcionalidad llegando a la violencia, el hecho de saber que sucesos como la jubilación, viudez, ser abuelos, la enfermedad, los cambios físicos y la dependencia afectan el estilo de vida que llevan los viejos, el saber

que un anciano maltratado va a sufrir problemas de salud, problemas psicológicos como la depresión, ansiedad, miedo, tendencias suicidas y deseos de muerte, dependencia de medicamentos, disminución de defensas inmunitarias, todo esto nos va a permitir entenderlos, aceptarlos y apoyarlos en esta etapa de su vida haciendo que la vivan dignamente y con el apoyo de los de mas miembros de la sociedad.

La información es conocimiento, el conocimiento es poder, y el poder permite cambios, es necesario cambiar el destino de nuestros ancianos en México; debemos de recordar que la mayoría de los seres humanos vamos a llegar a la etapa de la vejez, y debemos de trabajar para hacer lo mejor posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, B.C. (1987) ***Una alternativa para el tratamiento de la depresión en ancianos institucionalizados.*** Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Edo Mex. México.
- Aviles, Cruz. Q. (1998) ***Estructura familiar del anciano que acude al Instituto Mexicano del Seguro Social.*** Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Edo Mex. México.
- Arellano, R. y Sánchez, N. (1994) ***Estudio comparativo de necesidades de afiliación en ancianos que pertenecen a un grupo de convivencia y los ancianos que no pertenecen a ningún grupo.*** Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Edo Mex. México.
- Belsky, Janet. K. (1994). ***Psicología del envejecimiento: teoría, investigaciones e intervenciones.*** México, D.F. Editorial El Manual Moderno.
- Berryman, Julia C. (1994) ***Psicología del desarrollo.*** México D.F. Editorial El Manual Moderno.
- Blazer, Dan G. (1994) ***Síndromes depresivos en geriatría.*** Barcelona, España. Ed. Doyman.
- Buendia, J. (1994) ***Introducción a la gerontología. El arte de envejecer.*** Madrid, España. Editorial Herder.
- Casals, Ignacio. (1982). ***Sociología de la Ancianidad en España.*** Madrid, España. Ed. Interamericana.
- Comisión Nacional De Derechos Humanos. (1999) ***Los derechos humanos en la tercera edad.*** CNDH. México
- Coni, N. (1990). ***Geriatría.*** México, D.F. Editorial el Manual Moderno.

- Consejo Nacional de Población y Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia (1994), **Encuesta nacional sobre sociodemografía del envejecimiento en México, resultados**, México, Canapo-Dif. Serie Demográfica del Envejecimiento en México.
- Cornejo, Porras Guadalupe.(2003) **La Vejez Desde Una Perspectiva Psicosocial**. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Edo Mex. México.
- De Gross, Richard. (1994) **Psicología (La Ciencia de la Mente y la Conducta)**. México D.F. . Editorial Manual Moderno.
- De la Fuente, Ramón. (1998). **Salud Mental en México**, Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, D.F. Fondo de Cultura Económica.
- De la Gándara, M. (1995) **Envejecer en Soledad: Recursos Psicopatológicos de Soledad en los Ancianos**. Madrid, España. Editorial Popular.
- De Nicola, Pietro (1985) **Geriatría**. México, D.F. Editorial El Manual Moderno.
- De Oñate, M. (1989).**El Autoconcepto Formación, Medida e Implicaciones en la Personalidad**. Barcelona. Editorial. Narcea S,A.
- Donahue, W. (1962) **Aspectos Psicológicos en el Cuidado de los Pacientes Geriátricos**. México, D.F. Editorial Prensa Médica Mexicana.
- Doval , M. (1984). **Evaluación de la salud en el anciano**. México, D.F. Editorial Prensa Médica Mexicana.
- Enríquez, Reyna Véronica. (1997) **Alternativa De Prevención Hacia La Delincuencia Juvenil. Psicología Humanista**. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Edo Mex. México.
- Fajardo, G. (1997) “**Las Necesidades Del Adulto Mayor, Su Familia Y La Teoría De Maslow**”. en , Problemas Del Adulto Mayor. Ciess, Ops, México.

- Gobierno Del Distrito Federal. (1999) ***El Adulto Mayor en el Distrito Federal; Por una Sociedad Integral en el Siglo XXI*** . México. Secretaria De Desarrollo Social.
- González Aragón J. (1985) ***Aprendamos a Envejecer Sanos***. México, D.F. Costa –Amic editores.
- Gómez, S. (1996) ***La Productividad del Anciano como Alternativa de Autoconcepto de la Vejez***. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Edo. Méx. México.
- Instituto Nacional de Estadística ,Geografía e Informática (INEGI). (2001) ***Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda 2000 . Bases de Datos Tabulados de la Muestra Censal***. Aguascalientes, Ags., México .
- Jourard, s. (1994) ***La personalidad saludable. El punto de vista de la psicología humanista***. México, D.F. Editorial Trillas.
- Kalish, A. Richard (1996) ***Perspectivas Sobre el Desarrollo Humano***. México. Editorial Psicología Pirámide.
- Kessel, S. (1996) ***Primera Conferencia Nacional De Consenso Sobre Anciano Maltratado***. Rev. Esp. De Geriatria y Gerontología.
- Lafarga, Juan. (1995) ***Desarrollo del Potencial Humano. Aportaciones de una Psicología Humanista***. México, D.F. Editorial Trillas.
- Laforest, Jacques. (1991) ***Introducción a la Gerontología***. Barcelona, España. Editorial Herder.
- Langarica, Salazar Raquel. (1985) ***Gerontología y geriatría***. México, D.F. Editorial Interamericana.
- López, H. (2001) ***Panorama Actual de la Jubilación en México y Sus Implicaciones en el Ámbito Psicológico*** Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Edo. Méx. México.

- Majos, A. (1995) **Manual de Prácticas de Trabajo Social en la Tercera Edad**. Madrid, España. Editorial Siglo XXI.
- Marquéz, Cedillo Ma., Velázquez Díaz Emma. (1996) **La vida familiar del anciano**. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Edo. Méx. México.
- Martinelle, S. (1992) **“On The Causes Of Changes In The Age Structure: The Case Of Sweden”**, En, United Nations, Changing Populations Age Structures, 1990-2025. Demographic And Economic Consequences And Implications, Pp 84-89.
- Martínez B., Quintana F, (1984) **Alteraciones de la Conducta Sexual Y Depresión En Ancianos**. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Edo Mex. México.
- Martínez M, (1986) **Causas del fracaso escolar y técnicas para afrontarlo**. Madrid. Editorial. Narcea.
- Maslow, Abraham (1988) **El hombre autorrealizado**. Barcelona, España. Editorial Kairos
- Mishara, B. L. (1995) **El proceso de envejecimiento**. Madrid, España. Ediciones Morata.
- Montes De Oca, Verónica. (1994) **Envejecimiento Y Modernidad En América Latina Y El Caribe; El Impacto Demográfico Sobre La Familia, La Sociedad Y El Desarrollo**, En Nueva Sociedad, Caracas, Venezuela.
- Moragas, Moragas Ricardo. (1991). **Gerontología Social. Envejecimiento y Calidad de Vida**. Barcelona, España. Editorial Herder.
- OCDE(1998) Aging Populations. The Social Policy Implications Francia.

- ONU (2004) **World Population Prospects**. www.un.org/popin
- ONU (1979) **Primera Reunión De Naciones Unidas Sobre El Envejecimiento, Declaratoria**. Realizada En Kiev, Antigua U.R.S.S.
- Papalia Diane. Y Wendkos S. (1990) **Psicología**. México. Ed. Mcgraw-Hill.
- Perlado, F. (1995) **Teoría y práctica de la Geriatría**. Madrid, España. Editorial Díaz Santos.
- Podnieks. E. (1992) **National Survey on the abuse of the Elderly in Canada**. Journal. Elder Abuse on Neglect.
- Portillo, Escamilla Ana Patricia. (1998) **La subjetividad del anciano a través de una perspectiva Psico-social. "Con toda una vida sobre la piel"**. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Edo. Méx. México.
- Preston, John (2002) **Como vencer la depresión**. México. Editorial Pax.
- Quitman, H. (1989) **Psicología humanística**. Barcelona, España. Editorial Herder.
- Richter, Josef. (1992) **"Economic aspects of aging: review of the literature", en united nations, demographic causes and economic consequences of population aging**, United nations, New York, U.S.A.
- Rodríguez C. M. (1999) **Sociología de los mayores**. Salamanca, España. Publicaciones de la universidad pontificia de Salamanca.
- Romero, C. (1999) **Familia y tercera edad**. México, D.F. Secretaría de Desarrollo Social. Dirección General de Equidad y Desarrollo
- Salvarezza, Leopoldo. (1996) **Psicogeriatría, teoría y práctica**. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós

- San Miguel, Eduardo. (1999) ***Los derechos humanos en la tercera edad***. México. Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Sánchez Delgado Carmen. (2000) ***Gerontología Social***. Buenos Aires, Argentina. Espacio editorial.
- Sánchez S. (1986). ***Diccionario Enciclopédico de Educación Especial***. Madrid, España. Editorial Santillana.
- Simon, S. (1998) ***Enfermería gerontológica***. México, D.F. Editorial Mcgraw-Hill.
- Stith, Sandra M. (1990) ***Psicología de la violencia en el hogar estudio de consecuencias y tratamiento***. U.S.A. Ed. Desclee de Brouwer .
- Tolstij, Alexander. (1989). ***El hombre y la edad***. . Moscú, Rusia. Editorial progreso
- Velásquez J. (1975). ***Manual de psicología elemental***. México, D.F. Editorial Minerva.
- Zinberg, N. E. (1987). ***Psicología normal de la vejez***. Buenos Aires, Argentina. Editorial Páidos.

LEGISLACION NACIONAL: (s.a). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Constitución Política del Estado De Aguascalientes, Constitución Política del Estado De Colima, Constitución Política del Estado De Guanajuato, Constitución Política del Estado De Nuevo León, Constitución Política del Estado De Oaxaca, Constitución Política del Estado De Puebla, Constitución Política del Estado De Querétaro, Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Estados Unidos Mexicanos.

LEGISLACIÓN EXTRANJERA. (s.a). Constitución Española, Constitución de la República de Cuba, Constitución de la República Dominicana, Constitución Política de la República de Ecuador, Constitución Política de la República de Guatemala, Constitución de la República de Honduras, Constitución Política de Panamá, Constitución de la República de Paraguay, Constitución Política del Perú, Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

.