

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

“CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD”

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:**

JUVENTINO SOTO RODRÍGUEZ

**DIRECTORA DE TESIS
LIC. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ**

MÉXICO D. F.

2006



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi esposa por todo su amor y apoyo incondicional en cualquier circunstancia de la vida, por ser el motor que me ha impulsado a lograr nuevos objetivos y al mismo tiempo por darme la paz y tranquilidad, producto de un hogar feliz y una familia maravillosa.

A Moni y Anita porque son mis hijas favoritas y la motivación de mi vida.

A Julián y Santiago porque sus risas y caritas felices alegran mi existencia

A mi madre porque me dio la vida y ser la inspiración de esta investigación

A todas las hermanas de mi esposa y sus respectivas familias, por su alegría de vivir, por su solidaridad y unión familiar. Principalmente a Pelo por ser la “segunda abuela”.

A mi gran amigo Lic. Jesús Vega A. por sus consejos y apoyo invaluable y por su “contagiosa” actitud positiva ante la vida.

A Maira y Arturo, ejemplos de tenacidad y constancia

A Silverio y Nino amigos de toda la vida, quienes han estado presentes en todo momento

A todos mis hermanos y sus respectivas familias, que aún sin saberlo, están siempre en mis pensamientos. A Jorge, Fernando, Raúl Jr. Carlos Jr. quienes son los representantes y relevos de la nueva generación de la familia Soto.

A todos mis asesores y personal administrativo de la Facultad de Psicología que siempre desempeñaron con excelencia su trabajo. Particularmente a la Lic. Patricia Paz de Buen Rodríguez por sus conocimientos, su calidad humana e infinita paciencia.

A mis revisoras y sinodales por sus valiosos comentarios:

Mtra. Marisa Herrán Iglesias

Mtra. Guadalupe Inda Sáenz Romero

Lic. Patricia Sánchez Razo

Lic. Karina Torres Maldonado.

ÍNDICE

RESUMEN	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. El envejecimiento	6
1.1 Consideraciones generales	6
1.2 Teorías sobre el envejecimiento	12
1.2.1 Teorías biologicistas	12
1.2.2 Teorías sociales	14
1.3 La vejez a través de la historia	19
1.4 La vejez en México.	22
CAPÍTULO 2. Cambios biológicos en la vejez	27
2.1 Envejecimiento cerebral	27
2.2 Envejecimiento del sistema sensorial	32
2.3 Envejecimiento y sexualidad	37
2.4 Aparato respiratorio	40
2.5 Aparato digestivo	42
2.5.1 Importancia de una correcta alimentación	45
2.6 Aparato urinario	47
2.7 Aparato locomotor	48
2.8 Aparato cardiovascular	49
CAPÍTULO 3. Aspectos psicológicos del envejecer	51
3.1 Generalidades	51
3.2 Cambios que afectan el aspecto psicológico en los ancianos	54
3.2.1 Cambios internos	55
3.2.2 Cambios externos	58
3.2.3 El papel de las emociones	64
3.3 Trabajo-jubilación	65
3.4 El duelo	69
3.5 Consecuencias de los cambios psicológicos	70
CAPÍTULO 4. Calidad de vida y envejecimiento	81
4.1 Definiciones	81
4.2 Envejecimiento exitoso.	89
4.3 Equilibrio cuerpo-mente.	93
4.4 La actividad física y calidad de vida	101
CAPÍTULO 5. Metodología	109
5.1 Planteamiento del problema	109
5.2 Objetivo General	110
5.3 Tipo de estudio	110
5.4 Técnica	110

5.5 Muestra	111
5.6 Análisis de datos	112
5.7 Procedimiento	114
RESULTADOS	115
1.- Ficha de identificación	115
2.- Descripción textual por código y análisis cualitativo	116
3.- Similitudes y diferencias	142
CONCLUSIONES	145
SUGERENCIAS	158
BIBLIOGRAFÍA	174
Anexo 1	187

Resumen

Ante el incremento de la población anciana en nuestro país y dadas las desventajas y malas condiciones físicas y emocionales en que llegan a la vejez la mayoría de ellos, y debido también a la creciente necesidad de incorporarlos activamente a la sociedad, se planteó la necesidad de fomentar la calidad de vida de las personas como una vía para alcanzar una vejez plena y satisfactoria. La finalidad de éste trabajo es mostrar a los ancianos alternativas que pueden conducirlos a disfrutar una mejor calidad de vida, mediante tres vías: 1) el conocimiento del proceso de envejecimiento de los principales órganos del cuerpo humano, 2) las características personales, comportamientos y experiencias vividas por dos adultos mayores considerados con buena calidad de vida, 3) los testimonios y planteamientos expresados en el marco teórico de referencia. De manera que sean los propios ancianos quienes participen en el fomento y desarrollo integral de su propio bienestar. El alcance de la investigación abarca también un carácter preventivo, aplicable a las personas que se encuentran en la etapa pre jubilatoria, que a final de cuentas es el sector de la población más vulnerable a los efectos negativos del envejecimiento.

Se analizaron cualitativamente las historias de dos personas (hombre y mujer), de 94 y 82 años respectivamente, considerados viejos, pero sanos física y mentalmente, que han vivido en el D. F. la mayor parte de su vida, y que pudieran ser los representantes de la población en estudio, de acuerdo a su calidad de vida. El objetivo final al que se quiere llegar es saber la relación que existe entre las actividades físicas, los aspectos psicológicos y la actividad laboral de los ancianos con su calidad de vida. De tal forma que las características, comportamiento e historias personales de dos adultos mayores excepcionales, sirvan de inspiración tanto a viejos como a jóvenes para mejorar su estilo de vida y les conduzca a una mejor calidad de vida, ante el supuesto de que los buenos hábitos físicos y psicológicos conducen propician una mejor calidad de vida. También se analizaron las posibles diferencias de ambos entrevistados en su percepción de envejecimiento y concepto de *buena calidad de vida*.

v

Se eligió a dos sujetos del Distrito Federal por ser una ciudad cosmopolita, con gran diversidad de grupos humanos, y con los múltiples problemas de una ciudad en desarrollo, (económicos, políticos, sociales, educativos, entre otros) de tal forma que la buena calidad de vida se pone en entredicho, y el anciano que la logra debe ser considerado excepcional.

Se adoptó el concepto *calidad de vida* según la definición que hace la OMS (1999): *la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto cultural y sistema de valores en los cuales vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses*; pero también se toman en cuenta las reflexiones subjetiva y experiencias

personales de los participantes. El planteamiento teórico está documentado en investigaciones geriátricas y bibliografía especializada en el tema; además de experiencias personales con ancianos.

Se utilizó la entrevista en profundidad como técnica de recolección de datos, después de ser transcritas y analizadas cualitativamente, se interpretaron y reportaron los hallazgos respetando fielmente la fuente de información. En este sentido, los datos reportados se consideran confiables por la forma metódica en la que fueron obtenidos: es un reflejo de las conductas observables y estados internos de los entrevistados, expresados libremente según su particular punto de vista y sentido que atribuyen a sus acciones.

El trabajo consta de cinco capítulos:

- 1.- *El envejecimiento*: consideraciones generales y teorías sobre el envejecimiento.
- 2.- *Cambios biológicos en la vejez*: principales cambios sufridos a causa del envejecimiento orgánico.
- 3.- *Aspectos psicológicos del envejecer*: cambios psicológicos internos y externos y sus consecuencias.
- 4.- *Calidad de vida*: conceptos, definiciones y sugerencias para mejorar la calidad de vida.
- 5.- *Metodología*: planteamiento del problema, objetivo general, tipo de estudio, técnica empleada, muestra, análisis de datos, procedimiento, resultados.

vi

Los resultados confirman que los entrevistados cumplen con el perfil señalado en el marco teórico para ser consideradas personas con buena calidad de vida. Existen infinidad de causas probables de la buena calidad de vida, pero en este caso, los aspectos psicológicos, las actividades físicas, la alimentación y las actividades en el retiro, incluyendo las responsabilidades asignadas en la vejez, demostraron ser fundamentales.

En cuanto a la percepción que cada uno tiene sobre el envejecimiento y la buena calidad de vida, no se encontraron diferencias relevantes, sólo algunas discrepancias basadas en sus experiencias personales; ambos expresan más coincidencias que diferencias.

Con base en estos modelos de individuos, y en otras investigaciones previas, se hace una serie de recomendaciones y sugerencias para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, así como sugerencias de acciones preventivas para lograr una vejez satisfactoria.

Introducción

El envejecer es un proceso natural en todos los seres vivos. En el ser humano se presenta de una manera activa, debido a la participación de las personas en este proceso, favoreciéndolo o perjudicándolo dependiendo del sentido y dirección de la participación. Todos los organismos vivos tienen por tanto, como destino final, enfrentar una decadencia progresiva y gradual que anuncia el cese de toda actividad vital. En la especie humana la declinación senil adopta aspectos más llamativos y hasta dramáticos con relación a los demás seres vivos, básicamente por tres razones fundamentales: a) la mayor longevidad de las personas, b) por la degradación de los órganos debido al uso y, c) por el rechazo social del anciano.

El tema de la ancianidad ha sido analizado en otras investigaciones –varias de ellas se citan en este mismo trabajo-, pero la mayoría resaltan la mala calidad de vida de los ancianos. Se ha señalado la débil posición de los ancianos debido a sus carencias y limitaciones, presentando un panorama triste y desolador. En esta ocasión no pretendemos ahondar más en esta insoslayable realidad; lo que se pretende es enfocar el estudio sobre aquellos viejos que llevan una vida digna y satisfactoria, basada en buenos hábitos y costumbres y una adecuada actitud mental. Aquellos a quienes no les pesa ser viejos, porque han sabido sortear los obstáculos que la vida les impuso, enfrentando su vejez con dignidad y valor.

El interés principal de este trabajo, más que por qué envejecemos, se centra en cómo se debe envejecer. Por lo tanto, se mencionan conceptos como, *envejecimiento activo*, *envejecimiento exitoso*, *estilos de vida*, *salud mental*, etc. con alternativas de cómo conseguir un *envejecimiento saludable*. Explicando como inciden los estilos de vida y estos a su vez en los modos de envejecer, y cómo conciliar vejez y futuro.

Se ha escrito mucho sobre el término *calidad de vida*, que en forma general, de acuerdo a San Martín (1990), se refiere al sentimiento de satisfacción con la propia vida; a un estado aceptable de salud física, mental, social y emocional de un individuo; asociadas con la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la situación económica y lugar de residencia.

A medida que las personas envejecen, el deterioro en su calidad de vida es cada vez mayor, aunque hoy sabemos que tal deterioro no lo produce la vejez por sí misma, sino otros factores asociados, como una mala salud física, malos hábitos, una baja autoestima, y otras causas internas y externas de cada individuo. Nuestro estudio pretende orientar y fomentar el mantenimiento de la salud física y mental como argumento esencial de la calidad de vida en los adultos mayores.

En el presente trabajo se plantea la necesidad de concienciar a las personas de la tercera edad y a los que están muy cerca de llegar a ella, sobre la importancia de la calidad de vida a cualquier edad y particularmente en la senectud. Por ello se consideró de utilidad señalar los aspectos más relevantes del proceso de envejecimiento, de acuerdo a recientes publicaciones sobre el tema. Se consideró importante también, hacer una breve revisión histórica del envejecimiento y una explicación de éste proceso, de acuerdo a las teorías biológicas y sociales más representativas.

Tanto las expectativas de vida como la calidad de ésta, han aumentado considerablemente a nivel mundial con relación al pasado reciente. Debido principalmente al progreso científico en todas las áreas, a los avances en la medicina que han permitido mejorar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, al mayor acceso a los servicios médicos, a las campañas preventivas de salud, y al mejor nivel de vida en general.

La calidad de vida de una población suele avanzar en forma paralela a la esperanza de vida, puesto que los adelantos técnicos y científicos así como el nivel de vida favorecen a ambas. Pero aunque la calidad de vida de una población puede crecer casi de forma indefinida, en un nivel personal solo puede hacerlo en forma limitada, ya que con los años aumentan los achaques y limitaciones, y con ello disminuye la calidad de vida (Hamm-Chande, 2003). Es sabido que por lo general la calidad de vida depende más de factores personales y particulares, como la autoestima, la familia, la seguridad social, y particularmente la desvinculación entre padres e hijos, que se traduce en mayor soledad y aislamiento del anciano, y que inevitablemente repercute en un mayor envejecimiento tanto físico como mental.

Es un hecho que en la actualidad la gente se preocupa por vivir más y mejor que antes: intentan comer mejor, se hacen planes para la jubilación hay quienes practican algún ejercicio físico motivados por la tendencia actual; en otras palabras, planifican mejor su vejez en el aspecto físico. Sin embargo, esto por sí solo no es suficiente para llevar una vejez plena y satisfactoria, pues como sabemos, el hombre no solo es cuerpo, sino también persona; también experimenta cambios que rebasan el nivel biológico, no sólo a nivel somático, sino también a nivel psíquico, y ambas cosas están estrechamente ligadas. Por tanto, es requerida una planificación adicional de tipo emocional o anímica, buscando el adecuado equilibrio cuerpo-mente.

Con la prolongación de la vida por lo general se acentúa el miedo a los achaques propios de la tercera edad, caracterizada por una notable decadencia física y una disminución gradual de las capacidades intelectuales. Sin embargo, la hipótesis de una decadencia irreversible de estas capacidades no ha sido confirmada como inevitable; múltiples testimonios y ejemplos de longevidad, aunado a los nuevos descubrimientos neurológicos, demuestran lo contrario. Como los estudios realizados por Wallis, (1998) a partir de los cuales se establece que, el envejecimiento exitoso parece estar determinado no tanto por factores genéticos, sino predominantemente por la adopción de estilos de vida, dieta, ejercicio, actividades cognoscitivas, autoeficacia, y las relaciones activas con la gente. O los estudios

realizados por Baltes P. y Baltes M. (1997) con ciudadanos alemanes, daneses y suecos sobre el envejecimiento exitoso, afirmando que entre las personas mayores existe una enorme plasticidad que puede utilizarse en el control de su propia salud; señalaron también, que los ancianos de hoy tienen más recursos que antes, los cuales emplean para aminorar las pérdidas asociadas a la salud.

Siempre habrá por fortuna, personas que acepten su vejez con dignidad y con orgullo. Otras en cambio lo harán resignadamente, aceptando pasivamente todas las desventajas que ello supone; sufriendo en silencio su “desgracia”. Pero existen también los que no sólo reniegan de su vejez, sino que la rechazan terminantemente, negándose a aceptar la realidad de su vida, protestando y sufriendo con amargura, arrastrando consigo las consecuencias ya conocidas: carácter agrio, trastornos distímicos y una actitud negativa que repercute a nivel social y familiar.

La actuación individual y la dirección que cada uno aplique a su vida, determinarán el rumbo y objetivo al que se quiere llegar. El resultado final estará en función de nuestras acciones presentes; pudiendo ser bueno, regular o malo dependiendo de cómo hayamos construido nuestro camino y como lo hayamos transitado. No podemos dejar de reconocer que efectivamente, somos los arquitectos de nuestro propio destino. No obstante, es preciso que se insista en la importancia de la prevención y la preparación de este camino que en el mejor de los casos nos conducirá hacia una vejez satisfactoria. La mejor forma de lograrlo es tomar acciones en el presente, incluso en los años previos, donde se puede hacer más por mejorar las condiciones de vida con miras al futuro.

Se sabe que la gente suele tener un excesivo temor a la vejez, y ese solo hecho limita enormemente las posibilidades de cualquier actividad preventiva, que cuando mucho se toman acciones correctivas, pero lamentablemente esto no es suficiente y en ocasiones suele ser demasiado tarde.

Por ello, es que se hace necesario un mínimo de conocimientos sobre los cambios biológicos que experimenta nuestro cuerpo a medida que envejece, que nos permita tener los elementos y argumentos suficientes para enfrentar la vejez con mayores posibilidades de éxito. Es preciso hacer conciencia de la aceptación de nuestra propia existencia, basados en los conocimientos de nuestras reales capacidades, como mejor forma de alcanzar el objetivo final que es: un verdadero disfrute de la vejez, o al menos, acercarnos lo más posible a este propósito.

El trabajo está dirigido principalmente a las personas de la tercera edad y a quienes están cerca de llegar a ella, con la intención de fomentar la calidad de vida en esta población, partiendo del conocimiento elemental que debemos tener sobre nuestro cuerpo, pero también de otros hábitos adicionales, como una adecuada alimentación, rutinas de ejercicios, descanso adecuado, diversión, una actitud positiva, y otras actividades que contribuyen a un mejor disfrute de la vejez.

Basados en la hipótesis de que la longevidad y calidad de vida de las personas en esta edad están directamente relacionadas con buenos hábitos y actitudes como *alimentación adecuada*, *ejercicio físico*, *aspectos psicológicos*, y *actividad laboral*; se realizó una investigación cualitativa resaltando la importancia de estos factores, como argumento fundamental para llevar una vejez satisfactoria.

El trabajo está sustentado en la revisión y análisis de la bibliografía especializada sobre la gerontología y la geriatría, diversas publicaciones nacionales e internacionales, bases de datos, algunas experiencias personales con ancianos, y por supuesto, el análisis profundo de la información contenida en las entrevistas a profundidad de nuestros “modelos”. Todo ello respetando sus creencias, su marco individual y familiar, costumbres y hábitos de vida. Con la intención final de plantear sugerencias de cambio que contribuyan a prevenir y mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

CAPÍTULO 1. EL ENVEJECIMIENTO

1.1 Consideraciones generales

En el proceso de envejecimiento se producen modificaciones morfológicas, biológicas y psicológicas en el organismo como consecuencia del uso y el paso del tiempo. Al ingresar a la etapa de envejecimiento se desarrollan paulatinamente cambios biológicos que con frecuencia son producidos por enfermedades, estos cambios orgánicos pueden afectar la adaptación psicosocial; como los cambios ocurridos en los sentidos que interfieren en la interacción con otras personas, culminando en dificultades emocionales y de adaptación. La pérdida de fuerza, atractivo y vigor físico suele provocar en las personas una reacción de debilitamiento emocional, pudiendo incluso interferir en la interacción y participación con los demás.

En la mayoría de los libros escritos por geriatras se aborda la senilidad en una actitud demasiado optimista. Otros autores en cambio, hacen hincapié en los aspectos negativos y describen a la vejez en términos pesimistas e incluso catastróficos. Entre estos se encuentran Beauvoir, (1989) y Bobbio, (1997). La primera, a una edad presenil, hace una representación enojosa de la pérdida de capacidades físicas y psíquicas: *“como una suerte de secreto vergonzoso, un tema prohibido”*. Agregando que: *“la inmensa mayoría de los hombres acoge la vejez con tristeza o con rebelión, inspira más repugnancia que la propia muerte”* (Beauvoir, 1989: p. 494). También es pesimista el enfoque de Bobbio, que a punto de cumplir 90 años afirmó *“el tiempo del viejo ... es el tiempo del pasado. Mientras que el mundo del futuro está abierto a la imaginación, y ya no te pertenece, el mundo del pasado es aquel en que, a través de los recuerdos, te refugias en ti mismo... El viejo vive de recuerdos para los recuerdos ...”* (Bobbio, 1997: p. 41).

Se pueden hacer objeciones a la afirmación de Beauvoir de que el anciano siempre ha sido rechazado por la sociedad. Basta con recordar que en la familia patriarcal, en distintas épocas y países, el anciano era un jefe autoritario y un testigo de cultura y tradición. Transmitía su experiencia vital y gozaba de la estima y respeto de los miembros de la familia, que aprovechaban sus experiencias para desarrollar actividades no muy distintas de las desempeñadas en épocas anteriores. Por lo tanto el anciano, aceptado como tal, era un elemento integrante de su sociedad (Levi, 2003). Asimismo los señalamientos de Bobbio están llenos de pesimismo y nostalgia cuando señala que el viejo vive de los recuerdos. Es mejor mantener vivas las ilusiones, con la esperanza de realizar proyectos nuevos, haciendo planes para el futuro, sin importar el tiempo que nos quede de vida.

De acuerdo a la naturaleza de nuestro estudio, es prioritario entender en primer lugar en qué consiste el proceso de envejecimiento del cuerpo humano; partiendo de la definición de los conceptos de vejez y envejecimiento, edad

biológica y edad cronológica; seguido por la revisión histórica sobre el envejecimiento poblacional tanto en el mundo como en nuestro país, que nos permita entender el presente, y conocer cómo ha sido abordado anteriormente el problema de la vejez en otros países y en el nuestro; en qué posición nos encontramos actualmente y cuáles son las expectativas futuras.

El proceso de envejecimiento ha sido ampliamente tratado en diversas investigaciones nacionales y extranjeras, como las realizadas en México por Ramírez S. (2004), Baltasar N. (1999), o González & Cepeda (2002), cada una de ellas con un enfoque particular. En algunos casos, se trata con cierta amplitud el tema de la vejez, tanto en el ámbito familiar como en las instituciones, todas ellas debidamente documentadas, abordando diversos aspectos como: depresión y autoestima, características de personalidad, efectos de la jubilación, calidad de vida, aspectos psicológicos en la vejez, etc. Pero todas tienen en común, hablar de la vejez en sus distintos procesos de desarrollo, sus causas y efectos, y posibles soluciones.

Dado que el tema que nos ocupa es la *calidad de vida en los ancianos*, es importante dar un vistazo a algunos trabajos previos relacionados con nuestro objeto de estudio.

Como la investigación realizada por Ramírez S. (2004), quien estaba interesada en saber si el auto-cuidado es una variable predictora de la percepción de calidad de vida en un grupo de ancianos, utilizando para ello diferentes instrumentos de medición. Hace una interesante investigación sobre la vejez a través de la historia de México y el mundo, utilizando conceptos y definiciones de vejez, de salud, de envejecimiento exitoso, y por supuesto de calidad de vida. Los resultados indicaron que en general existe relación entre las conductas de auto-cuidado de la salud y la calidad de vida de los ancianos, señalando también que la mayoría de ellos consideran tener buenas conductas de auto-cuidado y una adecuada percepción de su calidad de vida. El estudio demostró que el sexo masculino, así como la escolaridad resultaron ser factores asociados a una mejor percepción de la calidad de vida. En cuanto a la salud física, otra variable medida, se encontró que es el área más deteriorada; no obstante, se reportó que la noción de envejecer responsable es la mayor preocupación y la más atendida por los mismos ancianos.

Baltasar N. (1999) investigó la calidad de vida en ancianos institucionalizados, con la intención de identificar las áreas más vulnerables que pudieran afectar su envejecer satisfactorio dentro de las residencias. Trata en forma breve los aspectos históricos, conceptos y teorías sobre el envejecimiento, así como las características físicas y psicológicas del mismo.

Se concluyó que los ancianos institucionalizados perciben su calidad de vida como regular, de acuerdo a sus respuestas directas; en cambio en el aspecto físico, se demostró que era malo y pocos ancianos eran autosuficientes, requiriendo en su mayoría ayuda parcial para realizar actividades; generando finalmente una mala calidad de vida. Se encontró también que la mayoría presenta problemas de apetito, de sueño, nula sexualidad, sentimiento de inutilidad, incapaces de realizar cosas nuevas; considerando su estado de salud de regular a malo. Se reportó que el área psicológica fue determinante en su calidad de vida: la mayoría de ellos se encontraron deprimidos, angustiados, con falta de interés y motivación para realizar nuevas tareas; con sentimientos de inutilidad y abandono. El área social en cambio resultó la menos mala, ya que tienen la oportunidad de convivir con otras personas, conservando cierto grado de autoestima, a pesar de la carencia de familiares cercanos. Sin embargo, si permanecen mucho tiempo en la institución, el efecto es inverso. Otro hallazgo importante fue comprobar que a mayor edad, menor calidad de vida.

Un estudio más, éste realizado por González & Cepeda (2002) determinó que la auto-eficacia en los ancianos está altamente relacionada con la calidad de vida en general, incluyendo los aspectos de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Se encontró también que la categoría psicológica está estrechamente ligada con la salud física, siendo ésta, una de las mayores preocupaciones de los ancianos debido a sus limitaciones.

Por último, se destaca el estudio realizado por García Z. (2002). Sobre la calidad de vida y su relación con los efectos de la jubilación, basada en un cuestionario sociodemográfico. Se obtuvieron resultados muy similares tanto en hombres como en mujeres en cuanto a su percepción de la calidad de vida, con algunas diferencias en el aspecto físico. Se encontró también que las mujeres amas de casa se perciben mejor que las jubiladas, y que los efectos de la jubilación en las personas se evidencian conforme aumenta el tiempo de retiro, presentando mayor ansiedad-depresión.

El término *vejez* abarca una serie de conceptos biológicos, sociológicos y culturales; conceptos que van desde definiciones simples hasta las más complejas. Infortunadamente, el término se asocia con gran frecuencia a estereotipos negativos, utilizando términos en forma peyorativa y hasta ofensivos, según las costumbres y lenguaje común del lugar. Pero lo importante no es cómo lo definimos, sino cómo lo entiende y lo conceptualiza cada persona dentro de su propio mundo. Es preciso, sin embargo, contar con una aproximación que nos sirva como punto de partida para nuestra propia definición. El envejecimiento es el proceso que conduce a la vejez; dicho de otra manera, la vejez es el resultado del proceso de envejecimiento.

Durante siglos se ha considerado erróneamente a la vejez como sinónimo de enfermedad. Fue hasta finales del siglo XIX que se hace la separación de tales conceptos, surgiendo así la Geriatria y la Gerontología; pilares del estudio del anciano en todos sus aspectos.

Los términos *envejecimiento* y *senescencia* se utilizan indistintamente para designar los cambios que los organismos sufren al paso de los años. Tanto si es un envejecimiento propio de la edad como si es un envejecimiento patológico. Tanto la geriatría como la gerontología estudian el envejecimiento de los humanos en diferentes maneras; la geriatría es la parte de la medicina que estudia las enfermedades de la vejez y su tratamiento, el envejecimiento patológico asociado a los ancianos. La gerontología en cambio, estudia los fenómenos que producen la vejez, los cambios ocurridos en el hombre a causa de la edad.

Beauvoir S. (1970) señala que en el concepto de *vejez* deben considerarse tres aspectos fundamentales:

1. Es un fenómeno biológico: el organismo del hombre presenta ciertas irregularidades.
2. La vejez acarrea problemas psicológicos: algunas conductas se consideran con cierta razón como características de una edad avanzada.
3. La vejez tiene una dimensión existencial: modifica la relación del individuo con el transcurso del tiempo, por tanto, su relación con el mundo y su propia historia.

Para Quintanar (citado en Segura 2001: 16), la *vejez* es “*la etapa de la vida previa a la muerte natural; etapa en la que se materializan los resultados de las condiciones individuales y sociales de un estilo de vida; época prehistóricamente determinada, caracterizada por la polaridad entre el deterioro y las limitaciones personales, y la depuración dentro de un margen de edad máxima, especificada por un grupo social*”.

En tanto que la gerontología, según Laforest (1991), la define simplemente como: el estado de una persona, que por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social.

Con todo lo anterior, podemos concluir entonces que, en la *vejez* los elementos somáticos y psíquicos se hallan en un estado en que han perdido definitivamente su máxima calidad después de un periodo de debilitamiento; en general hay una degeneración de los tejidos, un endurecimiento de las vías de riego interno y un desgaste de los órganos; todo ello impacta negativamente la afectividad del individuo y dificulta su vida mental. La emotividad del hombre se ve alterada al envejecer agravándose a medida que envejece, con tensiones propias de la involución como: celotipia, agresividad, depresión.

Quienes han estudiado el proceso de envejecimiento indican que la autopercepción del *envejecer* se presenta antes en el sexo femenino que en el masculino. Es decir, el hombre se resiste más a aceptar que ya es viejo y sufre más las consecuencias de la vejez. En el varón las depresiones vienen relacionadas con el aumento de la fatiga y el descenso en su rendimiento personal; en la mujer se manifiesta en la subjetividad; es decir, en sus valores y principios. La *vejez* es por tanto, el resultado de un proceso de deterioro biológico, social y psicológico, que actúa de manera individual y personal como última etapa del desarrollo de un individuo.

Fierro (1994, citado en Buendía J. 1994) considera que hay dos modos de entender el curso del *envejecimiento*: uno lo restringe a los procesos degenerativos y de reducción de ciertas funciones, el declinar biológico y psicológico; mientras que el segundo considera juntos, este declinar y el despliegue de funciones en donde no sólo se presentan deterioros, sino también de manera conjunta, se mantienen e incluso se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas.

Es común que la gente se preocupe excesivamente por su edad; sin embargo, la edad es sólo un concepto que tiene diferentes connotaciones que son utilizadas según convenga.

Cuando el envejecimiento se produce de forma fisiológica, hay correspondencia entre la edad biológica y la cronológica. En cambio cuando hay un mayor desgaste del organismo producido por enfermedades u otras causas externas, se presenta una disociación entre ambas edades, de tal forma que la apariencia física y el carácter de la persona aparentan otra edad cronológica. Así, se suele decir que una persona es más joven biológica que cronológicamente cuando es de espíritu más juvenil.

De acuerdo a Krassoievitch (2005), existen tres tipos de edades:

. *Edad biológica*: es la situación actual de un individuo en relación con su ciclo vital potencial (su esperanza de vida).

. *Edad psicológica*: contempla la capacidad de adaptación de los individuos en una población determinada.

. *Edad social*: se refiere a los roles o papeles sociales de un individuo, con relación a las expectativas que tiene su entorno social, para con los miembros de su grupo de edad.

1.2 Teorías sobre el envejecimiento.

Existe una gran variedad de teorías que tratan de explicar cómo se producen los cambios asociados a la vejez; todas ellas desde su particular enfoque tratan de dar cuenta del proceso de envejecimiento del ser humano, partiendo de explicaciones tanto biologicistas como sociales. Teorías que se distinguen, desde aquellas que parten de postulados meramente teóricos sin mucho sustento científico, hasta las teorías experimentales más modernas que tratan de explicarlo con base en los últimos descubrimientos sobre el funcionamiento del organismo humano. Sin embargo, no existe una uniformidad de criterios, así como tampoco existe una sola causa que produzca el envejecimiento; no obstante, todos los investigadores tratan de explicarlo de la mejor manera posible. Como Aslen, citado en Ortiz, (1995: p. 91) quien establece que *“el envejecimiento es un proceso evolutivo que depende de factores hereditarios, del medio ambiente y de la edad, pero aún no se han descubierto las causas precisas que lo determinan”*. Ello indica de acuerdo a Fierro (citado en Buendía J. 1994), que no es fácil determinar el inicio de la vejez tan claramente como ocurre con otras etapas de la vida como la adolescencia, debido a que aquella es un proceso imperceptible y lento, y dado que tiene como base biológica el envejecimiento celular, comienza muy pronto en la vida y se pone en marcha cuando termina el desarrollo infantil y adolescente.

1.2.1 Teorías biologicistas:

Algunas de estas teorías parten de fundamentos genéticos, consideran al ADN como el portador de toda la historia de cada ser humano, postulando la tesis de que existe un programa genético que establece de antemano la duración de la vida de las personas. Otras teorías se enfocan en los cambios ocurridos a nivel celular y de los tejidos a medida que envejecen, enfatizando la interacción existente entre células, tejidos y sistemas del cuerpo; intentan explicar el envejecimiento con base en una disminución o deterioro del organismo.

Se considera que la primera causa del envejecimiento es el deterioro por el uso, generado por la muerte celular, aún cuando el comportamiento de los diferentes tejidos de nuestro organismo es muy diferente. La muerte celular es debida tanto a factores extrínsecos (traumatismos, hipoxias) como a factores internos de la propia célula.

Los fundamentos de los biologicistas que sostienen que el envejecimiento celular es atribuido al factor genético, se basa en que unas células están programadas para una vida muy corta, y otras para que duren toda la existencia del individuo.

Con el paso del tiempo, las células van sufriendo cambios que se traducen en un descenso de la división celular hasta que se detiene la mitosis. Se ha determinado mediante estudios que el motivo del cese de la capacidad mitótica se debe a cambios ocurridos en determinados genes; existiendo por tanto, una relación directa entre la capacidad de reparar las alteraciones de la cadena de ADN y la longevidad de las células (G. Sanz, 2002).

El mismo autor afirma que, si no se reparan tales alteraciones provocan cambios en la homeostasis celular que acaban produciendo la muerte de esa célula. Cuando en un tejido son muchas las células que se atrofian, disminuye su resistencia y capacidad funcional, esto influye en el organismo del que forma parte ese tejido, y éste déficit funcional repercute en el funcionamiento de todo el aparato al que pertenece el órgano afectado, produciéndose una cadena de complicaciones, que en ocasiones es reparada por la redundancia del mismo organismo. En ese sentido, la teoría de Weismann, evolutiva-adaptativa, (citado en Carstensen, 1989: P. 18), sostiene basado en el hecho de que la producción y división celular es limitada, que “...la muerte tiene lugar puesto que el tejido estropeado no puede renovarse a sí mismo para siempre y debido a que la capacidad para reproducirse por medio de la división celular no es infinita, sino finita”; hipótesis que fue posteriormente comprobada por Hayflick y Moorthead en 1961, confirmando que la muerte de las células humanas normales es una propiedad inherente a las mismas células

Teoría inmunológica: Esta teoría propuesta por Walford en 1969, establece que la producción de anticuerpos del sistema inmunológico alcanza su nivel máximo durante la adolescencia, posteriormente se mantiene estable, y comienza a disminuir alrededor de los 60 años, rompiéndose el equilibrio dinámico. Otros autores como Hoffman (1997), sugieren que los efectos del estrés pueden afectar el funcionamiento del SNC causando trastornos funcionales. Considera que un alto grado de estrés que rebasa la capacidad de una persona para enfrentar los acontecimientos estresantes, puede tener implicaciones en el deterioro de la salud física y mental; no obstante, se concluye que es el modo en que responde una persona y no el estrés mismo lo que le afecta. En este sentido, y uniendo las dos últimas teorías, podemos considerar que el estrés aunado al deterioro del sistema inmune son determinantes para que la persona mayor se torne más vulnerable a desarrollar enfermedades.

Teorías del envejecimiento programado: defienden que el envejecimiento y la muerte están programadas por un temporizador o un reloj. Según el carácter ordenado y predecible de los cambios que experimentamos a medida que envejecemos, todo hace indicar que el envejecimiento se produce según un plan coordinado. Además del hecho de que todas las especies tengan una duración de vida fija, implica que el envejecimiento y la muerte están programados genéticamente (Hayflick, 1987). Aún cuando los defensores de las teorías del envejecimiento programado difieren respecto a la ubicación del temporizador del envejecimiento, sobre el mecanismo que lo pone en marcha y cómo funciona.

1.2.2 Teorías sociales:

Así como se trata de explicar el proceso de envejecimiento desde el punto de vista biológico interno del ser humano, también se han planteado diversas teorías desde el punto de vista socio-cultural, considerando que los factores externos también son relevantes en este proceso, se citan como ejemplo las siguientes:

Teoría de los ciclos vitales: Neugarten (1968) y asociados describen el ciclo de vida con base en dos condiciones fundamentales: a) los eventos que suponen una transición para el individuo (matrimonio, tener un hijo, logros profesionales, retiro); b) los roles que éste asume, los cuales implican cambios en el autoconcepto y en la propia identidad. Se basa en el desarrollo natural del individuo a lo largo de su vida, resaltando los acontecimientos importantes y estresantes que ha experimentado, y a la manera como los ha enfrentado, considerando que tales experiencias pueden marcar el rumbo y desarrollo del individuo, según su propia percepción de tales acontecimientos.

Teoría de las etapas y desarrollo personal: La teoría de las etapas explica la evolución de la personalidad a través de la identificación de una serie de estadios que se suceden durante el desarrollo.

Uno de los modelos más representativos de esta corriente es el de Erikson (1970), quien explica el desarrollo humano desde la infancia a la senectud, como una búsqueda de la identidad personal. Según esta teoría, el desarrollo de la personalidad se presenta como un proceso continuo que abarca ocho etapas que todos los individuos deben ir superando escalonadamente (véase tabla). La superación positiva de una etapa es de vital importancia para poder acceder a las etapas siguientes. El conflicto propicia el paso de un estadio a otro superior. Si esa “crisis” no se resuelve de forma satisfactoria, continúa demandando energía y causando dificultades. Por tanto, toda personalidad sana debe resolver la crisis de forma adecuada.

En la última etapa de la vida, la contradicción se expresa entre el deseo de envejecer satisfactoriamente y la ansiedad que producen los pensamientos de pérdida de autonomía y muerte. Durante este periodo, se analizan los estadios anteriores, metas, objetivos logrados y no logrados, etc. Esta reevaluación de la existencia ayuda a los individuos a resolver conflictos e integrar y aceptar la vida de forma positiva (Webster, 1993). Durante este periodo el individuo entra en un proceso filosófico orientado hacia la espiritualidad, las relaciones sociales y la búsqueda del envejecimiento satisfactorio, que según sabemos, muy pocos individuos llegan a experimentar.

Periodos evolutivos propuestos por Erikson

Fase	Crisis	Evolución positiva
1. Primera infancia	Confianza/desconfianza	Esperanza, motivación
2. Infancia	Autonomía/duda	Voluntad
3. Edad juego	Iniciativa/culpabilidad	Finalidad, objetividad

4. Edad escolar	Laboriosidad/inferioridad	Competencia
5. Adolescencia	Identidad/confusión	Fidelidad
6. Adulto (prin)	Intimidad/aislamiento	Afiliación, amor
7. Madurez	Generatividad/estancamiento	Productividad
8. Vejez	Integridad/desesperación	Sabiduría

Teoría de la desvinculación: Cumming y Henry (1961). La teoría duda de casi todos los principios de acción de los ancianos, al afirmar que el adulto mayor desea precisamente ciertas formas de “aislamiento social”, de reducción de contactos sociales y que al lograrlo se siente feliz y satisfecho. Los autores sostienen que durante el envejecimiento el individuo y la sociedad se alejan uno de la otra. Se dice que el anciano cada vez se siente menos involucrado con respecto a los demás y, por lo tanto, sus interacciones sociales disminuyen. Señalan que la desvinculación constituye una tendencia presente en todos los ancianos y que cumple una función adaptativa, ya que se correlaciona con una sensación de bienestar o de “satisfacción en la vida”. De esta forma se establecería un nuevo equilibrio caracterizado por una mayor distancia entre el individuo y la sociedad.

No obstante, diversos autores se han opuesto a este punto de vista y señalan que el distanciamiento, cuando ocurre, se debe a aspectos individuales de personalidad o a estilos de vida y a otros factores provocados por la misma sociedad, argumentando que la mayoría de los ancianos realmente lo que desean es continuar en actividad.

Teoría de la actividad: Havinghurst (1972) parte de la hipótesis de que la persona sólo es feliz y se siente satisfecha cuando es activa, produce algún rendimiento y cuando es útil a otras personas. En cambio, aquel que ya no es útil, que ya no desempeña función alguna en la sociedad, se muestra desgraciado y descontento. La teoría resalta el hecho de la satisfacción personal experimentada por el anciano cuando se integra a una comunidad y realiza alguna actividad productiva, para sí mismo y para los demás. Esta teoría ha tenido una gran aplicación en la gerontología social, con ella se maximiza y estimula la actividad en la vejez. Se dice que esta se creó con la finalidad de contrarrestar el conflicto creado por la teoría de la desvinculación, propiciando una serie de investigaciones que demostraron la falacia contemporánea que considera a la población de adultos mayores como deseosa de descansar, meditar y disponer de su tiempo como mejor les parezca, después de una larga actividad laboral. El valor de la teoría de la actividad reside en la premisa que sostiene que los viejos deben permanecer activos tanto tiempo como les sea posible y que, cuando ciertas actividades ya no se pueden realizar, deben buscarse los sustitutos correspondientes a fin de mantenerse activos.

Teoría de la continuidad: Desarrollada por Neugarten (1968), fundamenta sus principios en el siguiente postulado: a medida que el individuo va avanzando en determinados estadios, va desarrollando nuevos valores, actitudes, hábitos, conductas y metas que posteriormente retiene, en cierta medida, durante la vejez. Así, la edad avanzada, según Mishara

y Riedel (1986), no supone cambios bruscos en la vida de los ancianos, puesto que viene determinada por el estilo de vida y conductas anteriores.

Esta teoría intenta explicar la adaptación de los individuos al periodo de la vejez, analizando sus actitudes y rasgos de personalidad. El postulado central de la teoría se fundamenta en que tanto los adultos como las personas mayores tienden a proteger y mantener sus estructuras internas y externas, y utiliza esta continuidad para conseguir sus objetivos. Según Hétu (1988), la teoría puede resumirse en siete postulados:

1. A nivel psicológico no existe una evolución que sea idéntica en todos los hombres. Esto excluye la influencia global sostenida por la teoría de la desvinculación.
2. Desde el nacimiento hasta la muerte, el individuo constituye una sola entidad coherente, y toda evolución depende siempre de lo que el individuo haya sido anteriormente.
3. Al final de su evolución el individuo integra su experiencia y la imagen que puede hacerse de sí mismo en una estructura estable llamada autoconcepto o personalidad que determina sus respuestas ante las nuevas situaciones. Por lo tanto, al individuo no se le puede conocer si no se conoce su personalidad.
4. El individuo tiende a fabricar el entorno que le corresponde a través de la coherencia y de su funcionamiento interno.
5. La personalidad del sujeto se convierte en el mejor predictor de su actitud y adaptación a la vejez. Es decir, si no aparecen grandes cambios que puedan desestabilizarlo, el individuo continuará funcionando siguiendo sus pautas de comportamiento habitual.
6. El envejecimiento acentúa las líneas que constituyen la estructura de la personalidad. En la vejez, el individuo puede mostrar rasgos de personalidad más nítidos de los que había manifestado anteriormente.
7. Aunque la personalidad presenta una estabilidad, continúa evolucionando durante toda la vida integrando los acontecimientos que el sujeto afronta.

Teoría cognitiva: Thomae (1971) sostiene que la persona misma estructura su existencia a base de lo que le es importante y esencial en la confrontación con su medio ambiente.

Esta teoría se basa en el hecho de que las personas difieren en la manera de procesar y codificar la información, que también está asociada a su personalidad y motivación particular. La teoría que plantea este autor puede resumirse en tres postulados:

1. Las modificaciones del comportamiento en personas adultas están relacionadas más estrechamente con las circunstancias percibidas que con la realidad objetiva.

2. La manera como se vivencia un cambio del entorno depende de las necesidades dominantes y expectativas propias, así como de aquellas de la sociedad, es decir, el estado motivacional es responsable del comportamiento.
3. Solo el equilibrio entre los sistemas: cognitivo y motivacional hacen posible la adaptación del individuo al envejecer y, por tanto, es condición para sentirse satisfecho.

Laforest (1991) menciona que las actitudes y las prácticas colectivas en relación con la ancianidad ejercen sobre las personas mayores un efecto debilitante y desmoralizador, tanto más cuanto estas personas antes de alcanzar su propia senectud, habrían asimilado personalmente tales actitudes y prácticas. No es fácil asimilar conceptos devaluantes tales como: torpes, sucios, solitarios, gruñones, o el gran estereotipo que indica que ser anciano es igual a estar enfermo. Indudablemente se presentan mayores deterioros físicos y enfermedades entre las personas mayores que entre los hombres y mujeres jóvenes, y que algunas enfermedades son especialmente comunes en las personas mayores, como la artritis y el reumatismo; pero no es exacto concluir que la vejez misma es una especie de enfermedad generalizada. Algo importante a considerar es que la enfermedad y la disminución de las facultades no son lo mismo aún cuando ambas constituyen estados muy lejanos del ideal de la salud (De Incola, 1985).

Debe reconocerse que las actitudes colectivas frente a la vejez son principalmente negativas y que no desaparecerán en breve, hay que buscar más bien el modo de neutralizar sus efectos en las personas mayores. Hay que aceptar que esos estereotipos existen, pero no se debe permitir que causen en la población anciana un efecto devaluante. Si los ancianos comprenden el contenido de tales estereotipos y los asimilan con realismo, su identidad personal se verá preservada y estarán en situación de colaborar activamente en las necesarias transferencias intergeneracionales, luchando a la vez eficazmente contra los excesos e injusticias a que pueden conducir los estereotipos sobre la ancianidad (Laforest, 1991).

1.3 La vejez a través de la historia:

La vejez ha sido vista de diferentes maneras a lo largo de la historia: en algunas culturas el anciano era visto con respeto y honor debido a su sabiduría y experiencia en la vida, sirviendo incluso de guía en el desarrollo de su comunidad; mientras que en otras sociedades los ancianos eran subestimados y relegados a un nivel inferior, dependiendo principalmente de factores sociales y culturales de la región. En la actualidad persisten las diferencias y discriminaciones hacia ellos en la mayoría de las sociedades del mundo aunque en menor grado.

Según Fericgla (2002), existen tres modelos socioculturales admitidos por la antropología, que permiten realizar una comparación intercultural del papel que desempeñan los ancianos en cada uno de los tres tipos de sociedad:

1. Las sociedades nómadas cuyo sistema de subsistencia está basado en la caza y la recolección. En este modelo de sociedad los ancianos se mantienen integrados y son alimentados por la colectividad en la medida que no amenazan la subsistencia del grupo. Los ancianos que sobreviven hasta edades avanzadas son los individuos más fuertes, los cuales son un porcentaje mínimo. Los ancianos cumplen obligaciones sociales importantes en la transmisión de la cultura y conocimientos. Los pueblos aprecian su experiencia personal; por tanto, los individuos que consiguen llegar a viejos disfrutan de un alto nivel de prestigio.
2. Las sociedades agrícolas, hortícolas y ganaderas, semisedentarias o sedentarias, con una capacidad acumulativa de bienes y alimentos mayor que las nómadas. En ellas el privilegio que gozan los ancianos suele ser el de dominio económico, político y religioso. En estas sociedades los ancianos reciben tareas específicamente destinadas a ellos y que ayuden de este modo a la supervivencia del grupo. Les es permitido ejercer un determinado control en casi todos los ámbitos sociales por su dominio en las técnicas de cultivo, de reproducción y cura de animales. También suelen ejercer el poder político.

Es frecuente que en las sociedades agrícolas y ganaderas, los hombres mayores ejerzan todos los roles de poder político, social, familiar y económico. Los ancianos ocupan un estatus dominante tanto a nivel social como en la familia, y su autoridad se impone a través de una serie de normas culturales.

De acuerdo a Todd, (1983). En las culturas germánicas y escandinavas la autoridad de los ancianos mantenía un control estricto sobre la sexualidad de las generaciones más jóvenes, ya que el matrimonio se retrasaba hasta que la mujer rebasaba los treinta años. De éste modo el anciano ejercía un control sobre la reproducción del sistema familiar, adecuándolo a su conveniencia. Este modelo de ancianidad se da en Finlandia, Rusia, Eslovenia, Yugoslavia, Bulgaria, una parte considerable del mundo germánico, el sur de Francia, y en toda la parte norte de la península ibérica, en Asia continental (Mongolia, China, Vietnam, norte de la India), así como en Japón y Corea.

3. Las actuales sociedades industrializadas y post industrializadas, en las que los ancianos están generalmente aislados del resto del grupo o reciben ayuda de sus descendientes mientras no pongan en peligro su nivel de bienestar estándar. Los viejos residen en su propio hogar, independientes del resto de descendientes y familiares, mientras puedan subsistir en solitario. Los familiares suelen dar una ayuda económica para su manutención o recibir una pensión de parte del estado en caso de jubilación. Cuando los ancianos ya no pueden valerse por sí mismos, el resto de la familia los acepta en su hogar con restricciones y por alguna temporada. Aunque también

es frecuente internar al anciano en asilos, produciéndose lo que Fericgla, (2002) llama “la muerte social”. El individuo que no trabaja sufre un tipo de marginación en la que pierde prestigio e identidad social.

Para Mishara y Riedel (1986), en las sociedades industrializadas se impone la jubilación a una edad cronológica determinada. Este “apartar” a los individuos del mundo laboral produce un efecto que puede denominarse *pena de muerte social*, por las consecuencias directas e indirectas que produce.

En estas sociedades los ancianos no juegan un rol familiar importante a menos que sean grandes propietarios, y la familia dependa económicamente de ellos. La posición que ocupan en la familia es central mientras se mantiene la estructura familiar nuclear, pero al quedar viudos pasan a depender total o parcialmente de la estructura familiar de los descendientes en la que ocupan una posición marginal, como si se tratara “de un invitado del que se espera moleste lo menos posible” (Coenen-Huther, 1978).

El rechazo de la vejez se manifiesta de modo distinto según la formación cultural, pero casi siempre está presente. Cualquier grupo humano tiende a vivir, a exaltar el vigor y la fecundidad, y huye de la vejez y de la esterilidad. En algunas culturas se hace en forma de ceremonias o rituales, como ocurría en determinadas sociedades occidentales las cuales expulsaban simbólicamente la vejez. Como el caso de la “aserrada de la vieja” que se realizaba el cuarto domingo de cuaresma en algunas zonas de Italia, España y Francia. La celebración consistía en fingir que aserraban por la mitad a una mujer vieja. En otros casos se prendía fuego a maniqués que simbolizaban la ancianidad con el objetivo de apartar todo aquello que se asocia a vejez: esterilidad, muerte, decrepitud, dolor (Fericgla, 2002).

Los griegos consideraban a la vejez como un castigo y era sinónimo de enfermedad; la vejez y la muerte se incluía entre los males más temibles de la vida, considerándolos como implacables e inevitables (Sánchez y Ramos, 1982).

Durante el renacimiento y el barroco permaneció la idea de la inevitable decrepitud y carácter melancólico de la ancianidad. El maltrato y el abandono eran comunes; incluso las ancianas solían ser comparadas con brujas, eran perseguidas y algunas veces ejecutadas como tales.

Es de reconocerse en cambio la labor de respeto y admiración que algunos pueblos tienen de sus ancianos; como la cultura china, donde la imagen que se tiene del anciano ha permanecido inalterable durante siglos, considerándolo como parte valiosa y respetable dentro de su sociedad y cultura. O la tradición milenaria de la cultura japonesa tan reconocida en el mundo por el trato que da a sus ancianos; aunque en épocas recientes también ellos han caído en la inercia de la modernidad, viéndose afectados en forma negativa las últimas generaciones de ancianos.

En todo el mundo se ha dado recientemente un incremento en las expectativas de vida, debido principalmente a los avances tecnológicos. Así, observamos por ejemplo que mientras disminuye la población infantil, aumentan los viejos de más de 60 años. Esta transformación se ha denominado *envejecimiento demográfico*. En la actualidad existen más de 416 millones de ancianos en el mundo. Para el año 2025, los mayores de 60 años serán el 12% de los habitantes del planeta. De este total, el 12% vivirá en los países en desarrollo. Se espera que en Latinoamérica, se incremente considerablemente la esperanza de vida, en 8-10 años aproximadamente, siendo las mujeres quienes ocupen el mayor porcentaje de incremento (Ham-Chande, 2003).

1.4 La vejez en México:

Según los escritos de Fray Bernardino de Sahagún, la vejez era considerada en un doble panorama: a) aquellos viejos que conservaban sus facultades mentales, eran considerados como guías espirituales y orientadores de la familia, debido a su experiencia, autoridad y ejemplo moral. Las ancianas servían como elementos de unión de las familias, debido a la influencia que ejercían sobre las demás mujeres de la casa. b) en cambio los ancianos que perdían sus facultades mentales se convertían en una pesada carga para los demás.

La vejez era estimada en los pueblos indígenas como un don de los dioses; el hombre que lograba sobrevivir a la guerra y a la enfermedad y que llegaba a una edad considerable, podía disfrutar de una vejez apacible y llena de honores. Si había sido funcionario recibía alojamiento y alimento en calidad de retirado. Consideraban que se llegaba a la ancianidad cuando se cumplían 52 años; es decir, cuando se había transcurrido por un ciclo indígena, que significa que la persona había recibido la influencia de las 52 combinaciones posibles de los 13 numerales de los años. Siendo respetados dentro del sistema político de gobierno, y hospedados en el *Xolotcalli* (casa de viejo), donde eran atendidos hasta su muerte. Así, a los hombres de edad avanzada se les rodeaba de un halo protector fundado en el respeto, sin embargo, cuando el anciano vivía un ciclo más (104 años), infundían miedo y temor, y los vecinos se apartaban de él, argumentando que ya no era hombre sino *fiera animal*.

Durante la época del virreinato se generó una importante disminución de la población de ancianos en México a causa de la reorganización de la población indígena y debido también a las epidemias y enfermedades traídas por los españoles. Durante ésta época se crearon los primeros asilos para ancianos, destacándose entre ellos los Montepíos (Sansores, 1979).

En la época de la reforma nace la beneficencia pública encargada de proporcionar mejores condiciones de vida a los ancianos, como el asilo “Matías Romero” creado con el objetivo de proporcionar a las personas desvalidas amparo en su vejez; proporcionando habitación, alimentos, ropa, medicinas y asistencia en caso de enfermedad (SSA, 1974).

Durante el porfiriato la *calidad de vida* y longevidad de los ancianos dependía de su estatus socioeconómico, siendo las clases privilegiadas y del gobierno quienes vivían más y mejor; en cambio los campesinos y clases más desprotegidas tenían una expectativa de vida muy corta a causa de sus carencias y limitaciones (dicha problemática ha cambiado muy poco en la actualidad), situación que se agravó con la llegada de la revolución Mexicana; el crecimiento poblacional se detuvo y descendió la población a causa del movimiento armado y por la migración. Posteriormente se inició un crecimiento acelerado en la población en general, siendo los ancianos los más afectados.

Con la finalidad de atender, ayudar y proteger a la vejez mexicana surge posteriormente el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN, hoy INAPAM). Solo después de muchos años se ha logrado cierto avance en la atención al anciano en nuestro país, a través de diversas instituciones y programas de apoyo, tanto privadas como públicas.

Como proceso demográfico, el envejecimiento está condicionado por variables sociales y económicas de cada país o sociedad que lo experimenta. En México se observarán particularidades propias de acuerdo con sus características y grado de desarrollo. Parte de estas particularidades -muy importantes en la evaluación del envejecimiento y sus consecuencias- se refieren a la velocidad del proceso y su inserción dentro de los problemas del subdesarrollo (Ham-Chande, 2003).

En las edades envejecidas, los tiempos y las causas de muerte, así como la presencia de la morbilidad en sus distintas formas y efectos, serán distintos según el estatus socioeconómico.

El mismo autor señala que, el aspecto del envejecimiento que traerá el mayor impacto social y económico será el de los estados de salud, de ahí la importancia de ocuparnos desde ahora de este aspecto. Se reconoce la importancia que acarrea la acumulación de los problemas de salud en las edades avanzadas y las necesidades que se crean con relación a su prevención, atención a largo plazo, y adaptación de los sistemas y servicios de salud.

El propósito final de la demografía del envejecimiento y su encuadre interdisciplinario, debe ser contribuir a que la creciente población tanto de edades avanzadas, como los jóvenes componentes de la población futura, tengan los mejores niveles de bienestar y que se retrase y mitiguen lo más posible los efectos negativos del envejecer.

Las estadísticas consideraban que para el año 2000, el incremento en la esperanza de vida sería hasta de 75 años, estimando que para el 2050 uno de cada 4 mexicanos será mayor de 60 años, proyectando a México como el noveno país con mayor población anciana en el mundo (CONAPO, 1999). Tales incrementos de personas mayores exigen grandes demandas, tanto de seguridad social, salud y economía, como cambios en las actitudes en todos los niveles y en

todos los sectores, para que se concrete la esperanza de vivir un envejecimiento exitoso. Es importante reconocer que en México al igual que en el resto del mundo, el panorama poblacional será el de un envejecimiento inevitable. Es por tanto ineludible que se tome en cuenta este proceso como un reto social del siglo XXI.

En nuestra sociedad la protección de los viejos recae principalmente en la familia, debido a la deficiencia en la seguridad social y la baja capacidad de ahorro de los ancianos. Sin embargo, la familia misma se ha visto alterada en su estructura debido a las transformaciones en las relaciones internas y las condiciones habitacionales causadas por los descensos de mortalidad y el aumento de la fecundidad, que dan lugar a composiciones familiares irregulares, como la coexistencia de cuatro y hasta más generaciones en una misma familia, y también por la migración y el empleo.

Redes sociales.- Bowlby (1969) concluyó que los seres humanos en todas las edades son más eficaces y felices si confían en tener a su alrededor personas que les ayuden a resolver sus problemas. Según su percepción, una persona presenta una imagen de autoconfianza cuando habita un mundo de vínculos positivos y cree que es valorado por los demás. Berkman y Breslow, (1983) encontraron que la tasa de mortalidad en individuos con pocas relaciones sociales era más alta que en individuos de la misma clase social y el mismo estado de salud con mayor cantidad de vínculos. Los hombres y las mujeres con redes sociales escasas tenían al menos dos veces y media más posibilidades de morir que hombres con redes sociales más extensas. Chappel y Segall (1989) por su parte, encontraron que las personas con menos enfermedades crónicas, mayor red de apoyo, y sin discapacidad funcional presentaban el bienestar más elevado. En otras palabras, la posibilidad de disponer de gente en quien confiar, que nos haga saber que nos cuidan, nos valoran y nos aman contribuye a la creación de capacidades para tolerar frustraciones y resolver problemas.

La bibliografía de los últimos años indica un fuerte efecto de género con relación al apoyo social. Las mujeres participan de una red más amplia y diversa de apoyo. Los hombres están más aislados, reciben menos apoyo de los hijos, de parientes y amigos, aunque cuentan con el apoyo casi incondicional de la esposa. Sin embargo esta aparente ventaja de las mujeres se revierte cuando la mujer se hace más vieja.

El hombre y la mujer experimentan el envejecimiento de formas diferentes; se manifiesta principalmente en los siguientes rubros:

- . Esperanza de vida
- . Patrones de salud
- . Nivel económico
- . Estado y oportunidad marital

. Empleo y retiro

Las evidencias han mostrado que las mujeres de edades avanzadas viven más que los hombres en todos los países del mundo, por lo que se proyecta que en el futuro la diferencia estará en una proporción cercana al 2 por 1. Ante la mayor sobrevivencia de las mujeres, el proceso de envejecimiento y sus consecuencias es un fenómeno mayormente femenino. El número mayor de mujeres respecto al de los hombres en las edades avanzadas es un fenómeno universal y un conocido efecto de la menor mortalidad del sexo femenino.

Una compleja serie de influencias explica estas diferencias de género en la mortalidad que se producen en todas las fases de la vida. Aunque nacen más varones, los pequeños tienen más probabilidades de morir durante la infancia y la adolescencia a causa de accidentes o enfermedades. Las mujeres adultas son menos proclives que los hombres a desarrollar pronto afecciones cardíacas. Los hombres son más propensos a fumar y beber en exceso. Además, realizan trabajos más peligrosos. Se cree que estas diferencias medioambientales explican en parte por qué el índice de mortalidad entre varones, debido a causas de muerte que se pueden prevenir, como los accidentes, las enfermedades del corazón y el derrame cerebral, es especialmente elevado. Pero los expertos convienen en que, aunque se eliminen las causas externas por las que los hombres mueren antes, la diferente longevidad de ambos sexos se mantendría porque tiene causas biológicas. Actualmente en todos los países desarrollados las mujeres viven entre 4 y 9 años más que los hombres. Además las mujeres se han constituido en el sexo más fuerte, ya que tienen que sobrevivir a la maternidad y a otros trances difíciles en su vida.

No obstante, la consecuencia directa es que la mujer envejecida tiene más probabilidades que el hombre de ser pobre, tener entradas económicas insuficientes, ser viuda y convertirse en cuidadora de otros familiares.

Según Ferrini (2000), la longevidad de la mujer es explicada por teorías genéticas y conductuales.

La hipótesis genética refiere que los cromosomas femeninos realizan una importante función sobre el sistema inmunológico, que hace a la mujer más resistente a las enfermedades infecciosas y daños celulares.

Sin embargo, la longevidad femenina no siempre representa una ventaja, ya que con el incremento de los años, se incrementan también las desigualdades, desventajas y falta de oportunidades con relación al hombre, además de su escasa participación social y deterioro económico y cultural que condicionan su calidad de vida.

CAPÍTULO 2. CAMBIOS BIOLÓGICOS EN LA VEJEZ

Los estudios sobre el envejecimiento hacen una amplia revisión de los cambios producidos en los distintos órganos del cuerpo humano, partiendo de diversas teorías que lo explican. Se resaltan los aspectos más relevantes de acuerdo al enfoque particular de cada autor, estableciendo claramente los cambios reales que se producen al envejecer, y que han sido corroborados en diversos estudios.

La mayoría de las personas ignoran la naturaleza de los cambios que experimenta su cuerpo al envejecer y cómo puede influir sobre ellos para que su envejecimiento se desarrolle de la forma más fisiológica posible. Aunque no se requiere un conocimiento profundo sobre el tema, si es necesario conocer al menos lo esencial de tales cambios, que nos permita deducir que es lo que se puede hacer para mantener la vitalidad y que es lo que se ha de evitar a fin de que la salud no se deteriore drásticamente.

2.1 Envejecimiento cerebral.

Los investigadores hoy en día coinciden en señalar que el envejecimiento modifica el sistema nervioso en general: como la aparición de placas seniles en el cerebro, degeneraciones neurofibrilares, y la disminución del volumen y peso cerebral.

Gracias a la tomografía por emisión de positrones, se ha descubierto que el consumo de oxígeno y el flujo sanguíneo cerebral decrecen con la edad, de manera diferencial en distintas áreas del cerebro, de forma constante desde temprana edad (Castañeda, 1994).

El mismo autor refiere que el control psicomotriz es afectado por la reducción en la secreción de dopamina y sus receptores, lo cual evita la modulación de los estímulos de coordinación motriz. Esto es acentuado por un estilo de vida sedentario, ya que la reserva funcional para generar nuevos contactos electroquímicos entre las neuronas, no es promovida por la falta de actividad.

El proceso del sueño también es alterado durante el envejecimiento. La secuencia de las etapas es modificada, de modo que aumenta el periodo para conciliar el sueño y disminuye su tiempo total: de siete horas en el adulto normal a seis o cinco horas, con una drástica reducción de las etapas del sueño profundo. Además aumentan los despertares nocturnos, a menudo asociados con apneas (episodios de falta de respiración), pero estas alteraciones –normalmente tolerables- se convierten en verdaderas molestias cuando son inducidas por depresión o estrés. (Ham y Sloane, 1995).

Es conocido el hecho de que en edades avanzadas se produce la muerte de neuronas del cortex cerebral y cortex del cerebelo, y que ésta pérdida neuronal se asocia a la atrofia producida al interior de las células. De cualquier forma, las

modificaciones que se producen en el cerebro humano a causa del envejecimiento no afectan por igual a todos los individuos.

Hauw y Ceban, (1983, cit. en: Buendía, 1994), observaron que las ramificaciones dendríticas son más abundantes en las personas mayores, y señalan también que durante el envejecimiento ciertas zonas cerebrales pueden degenerarse, mientras que otras pueden continuar su desarrollo hasta los 90 años; en un fenómeno conocido como *neuroplasticidad*. La observación de tales efectos positivos en personas mayores induce a pensar que los efectos negativos pueden ser reversibles en determinadas condiciones. Sin embargo, a una edad muy avanzada, (más de 90 años) la degeneración dendrítica es generalizada y los efectos son irreversibles en todas las zonas cerebrales, incluso en aquellas zonas que se vieron favorecidas por la plasticidad neuronal durante el proceso de envejecimiento. Con todo, no se puede establecer una conclusión generalizada respecto a la atrofia cerebral del ser humano, ya que el ritmo de envejecimiento biológico es diferente en cada caso, incluyendo las obvias diferencias en el aspecto psicológico.

Envejecimiento cognitivo: este tipo de envejecimiento no es un proceso homogéneo, dado que el comienzo de los posibles decrementos, la amplitud de los mismos y sus manifestaciones son muy diversas; el envejecimiento intelectual es muy diferente, aún cuando los decrementos se pueden producir en todos los sujetos.

A pesar de que no existe una definición empírica del concepto inteligencia, ni se dispone de instrumentos absolutamente confiables para medirla, la mayoría de las investigaciones se basan en los tests psicométricos para establecer aproximaciones comparativas y determinar las diferencias individuales en su capacidad intelectual.

Muchos autores definen la inteligencia como la capacidad general y global que permite al individuo adaptarse a las nuevas situaciones y resolver todo tipo de problemas.

Para otros, la inteligencia es la capacidad de tener pensamientos abstractos y racionales. Binet en 1903 la define como la capacidad general que permite tener una buena comprensión, juzgar bien y tener un razonamiento adecuado. Wechsler, (1958) ve la inteligencia como la capacidad global que permite al individuo actuar en función de un objetivo, de pensar racionalmente y de adaptarse al medio.

El auge de los test de inteligencia y su aplicación masiva en la década de los 50, expandió la idea de que la inteligencia disminuye paulatinamente con el paso de los años. Se determinó que las capacidades verbales disminuyen, aunque un poco menos que las capacidades de razonamiento. Al respecto un estudio realizado por Tortosa (2002), parece confirmar lo anterior: utilizó una muestra de sujetos con edades comprendidas entre 25 y 79 años de edad, determinó que el CI de la escala verbal fue muy diferente al CI de la escala de razonamiento, ya que mientras el primero permanece estable hasta los 80 años, el segundo presenta decrementos a partir de los 45 años, acentuándose el descenso

de forma muy importante a partir de los 70 años. Todos los estudios transversales conocidos reportan resultados similares.

Envejecimiento de la memoria: las personas mayores suelen quejarse de sufrir trastornos de memoria y asocian los olvidos ocasionales con el padecimiento de alguna enfermedad degenerativa, esta perspectiva confunde y desorienta a quienes las padecen; con frecuencia se interpretan estos olvidos como síntomas de un trastorno de memoria irreversible. Sin embargo, se ha descubierto que la mayoría de las “lagunas” mentales tienen su origen más en estados depresivos o rasgos de personalidad, que en patologías mentales. Se sabe también que la pérdida sufrida no es igual para todas las personas, ni se afecta de la misma forma las distintas fases de memoria del individuo.

A pesar de ser la memoria el proceso cognitivo que más se ha estudiado, no existen suficientes investigaciones que hayan observado su evolución a través de todo el ciclo vital, y tampoco se ha dado una explicación sobre las verdaderas razones que provocan su decremento. Todo parece indicar según (Tortosa, M. 2002), que las disfunciones mnésicas son derivadas por causas biológicas, bajo nivel intelectual o factores psicosociales, como falta de hábitos de recordar o escasa motivación.

Otros autores indican que los decrementos en la memoria pueden ser ocasionados por las deficiencias en la recepción y fijación de la información inicial. Por ejemplo el mismo Tortosa afirma que no es que los nombres se recuerden mal, lo que se recuerda mal es todo aquello que no va ligado a la emotividad o la afectividad, afirmando también que el interés despertado por los acontecimientos es un factor muy importante, ya que escenas que provocaron una notable conmoción emocional permanecen imborrables en la memoria:

Una forma de envejecimiento patológico del sistema nervioso son las demencias seniles. En los países del primer mundo, investigadores como Lanska y Schoenberg (1993) y Katzman (1981, en: Buendía, 1994) han postulado que la demencia senil es una de las mayores causas de morbilidad en los grupos de la tercera edad, refiriendo además que la demencia senil afecta a un 60% de las personas que viven en instituciones en EE. UU. La frecuencia de ésta demencia aumenta con la edad a medida que avanza la pérdida neuronal, afectando a más del 25% de mayores de 85 años.

En México, según la Secretaría de Salud, en el año 2000 había 600 000 mexicanos con algún tipo de demencia y la tendencia es que con el paso de cada lustro, el número de casos se duplicará (La jornada, 25 de sept. 2002). La enfermedad de Alzheimer está considerada como la más frecuente de las demencias seniles, representando hasta el 60% de las demencias.

Los trastornos cerebrales son los causantes de las demencias. La lesión es somática, pero sus efectos afectan también la esfera psíquica.

Cambios en el flujo sanguíneo cerebral: un factor muy estudiado recientemente, es el cambio en la circulación sanguínea del cerebro. Sobre todo aquellos considerados agudos y que suponen una interrupción total o parcial del flujo sanguíneo como son las embolias o los ateromas.

Un estudio comparativo realizado por G. Sanz, (2002), determinó que los ancianos de 80 años tienen una disminución del flujo sanguíneo del 24% y una pérdida neuronal del 25% con relación a los jóvenes de 25 años. Concluyendo que todo grupo celular que trabaja, sea del tejido que sea, recibe mayor irrigación. De ahí que se crea que es posible influir positivamente sobre nuestro cerebro, favoreciendo la irrigación de los centros nerviosos que voluntariamente ponemos en actividad, mediante la realización de ejercicios físicos o actividades de tipo intelectual.

Estudios realizados por Miller y Alston (1980) y Anderson (1983), (citados en: Tortosa. 2002), estiman que después de los 50 años se inicia un descenso moderado del peso medio del cerebro, y que entre los 75 y 85 años se produce una notable disminución del volumen cerebral. Estos datos explican por sí solos cómo el deterioro progresivo que sufre el sistema nervioso central genera una pérdida de la eficacia de la memoria, aunque también deben considerarse las variables psicológicas y psicosociales.

Se puede concluir por tanto, que la memoria de las personas mayores está directamente influida tanto por las variables propias del individuo como por el propio nivel cultural, de personalidad, actividad intelectual, apoyo social, nerviosismo, o estado de salud. Se admite también que variables extrínsecas a la edad influyen directamente en el desarrollo de la memoria.

Los investigadores han concluido que el envejecimiento del sistema nervioso central es el resultado de la interacción entre las pérdidas relacionadas con la edad, las enfermedades y los mecanismos compensatorios generados para restablecer el equilibrio. A pesar de que muchos estudios enfatizan las pérdidas relacionadas con la edad, la mayoría de las propiedades específicas de los sistemas se conservan. Por otra parte, el envejecimiento no es homogéneo en todos los casos y esto debe tenerse en cuenta antes de sacar conclusiones.

Principalmente en lo que se refiere a la *creatividad*: “La creatividad –cualquiera que sea la manera de entenderla- es máxima en el periodo del desarrollo pleno de las actividades cerebrales, disminuye en las décadas siguientes y decae poco a poco en la edad senil, pero puede recobrar nuevos bríos en este último periodo vital.” (Levi, 2003: 77). Esta propiedad, continúa la autora, no se limita a personas fuera de lo común, sino que es propia de todos los miembros de la

especie humana cuyas condiciones ambientales favorables permitan y no inhiban la expresión de ésta facultad. Afirma además que, en condiciones normales las capacidades mentales, incluyendo la creatividad en todos los campos del conocimiento humano, están reforzadas por el uso continuo de las funciones cerebrales y el interés incesante por lo que nos rodea. El proceso de la “muerte programada” de neuronas no debe ser un obstáculo, ya que a pesar de perderse cientos de miles diariamente a partir de los 60-70 años, la cantidad restante aunada a la plasticidad neuronal hacen posible el buen funcionamiento del cerebro.

Existen infinidad de casos de personas longevas, pero sobre todo, de personas creativas que supieron expresar esa creatividad aún en edades avanzadas, dejando un legado a la humanidad, cada uno en su campo de acción como las artes, las ciencias, la política, entre otras. O aquellas personas que sin ser famosas serán recordadas porque trascendieron los límites comunes.

Solo por mencionar algunos, citaremos los siguientes ejemplos:

- Miguel Ángel (89 años)
- Galileo Galilei (78 años)
- Bertrand Russell (98 años)
- David Ben Gurión (87 años)
- Pablo Picasso (92 años).

2.2 Envejecimiento del sistema sensorial.

Es generalmente aceptado que todas las funciones sensoriales sufren un decremento con el pasar de los años, aún cuando éste decremento varía de una persona a otra. Para muchos adultos mayores, las disfunciones generadas por esos decrementos influyen negativamente sobre su autoestima, viéndose afectada finalmente su autonomía.

La percepción según Leury (1990, cit. en: Buendía, 1994) es el conjunto de mecanismos fisiológicos y psicológicos que tienen como función general la obtención de información del entorno o del mismo organismo, mediante la recepción de estímulos externos y de su transformación en impulsos nerviosos.

Las modificaciones sensoriales, como ya se ha indicado, pueden tener consecuencias psicológicas y sociales sobre el individuo, según el grado de alteración en la percepción. Es importante señalar que en éste sentido, los niveles perceptivos de la visión, la audición y el equilibrio, sufren alteraciones muy importantes como consecuencia del proceso de envejecimiento. En cambio, el tacto, la temperatura y el dolor, experimentan modificaciones leves. El gusto y el olfato permanecen estables durante toda la vida.

Visión: tanto la visión como la audición son sentidos que sufren severos cambios durante el proceso de envejecimiento, y debido a la funcionalidad y trascendencia de estas percepciones en el individuo, la pérdida de una de ellas supone efectos negativos que repercuten sobre la pérdida de autonomía en las personas mayores.

Como consecuencia del proceso de envejecimiento, la agudeza visual se ve afectada precozmente, sufriendo un decremento gradual hasta los 60 años, después de esa edad la disminución en la agudeza visual se acentúa aún más.

El cambio más común en la senescencia es la presbiopía, comúnmente llamada “vista cansada”. Comienza entre los 40 y 50 años y se caracteriza por una disminución de la capacidad de acomodación del cristalino. Con los años, la elasticidad disminuye al grado de requerirse el uso de lentes que compensen la pérdida de acomodación.

Según Grenberg y Branch, (1982, cit. en: Tortosa, 2002), entre las disfunciones visuales más comunes que afectan a la población mayor, se encuentra la alteración que experimenta el humor acuoso del ojo, que se manifiesta por la disminución de su transparencia, tornándose en una coloración amarillenta. La consecuencia directa de ese cambio puede ser la aparición del glaucoma que provoca un aumento de la presión interna del ojo, haciéndose más evidente en personas de más de 60 años.

Tortosa señala que con el transcurso del tiempo se aprecian cambios en la córnea. Ésta se vuelve más opaca, espesa y rígida, provocando astigmatismo. El proceso de envejecimiento produce además una reducción del diámetro de la pupila dificultando la entrada de luz a la retina, provocando disminución de la agudeza visual. Otro tipo de alteración producida en la retina es la disminución de fotorreceptores, posiblemente motivada por la falta de riego sanguíneo.

De acuerdo a G. Sanz, (2002), En algunos casos aparece en la zona periférica de la córnea el *arcus senilis*, con aspecto blanquecino. Es muy frecuente que a partir de la vida media se produzcan pequeños desprendimientos del humor vítreo en el hemisferio posterior del globo ocular. Este desprendimiento puede en ocasiones arrastrar a la retina y se habla entonces de desprendimiento retiniano, que si no se repone puede provocar la degeneración de la parte retiniana desprendida. La retina en sí misma sufre pocos cambios en la vejez normal, uno de ellos es que se pierde agudeza visual en un 15% de personas mayores de 70 años.

Audición: el sentido del oído también sufre un considerable deterioro al paso de los años, pero éste no es tan severo como en la vista. Es raro encontrar una pérdida de audición severa antes de los 70 años; no obstante, es cada vez más frecuente encontrar a personas mayores que utilizan aparatos auditivos para mejorar su audición.

El sistema auditivo tiene un mecanismo de funcionamiento más complejo que el de la vista. Consta de tres partes: oído externo, oído medio, oído interno.

Según G. Sanz (2002), en el oído externo, el pabellón auditivo pierde flexibilidad con el paso de los años y se alarga con la edad; el canal auditivo tiende a ensancharse. También es común que se produzca una acumulación de cerumen en el conducto auditivo formándose un tapón que llega a impedir la percepción del sonido.

En el oído medio se observa con frecuencia envejecimiento de la membrana del tímpano y cierta rigidez en la cadena de huesecillos debido al proceso de calcificación, dificultando la nitidez de la onda sonora; aunque esta circunstancia no parece afectar de forma importante la presbiacusia (decremento auditivo producido por el paso de los años).

Tanto Schuknecht (1964) como Whitbourne (1985) (citados en: Tortosa, 2002), exponen sus hallazgos con relación al proceso de envejecimiento del oído medio. El primero observó que el envejecimiento puede producir múltiples alteraciones en el oído interno: se generan patologías graves especialmente en el órgano de Corti, se atrofian los vasos sanguíneos que riegan el caracol produciendo la presbiacusia. Por su parte Whitbourne achaca la pérdida de la audición a la degeneración progresiva que sufren las células ciliadas.

En la pérdida de audición de las personas mayores pueden influir también otros factores, como la exposición prolongada a los ruidos intensos, las infecciones, los efectos nocivos de antibióticos, influencias genéticas, entre otras. Las causas morfológicas de la presbiacusia han sido estudiadas por diversos autores, destacando la investigación hecha por Schuknecht (1964), en la que distingue dos tipos principales: la presbiacusia del órgano de Corti y la Neural. En la primera de estas comienzan afectándose las células de sostén del órgano de Corti, después se afectan las células ciliadas del túnel de Corti. En la presbiacusia neural lo que predomina es la pérdida de las neuronas ganglionares del ganglio espiral de Corti.

En cuanto a la génesis de tales alteraciones, existen dos factores fundamentales sobre los que hay unanimidad: el ruido intenso y el factor genético, además de otros como la hipertensión, hipercolesterolemia, el tabaco, etc.

Se ha demostrado que la audición se ve más afectada por la percepción de sonidos agudos altos que la percepción de los sonidos graves. Por ello es necesario hablar más fuerte para ser escuchados por los adultos mayores, quienes enfrentan el problema de mala audición no, solo por el volumen, sino también por la alteración de la discriminación auditiva. La expresión corporal, el lenguaje gestual y la lectura de labios son apoyos importantes.

Aunque el sistema vestibular forma parte del oído interno, las formaciones vestibulares no tienen que ver con la audición, sino con el equilibrio. Estas formaciones también experimentan cambios con la edad, de tal forma que el equilibrio en las personas mayores es más inestable que en los jóvenes.

Tortosa (2002), afirma que el vértigo no es consecuencia de la senescencia normal y del sistema vestibular, sino por causas sobreañadidas, y aparece como una causa importante de preocupación de los ancianos, ya que constituye la principal causa de accidentes y muertes producidas por caídas.

Los decrementos sensoriales traen diversas consecuencias como:

- Decremento intelectual que aparece con el transcurso de los años a consecuencia de las discapacidades auditivas y visuales.
- Limitan las estimulaciones del ambiente y la realización de actividades cognitivas. Esta disminución de actividades cognitivas hace de la persona mayor una víctima propiciatoria de deterioro intelectual, que influye de forma negativa en su adaptación y bienestar.

Sin embargo, aunque un gran número de personas mayores está expuesta a sufrir algún tipo de trastorno perceptivo, sólo una minoría ve comprometida su autonomía personal como consecuencia de estas afecciones, ya que gran parte de las disfunciones visuales y auditivas que surgen como causa del envejecimiento, pueden ser corregidas gracias a los avances de la medicina. De ahí que las intervenciones quirúrgicas de cataratas, glaucoma y la implantación de prótesis visuales y auditivas cada vez se realizan con mayor frecuencia.

Gusto y olfato: como se sabe, los sentidos del gusto y del olfato están en íntima relación, de tal manera que cuando se pierde el sentido del olfato, se pierde una cierta calidad en la degustación, al no poderse captar el aroma de los alimentos. Esta participación del olfato en el gusto hace que se le dé gran importancia a la vía nasal y de la olfacción.

Las investigaciones realizadas sobre el gusto y el olfato suelen ser contradictorias; ejemplos de ello son las investigaciones de Engen (1977) y Birren (1964), (citados en Tortosa, 2002). Mientras que el primero de ellos apunta que la sensibilidad al olor suele permanecer muy estable con el paso de los años, Birren afirma que esta sensibilidad disminuye con la edad.

No obstante, entre los investigadores existe unanimidad al reconocer que los umbrales de la sensibilidad olfativa permanecen estables hasta los 60 años, dado que el olfato, al contrario del gusto, permite la detección de un número ilimitado de olores. Después de esta edad existe una pequeña degradación que varía según los individuos y el tipo de olores.

El mismo Birren a través de un estudio con más de 2000 sujetos en edades comprendidas entre 85 y 99 años, comprobó que aproximadamente el 50% de los mayores de 65 años sufrían hiposmia marcada (disminución de la capacidad olfativa), pero no igual para todos los olores. Sin embargo, la edad nunca es causa de anosmia (pérdida del olfato). Por lo tanto, cuando se pierde por completo la olfacción hay que achacarla a otros factores, como traumas craneales o infecciones que afecten la mucosa nasal.

La capacidad gustativa disminuye con la edad, pero no se afecta tanto como la olfacción.

2.3 Envejecimiento y sexualidad

Generalmente el tema de la sexualidad ha sido un tema difícil de tratar en todos los niveles, debido entre otras cosas a la desinformación, hábitos y costumbres de las personas. En los adultos mayores esta dificultad se acentúa por los estereotipos negativos y convencionalismos sociales que los acompañan; hay quienes incluso consideran a la sexualidad en la vejez un tema prohibido, vergonzoso y hasta perverso, tal perspectiva suele desalentar e inhibir a los ancianos a ejercer libremente su sexualidad, percibiendo como verdaderos estos estereotipos, creándoles una auto limitación y desvalorización, que reduce su autoestima.

Sin embargo, tanto los expertos en gerontología como los mismos ancianos consideran a la sexualidad un asunto común y fundamental en la vida de todas las personas, al grado de que cada vez más adultos mayores están interesados en conocer más sobre su sexualidad, considerándola parte integral de su historia personal y social.

En contra de lo que muchos piensan, el deseo sexual persiste durante la vejez y las relaciones sexuales aún son placenteras. Si bien es cierto que la actividad sexual disminuye al paso de los años, no se justifica el cese de estas relaciones entre las personas mayores, salvo en los casos en que hay disfunción orgánica que afecten las funciones vitales, en cuyo caso también se ven afectadas las personas más jóvenes.

La actividad sexual debe verse no sólo como una actividad placentera físicamente, sino como un reforzante de la autoestima, la salud, el bienestar y la calidad de vida.

Lo que refieren Ramos y González (cit. en: Buendía J.,1994) es lo siguiente:

Aunque los estudios sobre sexualidad en la vejez son incompletos, ya que presentan problemas conceptuales y metodológicos, (pocos estudios, sesgados, instrumentos de medida insuficientes, muestras poco representativas, concepción limitada de la sexualidad, diseños transversales en su mayoría, negativa de las personas a informar, etc.).

Existe unanimidad entre los investigadores, como Ramos F. y González H. (cit. en: Buendía J. 1994), quienes afirman lo siguiente:

1. Los cambios fisiológicos normales en la vejez, en general, permiten la actividad sexual.
2. Existe una disminución en la frecuencia de determinadas actividades sexuales. Otras pueden mantenerse o aumentar.
3. La satisfacción sexual no tiene por que disminuir y a veces incluso puede mejorar.
4. Los intereses sexuales, la identidad sexual, la capacidad de enamoramiento... no involucionan con la edad.
5. Todo ello está condicionado por aspectos psicológicos, sociales, demográficos y de salud.
6. Los mayores impedimentos en la sexualidad de la mujer han sido los religiosos y demográficos. Por el contrario, el hombre se ha visto más afectado por determinados aspectos fisiológicos (disminución en la erección) y la interiorización de un modelo de sexualidad basado en el hombre joven.
7. Es más adecuado hablar de cambios cuantitativos y cualitativos de la sexualidad en la vejez, en tanto que es otra etapa más de la vida, que pensar en términos de déficits e incapacidades. Los ancianos tienen sus propias peculiaridades y, *a priori*, cualquier comparación con los jóvenes o adultos resulta injusta y marginal.

Algunos estudios afirman que tanto los hombres como las mujeres experimentan una disminución en la intensidad de su deseo sexual al paso de los años, y de forma más pronunciada en las mujeres que en los hombres. No obstante, son las mujeres quienes manifiestan menos alteraciones en sus facultades de experimentar el orgasmo. Los estudios también revelan que la actividad sexual suele permanecer relativamente estable entre los 46 y 71 años, disminuyendo notoriamente en los años posteriores (Buendía, 1994).

Sin embargo, muchos ancianos mantienen la actividad sexual en forma regular en edades avanzadas. Incluso algunos autores afirman que la sexualidad puede ser más satisfactoria durante la vejez que en la juventud, si el anciano conserva una buena salud física y mental.

El cambio en la vida sexual de los ancianos no es unidireccional e irreversible, además debe considerarse la variabilidad interindividual. Saber asimilar y adaptarse a esta nueva etapa es imprescindible para todos, si quieren disfrutar de su sexualidad y de la vida en general.

Ya se ha dicho que a pesar de la disminución de la actividad sexual en la vejez, el adulto mayor puede ser funcional sexualmente, sin otra limitante que su propia incapacidad emocional. Que en tanto mantenga una buena salud física y mental estará en posibilidades de llevar una sexualidad satisfactoria, y que no son los aspectos meramente fisiológicos

los obstáculos, sino una gran diversidad de factores que influyen directamente sobre el buen desarrollo de la sexualidad y la posibilidad de mantener relaciones heterosexuales satisfactorias. Tales factores pueden clasificarse en:

Aspectos sociales y demográficos:

- Estereotipos y los falsos tabúes
- Historia sociolaboral y cultural del individuo
- La jubilación
- El papel que desempeña la familia
- Las creencias religiosas de los ancianos
- El estado civil

Aspectos relacionados con la salud:

- Enfermedades cardiovasculares
- Diabetes mellitus.
- Hipertrofia prostática en el varón
- Desórdenes artríticos o enfermedades pulmonares
- Hábitos nocivos (alcoholismo).
- Depresión, ansiedad, estrés.

Aspectos psicológicos:

- Historia de la vida sexual del individuo
- Identidad de género en la infancia
- Modelo de sexualidad con que se identifica
- La aceptación de la propia imagen corporal
- Aceptación de la vulnerabilidad de la vida y de la proximidad de la muerte.
- Los vínculos afectivos.

2.4 Aparato respiratorio.

Los cambios en las vías respiratorias son pocos cuando el proceso de envejecimiento es normal, es decir, cuando no se agregan a los años enfermedades o malos hábitos como el tabaquismo o la polución excesiva.

Lo que han observado investigadores como G. Sanz (2002), es una disminución de la secreción de la mucosa de las vías respiratorias, por lo que la capacidad de depuración y humefacción del aire inspirado puede ser deficiente en circunstancias adversas, como ambientes muy fríos o con fuerte contaminación. En estas condiciones es más lenta la renovación de las células de la mucosa y disminuye la motilidad de los cilios, por lo que la secreción seromucosa hacia la faringe es más lenta. Esto puede favorecer la proliferación microbiana y provocar inflamación de la mucosa, de ahí que la menor sensibilidad de los receptores tusígenos dificulte la eliminación del moco.

Resulta obvio, por tanto, señalar que estos riesgos se incrementan en los fumadores y en los que se exponen a mayor contaminación ambiental, cuyos efectos negativos pueden inducir enfermedades severas como bronquitis crónica, enfisema y cáncer pulmonar.

Los estudios revelan que gran cantidad de fumadores a partir de los 50 años padecen bronquitis crónica de tipo asmática, con las subsiguientes molestias no sólo para el fumador, sino para quienes le acompañan habitualmente (fumadores pasivos).

Cambios a nivel pulmonar: a este nivel, los cambios asociados a la edad son más pronunciados en las vías respiratorias; los principales son:

1. Disminución de la capacidad vital del pulmón
2. Reducción de la superficie alveolar
3. Aumento del espesor del tabique de separación aire alveolar-sangre capilar.

La disminución de la capacidad vital pulmonar es aproximadamente de un 25% en una persona de 70 años comparada con una de 25 años. Tal disminución se debe en parte a un aumento del aire residual y a la disminución de la caja torácica. La causa más importante del aumento del aire residual es la disminución de la fuerza elástica del pulmón. La movilidad de la caja torácica va disminuyendo con los años, debido a los factores articular y muscular. Con los años van desapareciendo algunos septos inter-alveolares, lo que da lugar a cavidades mayores y a una disminución del área alveolar. En cambio el diafragma, que es el músculo que interviene en todos los movimientos inspirados, experimenta escasa disminución de su potencia al paso de los años. En personas que practican deportes o atletismo, la reducción de su potencia es mucho menor que en los sedentarios. Esto hace que la capacidad vital de aquellos sea mayor que la de los que no hacen ejercicio. Este es un caso más del efecto benéfico del ejercicio para evitar la atrofia muscular.

Mientras no haya alteraciones cardiacas, la circulación a nivel alveolar debe ser normal. puede notarse en cambio alguna modificación cuando se precisa un mayor requerimiento de oxígeno por efecto de algún ejercicio intenso.

Investigaciones recientes estiman que el flujo capilar alveolar a los 75 años es un 33% menor que a los 25 años en individuos con un grado medio de entrenamiento. Es un hecho que los ancianos padecen con más frecuencia que los jóvenes infecciones respiratorias y de mayor gravedad, como por ejemplo la neumonía, aumenta considerablemente en las personas mayores, siendo el factor común la disminución de su capacidad inmunitaria (G. Sanz, 2002).

A continuación se indican algunas medidas que favorecen el buen envejecimiento del aparato respiratorio:

- Ejercicio físico: permite la movilidad y buen funcionamiento de la caja torácica; mantiene la musculatura que interviene en la respiración; permite que la circulación a nivel de los capilares alveolares se acomoden a situaciones de mayor exigencia.
- Evitar la obesidad: esta influye negativamente sobre el aparato respiratorio, unas veces de manera indirecta, otras de manera directa.
- Evitar ambientes contaminados.
- Eliminar el tabaquismo.

2.5 Aparato digestivo.

De lo mucho que se ha escrito sobre el aparato digestivo se destaca lo siguiente: está integrado por diversos órganos con estructura morfológica y funcionalidad distinta, pero con un factor en común, que es servir a la función digestiva.

Es requerido un buen funcionamiento del aparato digestivo en su conjunto para una correcta nutrición, particularmente en edades avanzadas. Si bien es cierto que los ancianos padecen trastornos digestivos con más frecuencia que los jóvenes, tales trastornos no son debidos a la senescencia, sino a regímenes alimenticios inadecuados o a enfermedades que repercuten en los órganos digestivos, como el alcoholismo, el estrés, el tabaquismo, etc.

Por lo tanto, el envejecimiento del aparato digestivo no es algo que deba preocupar a los ancianos, en cambio se debe poner mayor atención a la dieta, tanto en cantidad y calidad como en el ritmo de la digestión.

La cavidad gástrica presenta una disminución de glándulas, de manera que a edad avanzada hay una escasez o incluso ausencia de formación de ácido clorhídrico, necesario para activar la secreción de las enzimas digestivas (Ham y Sloane, 1995). La musculatura del estómago se adelgaza y sus contracciones son menos frecuentes e intensas, cambios que implican mayor tiempo de proceso digestivo, pero no desnutrición por ineficacia digestiva.

Cavidad bucal: de los distintos órganos de la cavidad oral, las piezas dentales son las más afectadas durante el envejecimiento. Es preciso señalar sin embargo, que en el deterioro y pérdida de los dientes, más que la edad, influye el

descuido y la falta de limpieza habitual. Afortunadamente las nuevas generaciones están incorporando cada vez más los hábitos de limpieza dental desde temprana edad.

Se sabe que con la edad se produce una cierta retracción de la encía que facilita la formación de sacos alveolo-dentales, donde se acumulan restos de comida, que terminan generando la llamada periodontitis, convirtiéndose en la principal causa de pérdida dental, después de los 40 años.

En los viejos la renovación de la mucosa bucal es más lenta que en los jóvenes. Respecto a la secreción salival, algunos autores reportan una disminución del volumen de saliva que en todo caso, es poco significativa.

Faringe y esófago: en la senescencia normal, la deglución se realiza en forma satisfactoria. Solo en casos de alteración cerebral puede presentarse cierta incoordinación en los músculos que intervienen en ésta función. El esófago experimenta por efecto de la edad, cierta atrofia. La mucosa del esófago y faringe presentan en los ancianos un deterioro mayor en los viejos que en los jóvenes, pero la renovación de las células se realiza con tanta frecuencia que las alteraciones son mínimas.

Estómago: cuando no hay alteraciones gástricas sobreañadidas a la edad, las funciones del estómago apenas experimenta modificaciones que perturben su actividad. La renovación del epitelio de la mucosa se realiza con mayor lentitud que en los jóvenes, por lo que aumenta la susceptibilidad a sufrir erosiones por la acción de determinados alimentos. De ahí que las úlceras gastroduodenales sean más frecuentes en los ancianos. Sin embargo, y a pesar de que hay mayor desgaste de la actividad gástrica en los ancianos, siempre intervienen otros factores externos a la edad.

Intestino delgado: con la edad se produce una reducción del número y de la longitud de las micro-vellosidades, y en esa medida disminuye su capacidad de absorción. Sin embargo, para la ingestión es suficiente; sólo en ocasiones, si la ingesta fuera especialmente cuantiosa, rebasaría la capacidad digestiva y de absorción.

Es frecuente encontrar en los ancianos, estados de malnutrición, pero la mayoría de las veces no está motivado por un trastorno de absorción, sino por la dieta inadecuada o por alteración en la secreción de los jugos digestivos, donde juegan un papel importante el mal estado de la dentadura.

Colon y recto: en los ancianos se produce la relajación del esfínter con menor volumen de contenido rectal, lo cual favorece la incontinencia. En la mujer esto es más pronunciado que en el hombre, por ello, en la edad avanzada es frecuente un cierto grado de incontinencia.

En los ancianos el tránsito intestinal suele ser más lento, por lo que la tendencia al estreñimiento es mayor.

Páncreas: en las personas mayores hay una modesta reducción del volumen pancreático y un aumento del tejido conectivo; sin embargo, con una décima parte de la secreción normal del páncreas se puede conseguir una buena digestión, y aunque disminuye en algo la secreción, no se afecta la capacidad digestiva de éste órgano aún en la edad más avanzada. Siempre que exista una deficiencia pancreática hay que atribuirlo a otras causas distintas a la edad.

Hígado y vías biliares: apenas se han detectado cambios ligados a la edad; se menciona que hay una disminución del volumen hepático debido a que hay menos hepatocitos.

Siempre es recomendable seguir algunas medidas preventivas para el normal envejecimiento del aparato digestivo:

La primera conclusión a la que se llega después de revisar el proceso de envejecimiento del aparato digestivo es con relación a la buena alimentación. El exceso de comida y bebida acarrea alteraciones en la mucosa gastrointestinal, con las subsiguientes molestias por la disfunción. Cuando tales alteraciones se repiten, lo que comienza siendo una alteración funcional termina convirtiéndose en una disfunción orgánica.

Existen infinitas dietas que se recomiendan para mantener un buen funcionamiento del aparato digestivo, como la dieta *mediterránea* que está considerada como un modelo de alimentación fisiológica. Ésta dieta se distingue por su diversidad y la proporción conveniente de proteínas, carbohidratos y grasas, pues es rica en vegetales que aportan las suficientes vitaminas y fibra, además de agradable sabor.

Otro factor a considerar en la dieta además de la composición, es la cantidad, ésta se debe mantener de acuerdo al peso y talla de la persona. El comer en exceso, además de producir obesidad con todos los riesgos que conlleva, exige un mayor esfuerzo digestivo. Está comprobado que una ligera hipo-alimentación es un medio para alargar la vida y disminuir las afecciones digestivas.

El consumo de líquidos es básico en el buen funcionamiento digestivo; se sabe que con los años disminuye la sed, por lo que es muy frecuente que los ancianos beban menos cantidad de líquidos de los requeridos por el organismo, ello fuerza al sistema a mantener el equilibrio hidrosalino, afectando principalmente al riñón, lo que puede provocar trastornos graves. Por ello es de suma importancia el consumo de suficiente agua, aunque no sea en forma directa, se puede sustituir por jugos o leche. Lo que no debe hacerse es sustituirla por bebidas alcohólicas, ya que si en los jóvenes es dañino, en los viejos lo es mucho más.

Otra consecuencia de la edad es un mayor estreñimiento en las personas mayores, para evitarlo se debe adecuar la dieta incluyendo vegetales y frutas y una mayor cantidad de alimentos ricos en fibra natural, además de la realización de ejercicios físicos. Los médicos no recomiendan recurrir a laxantes.

El envejecimiento normal del aparato digestivo depende en buena parte del propio individuo. Cuando la dieta es adecuada y se toma en forma conveniente se tiene asegurado en un gran porcentaje la buena senescencia del aparato digestivo. En este sentido es conveniente mencionar la importancia de la alimentación pausada, sin prisa, ello favorece la correcta masticación, permitiendo el efecto benigno de la saliva. El buen estado de la dentadura es esencial en este proceso. La ausencia de estrés durante la comida es otro factor que contribuye a la buena digestión.

2.5.1 Importancia de una correcta alimentación:

Los especialistas que han estudiado el tema, aseguran que la alimentación en los ancianos no tiene que ser especial, a pesar de los cambios que experimentan con el paso de los años. Aseguran que la mejor dieta para un anciano es esencialmente la misma que ha seguido durante su vida, solo modificada en algunos aspectos de acuerdo al régimen de vida en particular, por ejemplo, en la jubilación de quienes llevaron una vida muy activa, el consumo de grasas tendrá que disminuir notablemente por la falta de actividad en su vida actual.

Agua: otro elemento importante en la dieta es el agua, que constituye el elemento más abundante de nuestro cuerpo. Se calcula que en los jóvenes es el 60% y en los mayores de 60 años el 50% del peso corporal.

Las necesidades básicas de agua se incrementan en forma paralela a las pérdidas (sudor). La sensación de sed disminuye con los años, por lo que es recomendable mantener un mínimo de ingestión de agua aunque no se tenga sed.

Fibra: la fibra, aunque no tiene valor energético, es excelente para mantener una buena digestión. Evita el estreñimiento al inducir el vaciamiento intestinal, evita la permanencia de ciertas sustancias cancerígenas contenidas en las heces.

Los alimentos con mayor contenido de fibra son los vegetales.

Vitaminas: las vitaminas son sustancias orgánicas que se necesitan en muy pequeñas cantidades, pero que son esenciales en varios procesos vitales. Las vitaminas actúan como coenzimas. La mayor parte de las vitaminas no se sintetizan en el organismo, sino que se toman de los alimentos. Las principales fuentes de vitaminas son las frutas y las verduras, también el hígado y la leche aportan una buena cantidad.

Vitaminas de efecto antioxidante son la A, E y C, que contrarrestan la acción de los radicales libres y la hiperoxidación, que son conocidos como aceleradores de la vejez..

Una consecuencia de una mala alimentación es la obesidad, que además de producir una sobrecarga para el corazón, dificulta la mayor movilidad y produce cansancio fácilmente, induciendo el sedentarismo, que a su vez disminuye la esperanza de vida.

La obesidad trae asociadas una serie de alteraciones como las siguientes:

- Intolerancia a la glucosa: se estima que en sujetos de 65 a 75 años existe una prevalencia del 17,3 % en los hombres y 19,2% en las mujeres que presentan intolerancia a la glucosa. En individuos obesos, éste porcentaje se duplica, lo que indica que más de un tercio de la población obesa presenta intolerancia a la glucosa, cuya consecuencia es una hipoglucemia (G. Sanz, 2002).
- Resistencia a la insulina: en los obesos es más pronunciada la disminución de la efectividad metabólica de la insulina, la consecuencia también es una hiperglucemia que puede degenerar en diabetes mellitus. Tipo II (no dependiente de la insulina).

Así pues, el aumento de la grasa corporal es un factor que influye significativamente, tanto en la intolerancia a la glucosa como en la resistencia a la insulina.

2.6 Aparato urinario.

El riñón es el encargado de dializar la sangre, eliminando los productos de desecho no grasos. Aunque el riñón permanece en continuo funcionamiento, su capacidad funcional se conserva hasta edades avanzadas, aunque su adaptación a situaciones de mayor exigencia disminuyen progresivamente.

Diversos investigadores revelan que el envejecer se asocia a una pérdida progresiva de la masa renal, y el riñón disminuye desde un rango normal de 250-270 gramos en el adulto joven hasta 180-200 gramos en los adultos mayores. La pérdida de masa renal es sobre todo cortical, permaneciendo relativamente preservada la médula renal. En el túbulo renal se producen modificaciones leves con el envejecer que pueden degenerar en pequeños quistes, esto se ve con frecuencia en los ancianos. Los cambios efectuados se ven reflejados en el funcionamiento renal. Sin embargo, no es fácil distinguir entre los cambios que forman parte del proceso de envejecimiento y los producidos por enfermedades.

No obstante, siempre que se habla de insuficiencia renal en un anciano, hay que achacarla, no a los años, sino a alguna afección del riñón, ya por infecciones bacterianas o por la acción de fármacos, reacciones inmunológicas, alteraciones circulatorias en el riñón, etc.

La capacidad de absorción del filtrado glomerular y la capacidad de concentrar o diluir la orina según la cantidad de agua que dispone el organismo, disminuye con la edad, pero continúa siendo suficiente en condiciones de vida normal. Lo que significa que su funcionalidad puede verse alterada cuando hay déficit o exceso de agua, exceso o déficit de sodio o potasio o cambios en el flujo sanguíneo glomerular. En consecuencia, una forma de ayudar al correcto funcionamiento del riñón es evitar la deshidratación, el exceso de sal y tener precaución con los medicamentos. Además de llevar una dieta balanceada.

Tracto urinario: el tracto urinario sufre cambio con el paso de los años, la más afectada es la vejiga, y de forma indirecta la uretra prostática (en el hombre). La pelvis renal y el uréter pueden sufrir alteraciones por cálculos, infecciones, etc. pero estos procesos no corresponden a los cambios normales debidos a la edad.

El cambio más significativo de la vejiga urinaria debido a la edad, es la disminución de la capacidad de vaciarla. Ésta menor potencia se traduce en que el chorro de la orina es más débil y el vaciamiento de la vejiga no es total.

Los cambios más frecuentes en la uretra son los esfintéricos, lo que puede provocar incontinencia urinaria (emisiones involuntarias de orina). Dado que el esfínter externo puede ser accionado a voluntad, con el conveniente ejercicio puede conseguirse aumentar su tonicidad y de ésta manera disminuir la incontinencia.

Otro trastorno frecuente en los varones es el adenoma benigno de próstata, que dificulta la micción y en los casos extremos una oclusión total, con la subsiguiente retención urinaria.

A pesar de que no existen pruebas de que el envejecimiento normal produzca la incontinencia urinaria, si afecta el tracto urinario inferior, haciendo más vulnerables a los viejos.

Los estudios han demostrado que en las personas mayores se presenta una reducción de la presión máxima de cierre uretral, pero que no es suficiente para producir la incontinencia.

La incontinencia urinaria puede tener su causa en una disfunción del músculo detrusor del esfínter. Según G. Sanz, los estudios realizados en ancianos hospitalizados muestran una incidencia de este trastorno en los viejos de entre el 25 y 40%, siendo el trastorno más común en las mujeres que en los hombres hasta la edad de 85 años; después de esa edad se revierte la tendencia (más en hombre que en mujeres).

2.7 Aparato locomotor.

El aparato locomotor sufre cambios tanto en su componente óseo como en el muscular. A los 80 años se pierde aproximadamente el 50% de la masa ósea y el 60% de la masa muscular. Sin embargo, hasta los 70 años apenas se perciben estos cambios, además de que no existe un patrón uniforme en cuanto al deterioro del aparato locomotor debido a los años, influyendo en este proceso factores externos como el ejercicio físico.

De acuerdo a Ettinger (1998), las enfermedades osteomusculares son la principal causa del deterioro funcional en los ancianos. Tales trastornos como la osteoartritis, o la artritis reumatoide, aunque incapacitantes, rara vez son mortales, pero sí incurables por su carácter crónico. Es importante mencionar sin embargo, que estas enfermedades no son una consecuencia directa del envejecer y deben considerarse más bien como procesos patológicos específicos.

Uno de los cambios óseos más comunes es la osteoporosis, que además de la permanente remodelación ósea, existe otro factor añadido a la senescencia y es una pérdida creciente tanto de la materia inorgánica (calcio) como de la orgánica (fibras colágenas y celulares).

2.8 Aparato cardiovascular.

A pesar de la gran actividad del corazón y su uso indiscriminado durante toda la vida, éste puede continuar con su funcionamiento normal si no se presentan enfermedades adicionales a los años; el corazón continúa cumpliendo bien su función hasta el último momento. Es cierto que su rendimiento no es el mismo en la juventud que en la vejez, pero cubre perfectamente las necesidades básicas hasta la edad más avanzada.

Las arterias en cambio, suelen sufrir al paso de los años más alteraciones. La más frecuente es la arteriosclerosis, que es un cambio patológico que se da normalmente en los ancianos.

Un caso particular de la arteriosclerosis es la ateromatosis, caracterizada por la formación de placas de ateroma que se asientan en determinadas zonas de la red arterial. Las placas de ateroma destruyen parcialmente ese vaso, disminuyendo el flujo sanguíneo.

Todas estas alteraciones se desarrollan sin presentar síntomas hasta que el grado de oclusión del vaso es tal, que se produce un infarto o trastornos de hipoxia.

Además del riesgo de infarto o hipoxia, las placas de ateroma pueden dar lugar, si se desprenden trombos produciendo las embolias.

En la senescencia, el corazón puede sufrir alguna atrofia leve o moderada. El tamaño de la aurícula izquierda aumenta con la edad, aumenta el tejido fibroso, pero no influye en el aumento de la masa cardíaca. Las paredes

arteriales se hacen más rígidas. La aorta se dilata y alarga y la función cardiovascular se afecta en consecuencia, pero no se considera patológico, sino cambios normales a la edad.

Las muertes por alteraciones cardiovasculares aumentan con la edad, y es más frecuente este aumento en los hombres que en las mujeres, aunque esa diferencia disminuye considerablemente hacia el final de la vida.

La hipertensión es la más común de las alteraciones cardiovasculares asociadas a la edad, misma que genera un buen número de alteraciones vasculares; una de las causas de la hipertensión es la arteriosclerosis. La hipertensión exige un mayor esfuerzo cardiaco y aumenta la intensidad del proceso arteriosclerótico, produciendo las siguientes complicaciones:

- a) Insuficiencia ventricular izquierda
- b) Hemorragia por rotura de alguna de las arterias.

Es de hacerse notar que en la actualidad existen diversos fármacos que permiten mantener la presión en los límites estándares, pero no es recomendable recurrir a ellos, a menos que los procedimientos normales hayan fracasado. Un ejemplo de procedimiento natural es el ejercicio físico, que provoca la vasodilatación en el área muscular, o bien, la distracción y el cansancio, que permite la relajación física y mental; el ejercicio físico ayuda a eliminar el estrés, que es uno de los elementos generadores de hipertensión. Sin embargo, para que el ejercicio sea benéfico, es necesario que se adecúe a cada caso en particular, previo reconocimiento médico, mismo que determinará el nivel máximo de oxígeno individual.

CAPÍTULO 3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ENVEJECER

3.1 Generalidades

El aspecto psicológico se considera para nuestro estudio un tema central, por la repercusión y estrecha relación que existe entre este aspecto y la calidad de vida en las personas.

En el envejecer todas las experiencias y comportamientos como los cambios sensoriales y perceptivos, la memoria y la inteligencia, la metacognición, la creatividad, las emociones, la motivación y los cambios de personalidad, se hallan determinados o influidos por procesos psicológicos (Mishara y Riedel, 1986).

A pesar de que estos factores están presentes en todas las etapas del desarrollo, es en la vejez donde cobran mayor relevancia. En las etapas anteriores es menos difícil la adaptación debido a la disponibilidad de mayores recursos, pero en los adultos mayores representa una renuncia definitiva que parece inevitable, constituyéndose en una crisis y un reto a vencer.

Los límites entre los grupos de edades no están bien delineados en cuanto a la definición de la vejez. La entrada a esta etapa de la vida es variable a pesar de que la Asamblea Mundial sobre la Salud, fijó en 1982 la edad de 60 años como el inicio de la vejez, de lo que no hay duda es que el final de la etapa esta señalada por la muerte del individuo. Las referencias que suelen tomarse para definir la entrada a la vejez son, entre otras: la jubilación, la viudez e incluso las enfermedades. Sin embargo, existen otros cambios menos visibles pero más significativos que se producen por presiones del entorno social, como la reducción de responsabilidades, sugerencias de evitar esfuerzos físicos, modificaciones en el trato, por lo cual el individuo debe adaptarse al nuevo status, sufriendo un efecto negativo en su autoestima. Durante la vejez surgen muchos cambios en el estado de ánimo y el anciano se ve en la necesidad de adaptarse a cambios biológicos, psicológicos y sociales durante el proceso, así como a una forma de vida de acuerdo a sus condiciones sociales, capacidades y medios. Los desajustes sociales que suelen presentarse durante el proceso de envejecimiento humano, se consideran menos importantes que los cambios psicológicos y las interpretaciones que las personas hacen de ellos. Aunque existe en la actualidad una cantidad apreciable de datos al respecto, debe reconocerse que aún no se ha podido correlacionar con precisión la naturaleza de los cambios psicológicos con las alteraciones físicas y anatómicas en las personas mayores.

Sugún Lara de Santiago (1984), los cambios que se presentan con mayor frecuencia, son en la memoria, la inteligencia y la capacidad de aprendizaje, siendo generalmente el resultado de la interrelación de factores físicos y emotivos. Al paso de los años puede aparecer la rigidez de criterios cuando el viejo confía demasiado en sus tradicionales modelos de conducta o cuando el aceptar las nuevas ideas implica reconocer que las anteriores eran equivocadas. Los trabajos de

gerontología suelen evocar panoramas poco halagadores de los ancianos, presentándolos como difíciles, irritables y a menudo desagradables, o de humor melancólico. Los fenómenos psicológicos que con más frecuencia aparecen en el anciano según Lara de Santiago (1984), son: la ansiedad, la angustia, la depresión y la hipocondría, que pueden disminuir la posibilidad de logros, gratificaciones corporales, psicológicas, económicas y principalmente sociales. De la misma manera, se menciona que es frecuente el humor lábil y la autoestima del anciano se ve deteriorada al ser considerado por la sociedad como un ser improductivo y con muchas limitaciones, propiciando que él mismo adopte estas actitudes mostrándose débil, demandante de afecto y atención, incluso puede mostrarse agresivo. Sin embargo, de acuerdo a Mishara y Riedel (1986), no existe prueba alguna de que la vida afectiva de los ancianos sea mejor o peor que la de los individuos más jóvenes. La imagen que tienen algunos sobre la vejez no es más que una generalización distorsionada de hechos que no se apoyan en el conocimiento científico.

Por otra parte, es necesario comprender que el envejecimiento psicológico introduce múltiples manifestaciones que dependen tanto de la personalidad propia del individuo como de las reacciones de su entorno. El momento de la auto-percepción del inicio de la vejez es experimentado por las personas de diferentes maneras, lo cual depende entre otras cosas, de la formación personal y desarrollo social de cada individuo. Cada uno tiene su propia manera de envejecer, ya que elabora una forma particular de enfrentar la realidad de su vejez, de adaptarse y actuar de acuerdo al marco definido por la sociedad. De ahí que la historia personal y experiencia adquirida a lo largo del ciclo vital, la interacción de los factores culturales, sociales e históricos, así como la salud y los procesos de adaptación, determinarán en gran medida los aspectos psicológicos del individuo que envejece.

Uno de los aspectos psicológicos más relevantes a considerar durante el proceso de envejecimiento es el apoyo social, ya que se ha demostrado que sus efectos y consecuencias influyen de manera positiva sobre la salud física y emocional de las personas. Este apoyo permite enfrentar con éxito las situaciones de estrés y puede funcionar como recurso preventivo; en la vejez es especialmente importante debido a que las personas son más vulnerables a la soledad, al aislamiento social y al abandono, debido a la pérdida de seres queridos y amigos. Estudios realizados por Fernández-Ballesteros (1994) sobre los efectos positivos del apoyo social, destacan su influencia sobre el estado de ánimo, actitud y autoestima. La falta de apoyo en cambio, puede propiciar disfunciones psicológicas y hasta físicas.

No obstante, el anciano por lo general es consciente de que su salud es cada vez más frágil, que cuenta con menos recursos propios y del prójimo para defenderse de las enfermedades, de la soledad y del aislamiento. Todo esto influye notablemente en su estado de ánimo y le permite estar mejor preparado contra las enfermedades; incluso puede ocurrir

que en situaciones de normalidad, la visión que el anciano tiene de su existencia, las metas a las que quiere llegar, su dignidad como persona y la solidaridad humana, ejerzan una profunda influencia en su estabilidad emocional y en la forma de enfrentarse a los años que le quedan de vida. La experiencia de los viejos les permite enfrentar mejor que los jóvenes situaciones difíciles o traumáticas, aunque su actitud de aparente insensibilidad ante tales conflictos sólo sea el reflejo de un desarrollado mecanismo de defensa contra la enfermedad y la muerte, aún a costa de ser considerados “insensibles y duros” (Gómez, 1985).

Los casos excepcionales son aquellos que han alcanzado una madurez psíquica relevante, quienes miran la vejez como otro paso evolutivo con sus valores propios y al que pueden prepararse; a diferencia de quienes la ven con pesimismo y temor. Estudios realizados por Rusk (1997) demostraron que los viejos que poseen un espíritu alegre y desenvuelto presentan una menor proporción de trastornos arterioscleróticos, que aquellos que viven una existencia pasiva y carente de interés. Anderson (1997) por su parte, sostiene que una actividad fisiológica intensa, junto con un interés profundo mejorará apreciablemente la etapa degenerativa de la vejez.

Erikson (1968) entiende la vejez como un periodo de vida cuya principal tarea consiste en buscar el equilibrio entre la integridad del yo y un cierto sentido de desesperación; según se resuelva este conflicto, se alcanzará uno de los mayores logros del ser humano: la sabiduría. Afirma también, que quien no es capaz de encontrar errores en su vida no es un sabio, sino un neurótico. Por eso es normal que, en el proceso de revisión al final de la vida, afloren emociones negativas, y aunque algunas personas desarrollan un sentimiento de orgullo y satisfacción respecto a su vida pasada, otras se sienten mal, pues creen que el tiempo que les queda no les alcanzará para corregir sus errores, lograr nuevos objetivos o alcanzar la integridad. Es por eso que ha de fijarse el objetivo de lograr la integridad de todo el ciclo de vida; de este modo, quien la posea estará preparado para defender la dignidad de su propio estilo de vida contra toda amenaza física y económica. Las personas que logran la integridad del ego, sienten que su vida tiene un sentido personal importante. Erikson reconoce sin embargo, que no hay un camino universal para alcanzar la integridad; cada persona debe marcar su rumbo y, aún más importante, creer en ese rumbo que ha tomado. La integridad debe asumirse individualmente, sin imitar a los demás, en una visión realista y objetiva.

3.2 Cambios que afectan el aspecto psicológico en los ancianos

Estos cambios están determinados por multitud de factores, como son: diferencias individuales, diferencias intergeneracionales, la historia personal, rasgos de personalidad y el entorno social, entre otros.

No se debe olvidar que el enfoque de las ciencias sociales y del comportamiento es distinto del enfoque de las ciencias de orientación biológica. Según Cowdry (1942, citado en Yuste y cols.,2004) el envejecimiento puede ser considerado,

a la vez *proceso endógeno* e involuntario, acumulativo con el paso de los años, y finaliza con la muerte; y *proceso exógeno*, atribuible a accidentes, contaminaciones del ambiente o cualquier otro factor externo al sujeto. Por ello cabe diferenciar claramente los modelos biológicos y los psicológicos; los primeros se refieren a la probabilidad de supervivencia del cuerpo humano centrando su interés en los agentes que generan el deterioro y la muerte del organismo. Mientras que para la psicología, el envejecimiento es un proceso esencial del desarrollo, donde las diferentes funciones psíquicas pueden sufrir deterioro, pero también pueden mejorar algunos aspectos de la personalidad o ciertos factores cognitivos como la sabiduría. Al mismo tiempo, el envejecimiento debe contemplarse tal como lo hacen las ciencias sociales: teniendo muy en cuenta los marcos históricos y los cambios generados de acuerdo a las normas culturales. Por tanto, el criterio para evaluar la calidad del envejecimiento es diferente en función de la perspectiva aplicada.

3.2.1 Cambios internos

Diversos factores internos influyen en el envejecimiento psicológico de las personas, como son: la capacidad sensorial y perceptiva, el estado motivacional o emocional, el aspecto cognitivo o intelectual, y las características de personalidad. En este apartado sólo nos ocuparemos de inteligencia y personalidad, por su trascendencia en los cambios internos.

Inteligencia: Schaie, (2003) deduce en base en su investigación que hay un declive en la inteligencia, aunque sólo tardíamente y no de modo general, sino para determinados aspectos como la rapidez de reacción. Es decir, que con el envejecimiento decae la inteligencia corporal-cinestésica, y en parte también la intrapersonal, por exigencias de las circunstancias, el resto se mantiene bien hasta una edad avanzada, a menos que existan patologías, o se llegue al último tramo de la vida cuando la degeneración de las estructuras nerviosas se va generalizando.

Aunque muchas veces se ha afirmado una mayor inteligencia en el anciano, reconociéndole ciertas competencias como prudencia, madurez, experiencia o sabiduría, que le dan ventaja sobre los jóvenes.

Los ancianos por lo general responden mejor a las pruebas de inteligencia que requieren de habilidades en vocabulario, información general, y comprensión verbal, en contraste con las pruebas numéricas y abstractas, en las que su rendimiento baja considerablemente en una edad avanzada.

La capacidad de aprender y memorizar se reduce a medida que se envejece; tal deficiencia se manifiesta cuando el anciano aprende nuevos hábitos que implica olvidar los ya aprendidos, modificarlos o integrarlos con los nuevos. Asimismo, se ha notado un retardo evidente en la velocidad de reacción, como un factor ligado a los trastornos mentales y consecuencia directa del envejecimiento del sistema nervioso.

Schaie (2003) en su clásico estudio realizado con personas mayores concluyó sobre la cognición adulta lo siguiente:

- *La multidimensionalidad*: en cada sujeto se dan diversas capacidades (dimensiones crítica, empírica, práctica; inteligencia fluida y cristalizada).
- *La variabilidad interindividual*: en la actividad mental inciden salud, economía, tipo de trabajo, aislamiento social y educación. Ésta para muchos es el factor más decisivo, siendo el nivel escolar el indicador más fiable al pronosticar la manera intelectual en la vejez.
- *La influenciabilidad ambiental*: grupos y cohortes son afectados desigualmente por variadas experiencias vitales, lo que ocasiona diversas pautas de funcionamiento.
- *La multidireccionalidad del cambio*: cada capacidad mental posee distintos atributos estructurales, y evoluciona diversamente.

Personalidad: Martín (1991), formuló la *teoría de los patrones de vida y formas de envejecimiento* en función de la interacción entre estilos de personalidad, grado de inteligencia, sucesos y temas vitales. Los sucesos vitales hacen referencia a las vivencias difíciles e inseguras que experimenta un sujeto a lo largo de su vida, y que le resultan conflictivas; mientras que los temas vitales, que agrupan varios sucesos de vida, suponen enfoques en los que los sujetos incluyen ilusiones, pensamientos e intereses referidos a todos esos sucesos que agrupan. En este sentido, Martín señala tres patrones de vida, cada uno conformado por diversos estilos de personalidad y de inteligencia, y por distintos temas vitales, cada uno a su vez con una determinada cantidad de sucesos de vida. Estos tres patrones son:

- a) Patrón A: *Vinculación social*. Se pondera la importancia de gozar las relaciones sociales.
- b) Patrón B: *Vinculación a actividades*. Resalta el valor de no perder el tiempo.
- c) Patrón C: *Vinculado a aspectos físicos*. Determina sus cuatro estilos de personalidad e inteligencia por la trascendencia dada al cuerpo.

Neugarten, Havinghurst y Tobin (1968) concluyen de su investigación, que el modo de llevar la vejez le atañe por un lado a la experiencia de anteriores adaptaciones a las situaciones de la vida y, por otro, a la personalidad. Dicha investigación relacionó modos distintos de envejecer a través de la satisfacción personal y de actividades, medida ésta en función de once roles: cónyuge, paternidad, abuelo, trabajo, hogar, ciudadanía, vecindad, amistad, miembro de algún grupo o de alguna iglesia. Descubrieron también, cuatro tipos básicos de personalidad:

1. *Personalidad integrada* propia de individuos competentes, sensatos y con recto discernimiento, rica vida interior y elevado índice de satisfacción personal.
2. *Personalidad defensiva* o blindada, que antes de la vejez estuvo muy centrada u orientada hacia algún objetivo y que al mismo tiempo se esforzaba por encima de todo en el desarrollo de sus funciones.
3. *Personalidad pasivo-dependiente*, personalidad compleja que busca ayuda con insistencia, es demasiado pasiva o apática, se deja dominar, con un bajo grado de satisfacción.
4. *Personalidad desorganizada* o no integrada, de escasa actividad, con déficit en el funcionamiento afectivo y mental, con muy corta satisfacción personal.

Por su parte Reichard et al. (1962) señalan cinco tipos de personalidad y modos de vivir la vejez:

- a) *El maduro*: es positivo respecto a su yo, a sus relaciones interpersonales, a su pasado y a su presente; es una personalidad constructiva, integrada, sólida y muy aceptable.
- b) *El casero*: es pasivo, desiste de llevar a cabo sus roles, es una personalidad retraída, desvinculado, procura no buscarse compromisos.
- c) *El blindado*: es dinámico aunque rígido e individualista, se organiza auxilios para resguardarse de la ansiedad del envejecimiento, discretamente adaptable.
- d) *El colérico*: es descontento, amargado, poco tolerante a la frustración.
- e) *El autoagresivo*: implica amargura, desconsuelo, depresión y agresividad, pero hacia sí mismo.

Se observa en estos estudios, que conforme los tipos se van alejando de la personalidad madura, la satisfacción personal se reduce.

Los conceptos de personalidad expuestos revelan que el medio incide generalmente sobre las personas. Thomae (1970) insistió en que el modo en que el cambio es percibido por las personas, determina su comportamiento, con el agregado de que dicha percepción está mediatizada por los intereses, las preocupaciones, las exigencias y las expectativas de las personas. Por tanto, la adaptación a la vejez está supeditada al equilibrio entre la coordinación cognitiva y motivacional de cada persona.

Cuando los mecanismos de ajuste de la personalidad fallan, sobrevienen como consecuencia padecimientos diversos que van desde trastornos psicosomáticos, hasta las más serias enfermedades mentales.

3.2.2 Cambios externos

Según Comfort (cit. en Krassoievitch 2005), el 75% de los cambios relacionados con la edad pueden ser atribuidos al envejecimiento social y son producto de nuestras creencias, prejuicios y conceptos erróneos sobre la vejez. Los rápidos cambios tecnológicos y sociales producidos con mayor celeridad que su propio envejecimiento toman desprevenido al anciano, quien se queda rezagado, viéndose superado en sus expectativas.

En este sentido, la familia desempeña un papel fundamental en la vida de los adultos mayores. La estructura familiar ha pasado de ser un modelo de familia extensa donde convivían varias generaciones, al tipo de familia reducida, donde el papel del anciano también ha cambiando reduciéndose sus responsabilidades como guía de las nuevas generaciones. Estas funciones han sido reemplazadas por instituciones educativas, basadas en las normas y sistema de valores de la sociedad actual.

Los ancianos han perdido la ubicación de privilegio que tenían en las culturas antiguas, y ya no tienen el lugar destacado que ocupaban en las sociedades prehispánicas de América, ni siquiera la que tenían en el pasado reciente. Los rápidos cambios sociales y tecnológicos han rebasado las experiencias aplicables de los ancianos de tal forma que sus pautas y valores cada vez se adecuan menos a las condiciones y situaciones de la sociedad actual. Particularmente en las sociedades urbanas en el que el valor más importante es el de la productividad.

Estudios realizados por Cowgil (1977, citado por Mishara y Riedel, 1986) sobre los efectos de la modernización en las condiciones sociales de los adultos mayores, determinaron que son cuatro las tendencias que contribuyen a su inferioridad social:

- 1) El progreso de la tecnología sanitaria, que aumenta la longevidad, produce un envejecimiento de la población y favorece la competitividad intergeneracional a favor de los jóvenes;
- 2) Los avances de la tecnología económica, que hacen que los ancianos sean desplazados por los jóvenes y que los puestos que ocupan aquellos los supriman a favor de nuevas profesiones que éstos dominan.
- 3) La urbanización, que aumenta la migración y la movilidad de los jóvenes y, por consiguiente el alejamiento con respecto a los familiares ancianos;
- 4) Los niveles de instrucción cada vez mejores, que hacen que con frecuencia la escolaridad de los hijos sea mayor que la de los padres.

Familias-grupos: Es un hecho que el envejecimiento es parte de los ciclos de vida, tanto individuales como familiares. Esa función modifica las perspectivas y estrategias de vida de las personas, de los hogares y de los grupos familiares. Cuando el anciano carece de familia o sus contactos con ésta son limitados, se siente solo, aislado, desconectado del ambiente, ya sea por razones económicas, culturales o por falta de adecuación al medio,

incluso por enfermedades invalidantes. En estas condiciones el anciano es una persona poco útil para la sociedad, la familia y para sí mismo.

El contexto familiar define las características más prototípicas de las relaciones sociales. Los grupos humanos tienen propiedades que no se pueden reducir completamente a las características de sus miembros individuales. La cohesión y la exclusividad en la pertenencia son características de los grupos y, sin embargo, los miembros individuales pueden diferir considerablemente en estos rasgos.

Según los investigadores Roberts, Richards y Bengston, (1991) la permanencia continuada de grupos humanos depende, en cierta medida, de la cohesión o solidaridad que se genera entre los miembros del grupo. Cada familia muestra sus propios ciclos de vida, mismos que son producto de los ciclos de vida individuales de sus miembros, de cómo cada uno se inserta dentro del hogar con sus propias características de edad, sexo y capacidades sociales y económicas, junto con las relaciones internas y externas que se establecen.

Estudios realizados por Ham Chande (2000), revelan que las personas en edades avanzadas tienden a disminuir su participación dentro de los hogares nucleares conforme el envejecimiento es mayor, e incrementan su pertenencia en hogares principalmente ampliados y unipersonales. Esta dinámica es más lenta en el caso de los hombres, y notoriamente más rápida en el caso de las mujeres.

El impacto más común sobre la vida de las parejas es el de la viudez femenina, la cual frecuentemente da lugar a un hogar unipersonal o a la incorporación de la mujer envejecida al hogar de alguno de sus hijos o hijas, con lo cual se crea un hogar ampliado. Se sabe que hay más mujeres que hombres en edades avanzadas que viven solas, y que la mayor parte de esta diferencia se debe a la mayor supervivencia femenina, aunada a las menores posibilidades que expresa la mujer de formar una nueva pareja.

La expectativa de vida de las mujeres es siete veces más que la de los varones (53 por ciento de los adultos mayores son mujeres), sólo el 34 por ciento de las mujeres recibe alguna pensión por mínima que sea (contra el 65.6 por ciento de los varones). Es mayor el número de ancianas viudas o solteras solas (55 por ciento) que el de varones mayores solos (23.1 por ciento), si en general sólo el 36.6 por ciento de la población de más de 60 años tiene un trabajo remunerado, sólo un 17.4 por ciento de las mujeres adultas mayores lo tiene, en contraste con el 57 por ciento de los varones de esa edad. En el 85 por ciento de los hogares compuestos por una persona mayor sola, se trata de una mujer anciana solitaria, (La Jornada, abril, 2005).

La familia es un grupo humano que permanece por la cohesión y la exclusividad en la pertenencia. Constituye el núcleo de la organización social básica, capaz de regular la actividad sexual y proporcionar un contexto adecuado para

criar y educar a los niños. Las familias proporcionan a las personas protección, intimidad, afecto e identidad social (Federico, 1979). Este grupo humano es dinámico y varía, tanto a lo largo de su vida, como de unos grupos a otros. En primer lugar, cada familia pasa por sucesivas etapas o cambios a lo largo del tiempo; estos cambios constituyen diferentes momentos del ciclo de vida de una familia. En segundo lugar, unas familias difieren de otras en diferentes momentos de sus ciclos; estas diferencias dan lugar a las distintas formas de familia.

Con el aumento en edad, los status y roles familiares implican adaptaciones importantes en la vida de las personas, dando lugar a roles como el de ser abuelo o a otras características. Las modificaciones en el ciclo de vida familiar y los cambios en su estructura, influyen en la reorganización de las relaciones de las personas mayores con su familia. Se ha pensado que las nuevas estructuras familiares conducen al aislamiento de los miembros de más edad. El hecho de vivir en domicilios diferentes y frecuentemente distantes, la falta de medios y de espacio en la casa de los hijos para acoger a sus padres, junto con otros factores, han llevado a pensar que la única opción de las personas cuando sobreviene la discapacidad y la enfermedad es ingresar en un centro de internamiento. Sin embargo, según Vega (1996), sin importar las distancias, los lazos siguen sosteniéndose, incluso ocurre que al eliminar las cargas de las familias, ha aumentado la importancia de los lazos afectivos frente a otro tipo de dependencias que los hijos puedan mantener con sus padres mayores. Los hijos comienzan a asumir el papel de mediadores entre las necesidades de cuidados de los padres y los sistemas formales de ayuda. Las funciones de la familia en relación con sus mayores, más que desaparecer, se han redefinido, y los hijos están asumiendo nuevas tareas.

Para comprender las relaciones que las personas mayores tienen con su familia, hemos de considerar las relaciones que mantienen con los hijos, con los hermanos, con los nietos y con otros miembros de la unidad familiar. Estos diferentes tipos de relaciones constituyen una red de relaciones familiares que toda la familia tiene a su disposición en momentos de necesidad. El cambio de roles en la familia suele ser conflictivo en todo el grupo familiar, que puede llevar incluso a la confrontación entre sus miembros, derivados principalmente por el ejercicio de la autoridad, la autonomía de los ancianos o las responsabilidades de los hijos. Krassoievitch (2005) señala que el anciano puede adoptar una conducta regresiva en la que requiere ayuda y asistencia casi de manera permanente; al mismo tiempo, el anciano puede sentirse disgustado y culpable por su dependencia al entorno. Otras veces se torna hostil o cae en un estado depresivo, pasando así del conflicto interpersonal al intrapsíquico; si esta depresión pasa inadvertida dentro de la familia se corre un alto riesgo de suicidio debido a la depresión tardía.

Askham (1994) afirma que la edad avanzada y las dolencias físicas pueden agravar las tensiones del matrimonio y suelen ser las mujeres quienes esperan más pasión e intimidad en las relaciones de pareja; son ellas quienes tienden a

estar menos satisfechas con sus relaciones matrimoniales. Atchley (1985) por su parte indica que la capacidad de afrontar los altibajos del matrimonio en la vejez, depende de la tolerancia mutua. Los ancianos valoran mucho la compañía y la oportunidad de expresar sus sentimientos abiertamente, así como el respeto y los intereses comunes. A veces la desvinculación progresiva del trabajo por parte del marido y su mayor deseo de intimidad, pueden ir acompañados de un deseo de realización personal por parte de la esposa. En este sentido, la jubilación trae consigo cambios importantes en los hábitos de ambos cónyuges, modificaciones a las que es conveniente adaptarse mediante la reorganización de las tareas y de los roles.

Los roles sociales. La pérdida secuencial de los roles puede contribuir a un estado de aislamiento social que en muchos casos conllevan un estado de ánimo deprimido. Lo anterior es reforzado por los estudios realizados por Durkheim, E. (1951) quien describió una forma de suicidio anómico observado en personas que no pertenecen a un grupo o a una comunidad. Y los realizados por Häfner y Weltz (1989) quienes encontraron que había más frecuencia de psicopatología entre los ancianos aislados que entre los no aislados. Aunque el estar rodeado de gente no garantiza la ausencia de estrés o depresión.

Finch y Sautra (1992) encontraron que los lazos sociales negativos tienen más influencia en causar una depresión que los lazos positivos en proteger contra la misma. Por tanto, el apoyo social como concepto multifuncional depende de la clase y la fuente del apoyo, el tipo del problema y las características de la persona con el problema. Se ha observado que el apoyo social influye de manera positiva y benéfica sobre la salud física y el bienestar de la persona de edad, provee de recursos para afrontar con éxito las situaciones de estrés y puede funcionar como recurso preventivo, disminuyendo el número de acontecimientos estresantes a los que se ve expuesto el sujeto.

Varios autores, entre ellos Buendía (1991), sostienen que no sólo el número de roles influye en el estado mental sino la calidad de las relaciones sociales en cuestión.

Sobre la importancia de los roles interpersonales en relación con la depresión Dean, Kolody y Wood (1990) ofrecen los resultados de una muestra de 997 sujetos señalando que el rol del cónyuge, el de los amigos y el de los hijos adultos figuraban en este orden de importancia del apoyo recibido. Por eso, la pérdida de cada uno de esos roles tendrá efectos distintos en el estado de ánimo de la persona mayor. Los sucesivos roles que asume cada uno de los miembros de la familia son importantes, pero también resulta decisiva la intensidad con que los vive y la duración o el tiempo que la persona permanece en cada uno de esos roles. Los roles familiares se encuentran ordenados temporalmente y su secuencia guía los cambios que tienen lugar en la familia.

Los efectos del *síndrome de la invisibilidad* son más serios de lo que se pudiera pensar, y aunque se carece de los suficientes estudios al respecto, se han rescatado algunas conclusiones: las consecuencias psicológicas de sentirse invisible pueden ser muchas y profundas. Los efectos pueden incluir la rabia, la vergüenza, el aislamiento, la indefensión aprendida y la depresión con suicidio (Franklin, 1992). El sujeto puede llegar a internalizar las ideas de invisibilidad y poco valor, hasta el punto que realmente las cree sobre sí mismo. La autoestima y el estado de ánimo son afectados por el sentimiento de invisibilidad.

La negación de la existencia de los ancianos y sus problemas surge quizás porque los más jóvenes prefieren evitar lo que es en muchos casos una visión (estereotipada) de futuro propio lleno de tristeza, debilidad, dolor y enfermedad. Quizás los procesos de hacer invisibles a los ancianos nacen del miedo, evitación, molestia y tristeza (Ring, 1994). En este sentido, conviene recordar el concepto de *ageism* que Salvarezza (1988) traduce como “viejismo”, definiéndolo como el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos en función de su edad, y que Butler (citado en Krassoievitch, 2005), señala como un método expedito por medio del cual la sociedad fomenta puntos de vista acerca de los ancianos con la finalidad de deshacerse de su responsabilidad para con ellos.

3.2.3 *El papel de las emociones:*

Roberts, (1998, cit. en: Calvo, 2001: 41), señala que: “*Las emociones son respuestas rápidas y transitorias que se producen más o menos ante situaciones desagradables e influyen sobre el organismo, produciendo molestias. Las emociones básicas son el miedo y la ira; las demás son formas disfrazadas de alguna de éstas: temor, pánico, terror, envidia, celos, orgullo. Desdichadamente, cuando las cosas no son como el individuo quiere, el alma pone en libertad energías que se mueven en forma desordenada.*”

Otros teóricos de la emoción en cambio, han afirmado que algunas emociones son básicas y otras no, incluso señalan puntualmente como básicas las siguientes:

Amor, aversión, desaliento, deseo, desesperación, esperanza, ira, miedo, odio, tristeza, valor (Arnold, 1960); Ira, júbilo, miedo, repugnancia, sorpresa, tristeza (Ekman, 1982).

Aunque no existe unanimidad al respecto, y se asume incluso que existen necesidades mixtas. Pero más allá de clasificaciones y definiciones, lo cierto es que, en condiciones normales, las personas experimentan una amplia gama de emociones, que van desde la tranquila satisfacción por terminar una tarea relativamente trivial, hasta el duelo por la muerte de un ser querido. De ahí la importancia de incluir a las emociones como parte central en el proceso de desarrollo y envejecimiento.

Las emociones pueden causar rupturas espectaculares en el juicio y en la acción, tales rupturas pueden tener consecuencias profundas y a veces terribles para los individuos, incluso para la sociedad, como por ejemplo, los crímenes pasionales, los suicidios y las enfermedades mentales.

Las condiciones desencadenantes de una emoción son afectivas, y el individuo que las experimenta codifica la situación pertinente de una manera específica. Son sus interpretaciones del acontecimiento las que son diferentes. Las emociones son reales y muy intensas, pero proceden de las interpretaciones cognitivas impuestas a la realidad externa y no directamente de la realidad en sí misma. Por ello se asume que las emociones tienen una base cognitiva esencial y profunda (Ortony y cols., 1996).

La actitud que adoptamos ante cualquier situación en la vida es relevante, por ejemplo cuando enfermamos. Hay personas que experimentan sentimientos de frustración, impotencia o rabia al sentirse enfermos. Esto no hace más que empeorar las cosas, pues añade intensidad a las tensiones y puede generar el desequilibrio. Todos los niveles del ser humano están íntimamente conectados formando una unidad, aunque en nuestros esquemas mentales los concebimos como partes diferenciadas (Calvo, 2001).

Los efectos negativos de las emociones se manifiestan cuando se produce la ira, el odio, o la indignación. Tales efectos van desde ardor en el estómago hasta problemas cardíacos. O cuando estamos tristes y por cualquier circunstancia (orgullo, vergüenza), reprimimos el llanto, para lo cual se deben controlar los músculos de la garganta formando lo que comúnmente se llama un “nudo en la garganta” que puede ser negativo cuando se vuelve habitual o crónico.

3.3 Trabajo- jubilación.

En los últimos tiempos se ha diversificado la estructura de la carrera laboral individual, así como las opciones vocacionales o perfil de cada puesto de trabajo. Esto exige una mayor preparación de las personas, una mayor flexibilidad y una preparación continuada para ocupar puestos dinámicos y cambiantes. Las habilidades que se han de desarrollar, deben adaptarse a diferentes puestos de trabajo. Las habilidades necesarias para un puesto de trabajo se adquieren con el desempeño del propio trabajo. La carrera laboral es un proceso de formación continuada. La educación permanente es algo asociado al proceso ocupacional de las personas (Vega y Mateos, 1988).

La mayoría de los estudios de la década de los ochenta indica que la satisfacción con el propio trabajo aumenta con la edad. Cuando se analiza el mismo empleo, los jóvenes suelen estar menos satisfechos que las personas mayores. De acuerdo a Phillips, Barret y Rush (1978), entre las variables que diferencian a los trabajadores jóvenes de los mayores

se encuentran la motivación intrínseca, la identificación con el trabajo, la responsabilidad y la habilidad para establecer relaciones interpersonales. Sin embargo, alguna de estas variables dependen del tipo específico de trabajo.

El trabajo es uno de los elementos más importantes en la vida de una persona durante su juventud y su vida adulta. Las personas pasan gran parte de su vida preparándose para desempeñar una actividad productiva durante su juventud y la vida adulta y cada persona comienza y termina su carrera laboral a diferentes edades.

La satisfacción de las personas depende del éxito en la adaptación tanto a la actividad de la ocupación, como a la actividad después de jubilarse y dejar la ocupación. Finalmente, cada persona se fija metas distintas. Con frecuencia, el trabajo no llega a satisfacer todas las aspiraciones individuales y, la persona suele cambiar de trabajo varias veces en su vida. Todos estos acontecimientos influyen en el ámbito personal, familiar y social del individuo. Su satisfacción vital depende, en gran medida, de su satisfacción con el trabajo (Abramis, 1994).

El desempleo es el factor más estresante de todos los relacionados con el trabajo. El desempleo aparece en las investigaciones, asociado a las enfermedades físicas y mentales y a problemas en las relaciones familiares. Las dos fuentes más importantes de estrés asociadas al desempleo son la pérdida de ingresos y los efectos de esta pérdida en los sentimientos que el trabajador tiene hacia sí mismo. Cuanto más identificada se sienta una persona con su trabajo, será mayor la pérdida de autoestima que se produzca como consecuencia del desempleo.

Vega (1996) realizó una serie de investigaciones en las que concluye que: tanto hombres como mujeres indicaron que después de la pérdida del empleo sentían malestares físicos, problemas estomacales, hipertensión y menos control sobre sus vidas. Concluye también que el desempleo puede verse como una oportunidad de reorganizar la propia vida y no sólo para cambiar de trabajo, sino también para reorientar la propia carrera vital.

La jubilación es un símbolo social de transición a la vejez. Constituye un signo para el individuo y para la sociedad de que algo importante ha cambiado. A veces, se ha visto el envejecimiento y la jubilación como dos aspectos convergentes. A las personas jubiladas se las suele considerar viejas. Sin embargo, la jubilación es sólo uno de los acontecimientos más importantes de la vida de una persona que contribuye al significado de la vejez en nuestra sociedad (Moragas, 1989). En tanto que Atchley (1993), sostiene que la jubilación no puede ser equivalente a la vejez, ya que muchas personas se jubilan a una edad temprana y en una situación personal en la que no pueden considerarse viejos. Además, muchos nunca se jubilan y otros vuelven a trabajar después de jubilarse

Con la jubilación sobreviene una disminución de la independencia, del control de sí mismo y del control del propio ambiente. Pero no afecta solamente los aspectos económicos y laborales de las personas, donde el jubilado tiene que

depender de alguna combinación entre la pensión y la ayuda de los familiares, sino la dependencia social la cual convierte a la persona en un ser débil y vulnerable, incapaz de tomar decisiones importantes, y teniendo que estar permanentemente en una posición inferior.

El inicio de la jubilación es uno de los cambios más importantes que se da en las personas en los últimos años de su vida. Para algunos, esta etapa define la entrada a la vejez de la mayoría de la población económicamente activa. El sujeto experimenta la privación de un estatus honorable de identificación personal fijada por el trabajo. La persona en estas condiciones se siente inútil, desplazada, puesto que le han quitado un lugar en la estructura social y económica, privándolo al mismo tiempo de la participación en diferentes roles sociales.

No sorprende por tanto, que se produzcan problemas psicológicos y hasta físicos en los jubilados, ya que en la jubilación se produce una ruptura y se altera la estructura de relación con el grupo de trabajo, con la familia y con la sociedad en su conjunto.

Sin embargo, esto no siempre ocurre en todos los casos, ya que depende de diversas variables como situación económica, apoyo social, variables de personalidad, nivel sociocultural, y otros factores que pueden determinar el rumbo en su actividad futura.

De acuerdo con Mc Goldrick, (1989, citado en: Buendía (1994), la jubilación no es un hecho aislado, sino que debe ser vista con una perspectiva donde interactúan diversos elementos de la vida individual de las personas, como: valoración del trabajo, expectativas ante la jubilación, relaciones familiares y sociales, habilidad para llevar a cabo nuevos roles sociales, variables de personalidad, y otros eventos de vida que suelen acompañar al hecho de la jubilación. Por ello la jubilación debe analizarse como una transición que es vivenciada por cada persona desde un punto de vista particular.

Entre los diferentes procesos de transición que pueden observarse en nuestra sociedad, los únicos ritos auténticos de separación son el ingreso a prisión, la falta de dinero y la jubilación, y de entre estos tres, el rito de la jubilación es el que trae particularidades más especiales dado que no existe la posibilidad de reintegración al mundo socialmente valorado. (Fericgla, 2002; Mishara y Riedel, 1986).

A pesar de que existe una estimación oficialmente positiva de la jubilación en nuestra sociedad (júbilo, ocio, placer), de acuerdo con Fericgla (2002) las personas pueden experimentar una doble actitud hacia la jubilación: quienes la consideran como un premio a su esfuerzo y la aceptan con alegría, otros en cambio la ven como algo negativo.

G. Sanz establece al respecto que:

“Los que saludan con júbilo la jubilación por lo que supone de liberación de un trabajo rutinario y pesado que limitaba su tiempo, si no se han preparado para utilizar adecuadamente el enorme hueco que ha dejado su trabajo habitual, pueden sufrir efectos paradójicamente negativos” (G. Sanz, 2002: 178).

Según Fericglia, la mayoría de los sujetos que manifiestan desear la jubilación, no suelen desearla de forma intrínseca, sino como resultado de determinadas *presiones exteriores*, estas personas pueden clasificarse de la siguiente forma:

1. Personas con empleos inseguros y a las que la llegada de la jubilación descarga para siempre la angustia del paro laboral.
2. Personas que tienen problemas de salud y para las que el trabajo resulta penoso
3. Individuos a los que el progreso tecnológico ha marginado de la ocupación que siempre había realizado de forma satisfactoria, originando en ellos inseguridad laboral.
4. Personas con nivel económico medio o elevado que pueden vivir con suficientes comodidades, que están satisfechas con su vida extra-laboral, y a las que la jubilación permite abrirse nuevas actividades y relaciones sociales.

El mismo autor concluye que:

“La desvinculación laboral motivada por la jubilación desemboca en un estado liminar irreversible, que fuerza a las personas a amoldarse progresivamente a un estar fuera de la trama vital que los valores laborales les han impuesto durante los dos tercios anteriores de su vida. Se trata de un proceso de creciente estancamiento económico –excepto en casos aislados- y de creciente inferioridad y dependencia de los miembros productivos de la sociedad” (Fericglia, 2002: 159).

3.4 El duelo.-

Las pérdidas durante la senectud son capaces de provocar procesos intrapsíquicos, el que, si son normales, tienen una finalidad adaptativa. El duelo según la visión de Krassoievitch (2005) es un fenómeno normal y necesario para preservar el equilibrio emocional; consiste por tanto en un trabajo, una labor intrapsíquica que debe llevarse a cabo en todas y cada una de sus etapas. Sin embargo, en personas ancianas el proceso de duelo puede verse alterado en alguna de sus etapas y prolongarse en forma desproporcionada. El *duelo patológico*, por el contrario, se caracteriza por la dificultad de aceptar la pérdida y por una reacción desmedida ante esa imposibilidad; si es prolongado guarda semejanzas con un estado depresivo e impide la confrontación adecuada de los diversos sucesos de la vida. Para Spikes (citado por Krassoievitch, 2005), la psicología de la pérdida es prácticamente idéntica a la psicología de la muerte; en ambas se tiene que integrar en la experiencia consciente la idea de la pérdida del objeto y de sí mismo, respectivamente.

La capacidad para elaborar cualquiera de estas pérdidas implica la advertencia consciente de una pérdida, sucedida o anticipada, y la descarga simultánea de un afecto doloroso en el que se combinan la tristeza y la ira. Posteriormente a esta descarga se produce una sensación de alivio, y finalmente el sujeto desvía su atención hacia otros asuntos. Pero no se presenta si prevalece el mecanismo de la negación; es cuando se evita la advertencia de la pérdida y se puede entrar en estado de depresión, regresión, ansiedad o retraimiento.

Según Strejilevich (1986), la edad es un factor que influye en la intensidad y duración del duelo; los ancianos, por haber estado más en contacto con la muerte, pueden sobrellevarlo mejor que los jóvenes, subrayando que los ancianos de más de 80 años toleran mejor las pérdidas que la gente más joven. Se sabe que las personas que ya han sufrido varios duelos, tienen una mayor tolerancia a la muerte de algún ser querido que aquellos que la viven por primera vez. Se sabe también que cuando prevalecen rasgos de autonomía y de equilibrio emocional, el duelo es mejor tolerado. En otro sentido, Bowlby (1961) considera que los individuos que han sufrido pérdidas significativas durante la infancia son susceptibles de responder a situaciones posteriores de pérdida, con un duelo patológico y, por lo tanto, de presentar una enfermedad psiquiátrica.

La mayoría de la gente vivencia la muerte como una catástrofe, como pérdidas en general, decepciones, fracasos, despedidas, privaciones y otros aspectos negativos. Es cierto que la sacudida de la autoestima es difícil de soportar. Parece que es precisamente el llorar la muerte, la aceptación de las diferentes emociones ligadas con el duelo, el miedo y la ira, lo que hace posible que emerja un nuevo sentimiento de sí mismo. La mayoría de los autores que se ocupan de la muerte están de acuerdo en que, solo afrontando esta catástrofe y el soportar la conmoción conlleva una transformación y una superación del duelo, en consecuencia, si la pérdida es realmente aceptada y la persona puede entrever un sentido, entonces, puede considerarse terminado el proceso del duelo (Auer, 1996).

3.5 Consecuencias de los cambios psicológicos

Depresión. Es muy común utilizar el término depresión para referirse a sentimientos comunes de tristeza o decaimiento emocional, que llegan a ser habituales en determinadas circunstancias; también llamada melancolía cuando los viejos rememoran hechos pasados significativos en su vida. Sin embargo, tales sentimientos suelen desvanecerse con rapidez una vez asimilado el hecho que originó el sentimiento, por lo que en tales circunstancias no llega a constituirse en trastorno mental. En cambio la depresión clínicamente identificada, si constituye un problema de conducta inadaptada que es necesario resolver. Los investigadores concuerdan en que la depresión clínica es el trastorno psicológico más común en los ancianos. Los síntomas conocidos de la depresión son: desinterés, falta de energía y

trastornos del sueño. Rubio (1992) define a la depresión como: un estado de hipertimia doloroso que implica pensamientos pesimistas, inhibición psicomotriz y signos físicos como fatiga e insomnio. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), señala diferentes clases de depresión: *Trastorno depresivo mayor*, *Trastorno distímico* y *trastorno depresivo menor*. Las diferencias básicamente son de grado, pues en la depresión mayor se presentan excesivos sentimientos de culpabilidad, inadecuación, enorme preocupación y quejas hipocondriacas, así como una mayor cantidad de síntomas somáticos.

En el caso específico de los ancianos existen diferencias significativas que deben ser valoradas para establecer el diagnóstico diferencial, como lo indica Aleixandre (citado en Yuste y cols.,2004):

- Es necesario que se experimenten varios *síntomas depresivos con una duración de dos o mas semanas*.
- Debe comprobarse que existe un sentimiento predominante de *disforia o estado de malestar* durante ese tiempo.
- Debe evaluarse la *presencia de las manifestaciones* siguientes: aumento o disminución del apetito, sueño, energía, fatiga o cansancio, pérdida de interés o agrado en relación con actividades cotidianas, sentimientos de reproche hacia sí mismo, lentitud o agitación psicomotora y, quejas o evidencia de disminución en la capacidad de concentración.
- Se debe determinar si el anciano manifiesta *ideas de suicidio*.
- Es necesario valorar el impacto de las anteriores manifestaciones en el funcionamiento cotidiano de la persona.

Buendía (1994) por su parte, menciona los siguientes como los principales aspectos característicos de la depresión en los ancianos:

- Episodios más largos y más resistentes al tratamiento farmacológico.
- La frecuente existencia de delirios y alucinaciones psicóticas en la depresión mayor.
- Mayor riesgo suicida, especialmente en varones y particularmente importante cuando viven solos.
- Frecuente agitación psicomotriz, normalmente acompañada de una intensa ansiedad o bien inhibición psicomotriz intensa y típica.
- Especial relevancia de trastornos del sueño.
- Frecuentes somatizaciones ansiosas.

Cuando se habla de depresión en los ancianos es necesario diferenciar las características propias de sus manifestaciones depresivas, clarificando las distintas formas de depresión en las personas de edad avanzada. Puesto que el trastorno depresivo como tal, no tiene una entidad única y homogénea, resulta inadecuado hablar de un solo conjunto de manifestaciones somáticas en las personas mayores.

La depresión y la ansiedad son dos trastornos que toman en los adultos mayores características diferenciales en cuanto a la prevalencia y presentación de los síntomas. Esto hace que el proceso de diagnóstico deba ser diferente y adaptado a este grupo poblacional (Aleixandre, citado en Yuste y cols, 2004).

Muchos autores afirman que ansiedad y depresión son trastornos que tienden a darse conjuntamente en la vejez, de ahí la conveniencia de agruparlos en un solo tema de estudio. Beck y Stanley (1997) sugieren incluso que ambos son prácticamente indistinguibles en las personas mayores.

Pitt (1986) señala que una dificultad añadida para el diagnóstico de la depresión en ancianos es que con frecuencia las personas de mayor edad no disponen de la preparación suficiente para manifestar sus síntomas si no es a través de manifestaciones somáticas (dificultades para dormir, falta de energía, dolores localizados o inespecíficos, etc.) produciéndose de esta forma un frecuente solapamiento con la enfermedad física. Los trastornos depresivos en ancianos pueden ser fácilmente el resultado de una enfermedad física, pero también pueden ser la causa de problemas físicos secundarios, al tiempo que el resultado de un factor etiológico común (Evans, Copeland y Dewey, 1991). Será por lo tanto preciso considerar que la depresión puede coexistir con la enfermedad física, y que ambas condiciones deben encontrar tanto un diagnóstico como un tratamiento adecuado. La necesidad de considerar la compleja relación existente entre condición física y alteración depresiva fue señalada por Williamson (1964) al defender que la presencia de trastornos depresivos en ancianos suele pasar comúnmente inadvertida por el médico, considerando sus manifestaciones como una reacción normal a las contingencias del envejecimiento.

En cuanto a las dimensiones psicosociales, la magnitud epidemiológica de la depresión en los ancianos y sus repercusiones, han justificado el creciente interés de los profesionales de la salud sobre el tema. Sin embargo, aún se conoce poco sobre las formas de interacción y el peso específico que cada elemento puede ejercer en forma separada.

A pesar de que la depresión está considerada como el desorden psicológico más importante entre los ancianos y a pesar de los enormes costos sociales y asistenciales, resulta insuficiente la aplicación de los programas preventivos existentes. Incluso se duda de la efectividad de la aplicación de tales programas, si consideramos que aún no se ha alcanzado la total comprensión etiológica con respecto a los trastornos depresivos. De cualquier forma, al margen de las evidentes dificultades a las que han de enfrentarse los programas preventivos, deben ser contemplados factores tanto biológicos como psicológicos y sociales que confluyen en la depresión del anciano (Carbonell, 1989).

Soledad. La soledad ha sido definida como la ausencia o percepción de ausencia de relaciones sociales satisfactorias. Peplaw y Periman (1995), establecen que la soledad es la discrepancia entre las relaciones interpersonales deseadas y las existentes. Estos autores señalan como características esenciales de la soledad, el resultado de las

deficiencias en las relaciones sociales; la soledad representa una experiencia subjetiva (que no necesariamente es sinónimo de aislamiento social); es desagradable y emocionalmente angustiante.

La soledad de las personas mayores es consecuencia del empobrecimiento de la calidad de sus relaciones sociales y de la reducción de la comunidad de experiencias vitales con los suyos. Así, se comprende que la disminución de los contactos sociales provoque en ellas una mayor sensación de soledad. Es en parte como un extranjero en la sociedad donde vive, sin comunidad de experiencias con los otros, solo tiene la soledad como alternativa. Las visitas, los regalos, las llamadas telefónicas y demás muestras de afecto ayudan de alguna manera a soportar ese vacío existencial pero no son suficientes para llenarlo. Son solitarios en el interior de ellos mismos, siguen sintiéndose solos en medio de la gente que les rodea, e incluso durante las reuniones familiares, cuando los demás hablan entre sí de diferentes asuntos que ya no importan a las personas de edad avanzada (Laforest, 1991; Fericglia, 1992).

Sin embargo, el estudio de los diversos aspectos de los contactos sociales de los adultos mayores, despiertan serias dudas sobre las afirmaciones que generalizan la “soledad de la vejez”. De acuerdo con los resultados obtenidos, se concluye que es erróneo partir tanto de una “dependencia general” como de un “aislamiento general” de las personas de edad avanzada. Ello parece responder a una imagen muy difundida en nuestra sociedad, la cual parte de ideas estereotipadas que pueden haber surgido de la generalización de casos aislados. Como señala Tunstall (1966), en primer lugar hay que distinguir claramente entre “aislamiento” y “soledad”. Mientras que el concepto “aislamiento” se refiere al campo objetivo de los contactos sociales, el concepto de “soledad” alude más bien a las vivencias subjetivas de la estructura de las interacciones sociales. El sentimiento subjetivo de soledad no está determinado por la frecuencia objetiva de los contactos. Algunas personas se sienten solitarias, pero nunca aisladas, a juzgar por la cantidad y la índole de los contactos sociales comprobables objetivamente. Otras personas, en cambio, que desde un punto de vista objetivo, tienen relativamente pocos contactos sociales y que son consideradas desde fuera como seres aislados, no se sienten como personas solitarias. En otras palabras, uno puede estar aislado sin sentir soledad o puede tener numerosos contactos y sentirse terriblemente solo.

Motlis (1985) distingue tres tipos de personas de edad avanzada que con más frecuencia se encuentran solas o aisladas:

- Generalmente la mujer viuda o divorciada, cuyos hijos u otros familiares se encuentran geográficamente lejos de su lugar de origen. Su contacto con ellos es fortuito, ocasional. Su vida social es con el entorno comunitario.
- Generalmente la mujer soltera, viuda o divorciada, que debido a circunstancias de la vida, se ha quedado sin ningún pariente. Su vida social se basa en las relaciones con el entorno. Puede tratarse también de un matrimonio.
- Generalmente la mujer que no es apoyada por familiares debido a trastornos mentales o invalidez física. Se oponen a todo contacto con el medio ambiente que les rodea.

Según las investigaciones empíricas de Tunstall (1966), las mujeres se quejan más que los hombres de ser víctimas de la soledad (33.6% contra 19.3% respectivamente); las personas de 75 años o más se lamentan con mayor frecuencia que las de 65 a 74 años; las personas de peor salud, más que las que se encuentran físicamente bien (47% contra 19%); las viudas más que las que nunca se han casado. Se ha encontrado también otra relación entre el sentimiento de soledad, y el grado de inactividad y aburrimiento: aquellas personas que tienen una esfera de intereses reducida, una menor orientación hacia objetivos y hacia el futuro, que están descontentas y demuestran poca confianza en sí mismas, son las que más se quejan de la soledad.

Dependencia. La pérdida de personas significativas, las limitaciones en los roles sociales y la disminución de las redes de apoyo, provocan que el individuo quede reducido a los actos individuales en vez de las relaciones interpersonales, como una condición dada o como una característica de personalidad. Se considera la “necesidad de dependencia” como el fundamento de ciertas enfermedades de la vejez; es frecuente que no sea la enfermedad, sino el íntimo deseo de dependencia lo que hace que se busque al médico o la clínica (Kalish, 1996). Blenkner (1969) por su parte, se opone a considerar la dependencia como un estado patológico; lo estima más bien como un *derecho que se le reconoce a la persona de edad proveya en casi todas las sociedades.*

En relación con la dependencia de las personas ancianas distingue entre “dependencia económica” respecto a la generación que se ve incluida en el proceso laboral, “dependencia fisiológica” por modificación del aparato locomotor y de los órganos sensoriales, “dependencia psíquica y mental” por déficit de la memoria o pérdida de la capacidad de orientación, y “dependencia social” por pérdida de roles y aislamiento.

Los biólogos y gerontólogos sociales señalan que es natural que el anciano necesite ayuda y protección al disminuir sus recursos físicos. Afirman que ciertas dependencias están naturalmente asociadas a la vejez y que no hay nada de vergonzoso en la dependencia del anciano. *“La sociedad espera que nos comportemos como adultos. Así, fingimos ser adultos independientes gran parte del tiempo, mientras que en lo más profundo de nuestro corazón preferimos ser consentidos como niños. Esta presión puede ser más incesante en los hombres. En muchas culturas se considera poco viril mostrar sentimientos de duda, dolor o ternura y, desde luego, la abierta necesidad de ser amado o reconfortado. Cuanto más extremada es nuestra fijación en la independencia, tanto más nos amenaza la posibilidad de ser dependientes.”* (Kastenbaum, 1980: 73-74).

Inseguridad- . La sensación de seguridad es un factor clave en la existencia del anciano. Esta seguridad puede verse afectada de diferentes maneras, como el rechazo y la falta de apoyo. El percibir que ya no es útil y sentirse relegado a un segundo plano le causa una gran inseguridad. No obstante, la sensación de seguridad se derivará de su capacidad para controlar o influir significativamente en quienes viven a su alrededor. Cualquier indicio de que pueda perderse este control personal podría resultar alarmante. Cualquier cambio que ocurriera en la jerarquía familiar, podría hacer que la persona se sienta insegura (Kastenbaum, 1980). Para aquellos ancianos que a lo largo de su desarrollo han mantenido un buen control sobre gran parte de sus circunstancias vitales, puede ser más perjudicial el dejar de percibirlo, que en el caso de quien nunca tuvo tal control. Es el caso de aquellos ancianos que han estado acostumbrados a dirigir sus propias vidas, a llevar una vida independiente y a asumir responsabilidades y que por enfermedad invalidante o pérdida de alguna facultad, tienen de pronto, que depender de alguna otra persona. Sin embargo, cuando el anciano percibe una elevada posibilidad de control, pero que simultáneamente, conlleva un excesivo sentimiento de responsabilidad, puede resultar perjudicial, máxime cuando existe un elevado riesgo de equivocarse o implica para el anciano demasiado gasto de energías o esfuerzos (Rodin, 1986).

Kastembaum sostiene que para que la percepción de control sea efectiva no hay necesidad de que el control sea real o ejercitado, sino tan sólo que el individuo crea poseerlo.

Se han diferenciado distintos tipos de control, propuestos por Averill (1973), Miller (1979) y Thompson (1981):

- a) Control conductual, o la creencia de disponer de una respuesta concreta que puede modificar la situación;
- b) Control cognitivo, o suponer que se dispone de la capacidad para el procesamiento de la información con el fin de convertirla en accesible y menos estresante;
- c) Control decisional, o el pensar que se puede disponer de la oportunidad de elegir entre varias opciones de actuación, y
- d) Control retrospectivo, o el conjunto de creencias referentes a las causas de los sucesos pasados.

Parece claro que la percepción de control puede afectar tanto a la salud física como mental gracias a su influencia sobre la aparición y la resistencia al estrés, sobre su intervención en la determinación de las respuestas fisiológicas y también sobre su relación con las conductas relacionadas con la salud (Rodin, 1986). Pero también la percepción de control está asociada con los niveles de bienestar, con la probabilidad de modificar los patrones conductuales y también con las posibilidades de incrementar rendimientos en distintas áreas (Thompson y Spacapan, 1991).

La tendencia a la disminución en la percepción del control, en relación con la salud, podría estar motivada por diversas causas, de entre las cuales Rodin (1986) destaca tres:

- a) El incremento del número e intensidad de las experiencias sociales negativas (jubilación, muerte de seres queridos, etc.);
- b) El deterioro objetivo que, a niveles físicos, experimenta el anciano. Deterioro que le hace cuestionarse su propia eficacia y capacidad para resolver efectivamente las situaciones problemáticas en las que se encuentra, y
- c) El incremento en las relaciones con profesionales de la salud, que implican una relación de dependencia. Los ancianos tenderían entonces a preferir relaciones de cuidado en las cuales las responsabilidades fueran asumidas por el otro.

Para muchas personas la sensación de seguridad es básica y su ausencia puede ser causa de trastornos mayores. La seguridad puede ser percibida por los ancianos en diferentes formas, y las fuentes de seguridad pueden ser diversas, destacándose las siguientes: el afecto y apoyo constante de familiares y amigos, apoyo de su pareja, solvencia económica, los bienes materiales, la salud, el trabajo y las actividades independientes.

La senectud es, en la actualidad, primero, un destino social, y segundo, una modificación funcional u orgánica (Thomae, 1968). Por esa condición social, la vejez debe librar la batalla contra los estereotipos sociales. Tales estereotipos como se vio hablan de hábitos fijos, de rigidez de ideas, de enfermedades, de déficit económicos, de soledad, de alienación... Pero, en un tiempo no muy lejano estos estereotipos cambiarán hacia un sentido mucho más esperanzador, ya que su posición mejorará según se vuelvan más jóvenes, de cuerpo y mente, y las diferencias entre edades pierdan importancia durante toda la adultez (Neugarten, 1968).

Hoy se sabe que existen diversos modos de envejecer. Y también se sabe que los rasgos asignados no siempre son reales; por ejemplo, hay personas mayores que viven solas, pero que ya vivían así cuando eran jóvenes. Por tanto, hay que diferenciar los rasgos del envejecimiento con los rasgos mantenidos durante el ciclo vital.

Las metas del ser humano están en función de lo que es y a donde quiere llegar. En la vejez, se puede hablar de viejos con gran capacidad de reflexión, personas pacíficas, personas satisfechas, o por el contrario, personas infelices, sin control, personas que sufren su propia realidad física, de objetos, de personas queridas, incluso de personas que se encuentran ante la amenaza de su finitud personal (Rubio, 2003).

Estamos ante una sociedad que va envejeciendo paralelamente a los avances de la medicina, a un mejor nivel de vida, y a una mayor industrialización y avances tecnológicos, lo que resulta en una mayor longevidad y consecuentemente en un aumento de la población mayor, pero también en un aumento de la dependencia. Por tanto, cabe preguntar, ¿Hacia donde arrastran estos aumentos?. Neugarten considera que conducen hacia mayores niveles de

satisfacción vital, mayor permisividad social, mayor diversidad de estilos de vida, mayor libertad para desarrollar modelos idiosincrásicos, que permitan mayores niveles de satisfacción vital, y en última instancia, también al alargamiento de la vida, sin duda, uno de los capitales más preciados. Aunque el problema parece ser no tanto de cantidad como de calidad.

Se ha visto que uno de los caminos hacia la búsqueda de esa calidad implica un desarrollo equilibrado, de un proyecto personal, cuyo envoltorio está hecho de ilusión, y su contenido, de amor, trabajo y cultura (Rojas, E., citado en Yuste y col., 2004).

En última instancia, la felicidad estará encaminada a hacer algo que valga la pena con la propia existencia, según el proyecto personal.

Numerosos investigadores señalan que la última meta del envejecimiento con éxito es el bienestar psicológico o subjetivo, entendido como la satisfacción con la vida, el estado de ánimo, la felicidad, la congruencia y el afecto (Liang, 1984). En el mismo sentido, Neugarten, Havingurst y Tobin, (1961) señalan que el bienestar psicológico es satisfactorio si la persona:

- Disfruta con las actividades que realiza en su vida cotidiana.
- Encuentra que su vida ha sido significativa y la acepta.
- Experimenta que ha alcanzado sus metas principales.
- Logra un autoconcepto positivo.
- Mantiene una actitud optimista y un estado de ánimo feliz.

La *integración social* es otro factor clave en el envejecimiento con éxito. Esta integración según Yuste y cols. (2004), puede plantearse desde dos perspectivas diferentes:

- . La de un sujeto unido decisivamente a una realidad exterior llamada sociedad.
- . La de un proceso en que el sujeto instaura, construye en su interior, esa realidad que lo rodea.

Según este autor, ambas perspectivas son importantes, pero quizá lo sea aún más una tercera vía: el camino de la interacción dialéctica entre las otras dos. Es decir, la del sujeto que permite todo un proceso de socialización a través del cual adquiere una serie de habilidades sociales para ir ensamblándose en la sociedad hasta formar parte solidaria de ella, sin dejar por ello de erigir su propia identidad, basada en la percepción de su satisfacción personal.

Liébana (1993) concluye que se adaptan mejor a los cambios de la vejez quienes confían en sus capacidades, de manera que, incrementando la fe en las posibilidades propias y persiguiendo metas realistas, las personas de edad mejoran su autoestima, aumentando su nivel de actividad y tienden menos a la depresión.

Finalmente, lo que el individuo desea saber es cómo lograr el equilibrio entre identidad personal e integración social. Al respecto cabe mencionar lo expuesto por Yuste y cols. (2004) en el sentido de que el proceso de adaptación del ser humano al contexto implica una construcción y absorción mental de esa realidad de los demás y de los sistemas sociales. Pero adaptarse a la sociedad no acaba con el montaje de una buena teoría sobre relaciones interpersonales y sociales; implica, sobre todo, la producción de relaciones para integrarse, pero sin perder la individualidad. Es compaginar la autonomía individual con la convivencia civilizada. Y esa convivencia supone comprensión de la realidad en la que se vive inmerso, sin olvidar que las personas moldean los ambientes, y a su vez son moldeados por ellos.

CAPÍTULO 4. CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO

4.1 Definiciones:

El término *Calidad de Vida* se puede conceptualizar desde diferentes enfoques, como el médico, psicológico, sociológico, o económico; cada uno de ellos lo enfoca desde el terreno de su competencia.

La calidad de vida abarca diferentes fenómenos en diversas ramas de las ciencias; por tanto, el especialista que lo usa se ve obligado a dar una definición operativa, válida para sus propósitos, y si es posible definir también los indicadores en los que basa su definición; de lo contrario puede convertirse en un objetivo intangible de investigación por el gran número de factores que conforman su estructura.

Algunos autores señalan que el término *Calidad de Vida* inicia su desarrollo en las ciencias médicas, para expandirse posteriormente a la psicología y a la sociología, partiendo de términos como felicidad, bienestar, tranquilidad. A pesar de no existir una definición unánime y única del término, todas las definiciones se centran en la consecución de bienes materiales y de satisfacción, felicidad, bienestar y salud; es decir, tanto las medidas objetivas como las subjetivas de las personas. El término se desarrolló a través del tiempo, basado en otros conceptos bien establecidos, como: salud, bienestar, felicidad, satisfacción personal, hasta incluir en fechas recientes términos como derechos humanos, laborales, ciudadanos económicos y sociales.

A partir de la segunda guerra mundial, el término es asociado al desarrollo económico y social, encontrando mayor acomodo en el campo de la medicina. Pero en definitiva, hablar de calidad de vida es hablar de un concepto global y multidisciplinario que abarca una serie de conceptos relacionados. Patrick y Ericson (cit. en: Lozano y Martínez, 1998) sugirieron utilizar el término Calidad de Vida relacionado con la edad, conceptualizándolo como los niveles de bienestar y satisfacción asociados con los acontecimientos que una persona puede padecer como consecuencia de una enfermedad o su tratamiento.

Las investigaciones citadas en el capítulo 1 (Ramírez S. 2004, Baltasar N. 1999, Cepeda & González, 2002, García Z. 2002), hacen una amplia revisión sobre el tema de la calidad de vida, objeto de nuestro estudio. Se señala la importancia de la salud, el ejercicio físico, el envejecimiento armónico, el equilibrio mente-cuerpo, la nutrición, las actividades en el retiro, la auto-eficacia, los aspectos psicológicos; así como el empleo del tiempo libre, las redes de apoyo, y las actividades recreativas como argumentos esenciales de una buena calidad de vida. Un factor importante en la calidad de vida lo constituye las actitudes y actividades pre y post jubilatorias, las relaciones familiares, los grupos, la identidad, y otros factores relevantes que también serán analizadas en nuestro estudio.

A pesar de que el concepto *Calidad de Vida* no tiene una definición precisa que aclare totalmente y sin ambigüedades el alcance del término, existen actualmente una serie de aproximaciones que expresan la generalidad de los campos de acción involucrados.

Así, tenemos que la calidad de vida se concibe en dos enfoques principales:

- a) La parte *objetiva* entendida como la satisfacción y sentido de bienestar y salud, basada en la posesión de bienes materiales (el estado funcional del sujeto);
- b) La parte *subjetiva*, que se refiere a cómo la gente percibe su vida desde el punto de vista emocional, considerando factores como, seguridad social, relaciones familiares, ideales, metas y objetivos en la vida; es decir, la sensación de bienestar.

Aunque por desgracia, muchos basan su calidad de vida solamente en la satisfacción personal de bienes materiales, dejando de lado la parte subjetiva, tan importante o más que la primera.

La calidad de vida en los ancianos puede orientarse directamente en los siguientes aspectos: estado de salud, determinación de factores de riesgo, predicción de enfermedades, seguridad económica y material, protección social, satisfacción, bienestar y conservación de intereses.

La OMS define *Calidad de Vida* como: *la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto cultural y sistema de valores en los cuales vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses*. En Cambio Andreus y Witney (cit en: Caballo 1996) señalan que lo que define a la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino la evaluación que hace el individuo de dichas condiciones.

Levi y Anderson (1980), establecen que la *calidad de vida* es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada individuo, además de satisfacción, felicidad y recompensa. Dicha medida es un componente de la satisfacción en la vida, que incluye áreas como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación económica, educación, autoestima, creatividad, competitividad, pertenencia y confianza en otros.

La mayoría de los estudios sobre calidad de vida en ancianos se realizaba anteriormente con personas enfermas, lo cual limitaba el planteamiento de la calidad de vida como fenómeno, ya que solo observaban un aspecto, limitando el conocimiento de los otros factores que lo componen. Con el desarrollo de la psicología, sociología y gerontología, se han perfeccionado los conceptos e instrumentos sobre el tema. Actualmente se han realizado estudios sobre autonomía que ha permitido un acercamiento más completo a la evaluación de la calidad de vida en la tercera edad.

El concepto de autonomía describe de forma multifactorial la salud del anciano, pues no solo se refiere a los cambios físicos provocados por la enfermedad, sino que considera la actividad económica (laboral), desarrollo social, y servicios

de salud entre otros. Ello representa la ventaja de que su uso no se restringe a poblaciones enfermas, ya que puede utilizarse para la detección de factores de riesgo. Otro aspecto importante es el estado funcional; su medición permite entender el curso de la salud, considerando lo biológico, conductual y el medio ambiente (Quintero y González, 1997).

De los diversos estudios realizados, podemos citar el que llevaron a cabo Meziès y Boak (1994), el cual demostró que un pequeño grupo de estudiantes bien motivados, se identificó con los métodos interactivos enseñados, percibiendo una gran calidad de vida acorde a la calidad del programa.

También se ha estudiado la calidad de vida con respecto al trabajo, vivienda o escuela; en grupos específicos y edades; en enfermos, ancianos, niños, delincuentes, etc., todos ellos con resultados similares en cuanto a la influencia de variables definidas como buenas costumbres y hábitos de vida.

El bienestar, la salud y la enfermedad aparecen como una causa de la calidad de vida que perciben tanto la población como el individuo. La salud no sólo está relacionada con la prolongación de la vida, sino con el mantenimiento de su calidad, lo que implica un nuevo cuestionamiento en los problemas de salud y su consecuencia teórica y práctica en la calidad de vida. De acuerdo a Quintero y González (1997), la calidad de vida del anciano debe ser ajustada a su esperanza de vida, de lo contrario, ésta última se convertirá sólo en un incremento de la esperanza de incapacidad, la cual indiscutiblemente se observa más en edades avanzadas. La calidad de vida en los adultos mayores de acuerdo a este autor, debe centrarse en los siguientes aspectos:

- Estado de salud de la población anciana
- Determinar factores de riesgo
- Predecir discapacidades e incapacidades de este grupo de población
- Seguridad económica y material
- Protección social y familiar
- Participación y reconocimiento social
- Satisfacción, bienestar, mantener intereses.

La calidad de vida puede ser medida en diferentes formas, por ejemplo en términos de capacidades y limitaciones físicas individuales, síntomas de funcionamiento individual e intelectual, el trabajo y vida familiar, pero sobre todo en términos de bienestar y satisfacción general. Como se ha mencionado el término calidad de vida incluye componentes tanto objetivos como subjetivos, permitiendo que los primeros sean evaluados en forma tangible y los segundos basados en la percepción del sujeto. Uno de los criterios para medir la calidad de vida es la aptitud que posee una persona para

asumir los roles y actividades sociales en forma adecuada, así como tener en cuenta la capacidad intelectual de acuerdo a cada periodo de su vida.

De acuerdo a San Martín (1990), en la medición y representación de la calidad de vida se distinguen cuatro niveles:

- Elementos materiales necesarios en la vida del hombre
- Bienes y valores no materiales necesarios al desarrollo intelectual del individuo y la sociedad.
- Elementos que relacionen el bienestar individual y familiar con los sistemas sociales de producción de bienes y servicios culturales y materiales.
- Percepción de la calidad de vida tanto objetiva como subjetiva.

En cuanto a la *calidad de vida en los procesos sociales*, se hace a continuación una revisión general en el campo de la psicología comunitaria. Tal enfoque propuesto por Zimmermann, (1988) hace una revisión de la percepción del individuo y también de las organizaciones sociales a través de la participación ciudadana en los diferentes medio ambientes y situaciones cotidianas. En este sentido, el concepto calidad de vida es resumido por este autor en los siguientes puntos:

1. La idea de calidad de vida implica de manera determinante, la idea de *constancia en el medio ambiente* que nos rodea. El entorno deberá de manera razonable y estable, ser susceptible de sujetarse a los márgenes reales de adaptación dictados por un tipo determinado de cultura.
2. Otro factor determinante en la calidad de vida es la *riqueza ambiental*, por la cual se pueden definir índices de una apreciación cuantitativa de productos y servicios, así como la variedad y el fácil acceso a ellos.
3. En la formación de apreciaciones sobre la calidad de vida es importante también, la *idea de desvarar*; es decir, de reparar, de mantener, de recibir solución rápida ante los incidentes de los diferentes elementos materiales del medio ambiente, como la reparación de la energía eléctrica, el teléfono, la recolección de basura, servicios públicos, el transporte público, etc.

En consecuencia, la calidad del mantenimiento, constituye otro factor importante de la calidad de vida.

4. Otro factor a destacar en la calidad de vida es el aspecto *tiempo*. Tiempo libre, ocio, para la vagancia, la recreación, para la creatividad. En otro sentido, el tiempo también incide negativamente, como las esperas ante los servicios sociales, que son consideradas como pérdida de tiempo. El concepto de espera es uno de los más importantes cuando se tiene en cuenta la calidad de vida; esperar es volverse dependiente ante un hecho o ante un objetivo y lleva una cadena de percepciones y de sentimientos negativos.
5. *La red de interacciones sociales* es otra de las necesidades elementales del ser humano. La red debe ser lo suficientemente rica en el campo recreativo, laboral, político, religioso, amoroso, etc. Entre más compleja y más

variada sea la red disponible de interacciones dentro de un ambiente determinado, habrá más calidad de vida para el individuo.

6. *El control social* en el medio ambiente cotidiano se ha vuelto de gran trascendencia principalmente en las grandes ciudades debido a la inseguridad, la violencia y el crimen.
7. La *riqueza ambiental* como elemento de calidad de vida se refiere a fuentes de interacción social y a la tecnología de los medios masivos de comunicación; un ambiente interaccional permite un mayor numero de encuentros con otros individuos, grupos u organizaciones sociales, cuando se desea tenerlos. Por otro lado, tambien es necesario tener la posibilidad de evitar, de ignorar o de rechazar el contacto con determinado grupo de personas o grupos sociales, por cualquier razón.
8. *Fuentes de actividad cultural y estética* tales como: apreciar un paisaje, observar un monumento, entender un libro, disfrutar un espectáculo. La calidad de vida se relaciona con estos actos culturales disponibles, con el consumo que de ellos hacen los ciudadanos. Entre más actividades culturales disponibles, más alto el nivel de calidad de vida

Las mayores preocupaciones de los ancianos tienen que ver principalmente con su estado de salud; por lo que muchas de las investigaciones realizadas se han enfocado a ésta importante área, la cual se relaciona directamente con la calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud propone que: la salud es un estado de completo *bienestar* físico, mental y social, y no meramente ausencia de enfermedades o padecimientos físicos (OMS, 1999).

En una persona de edad avanzada, *bienestar* es el balance entre sus entornos internos y externos y sus procesos emocionales, espirituales, sociales, culturales y físicos que le permiten estar en su nivel óptimo de funcionamiento y lograr una existencia satisfactoria.

Bienestar, desde una perspectiva subjetiva se ha definido como satisfacción con la vida, felicidad, moral; conceptualizándose también como la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de criterios propios (Shin y Johnson, 1978).

El paradigma actual considera a la salud como el goce de un alto nivel de bienestar físico, mental y social. Este nuevo modelo implica una perspectiva positiva de la salud, que comprende el bienestar y el desarrollo humanos y la dimensión de calidad de vida. Los seres humanos no pueden clasificarse simplemente como sanos y enfermos, sino que el estado de salud es un proceso dinámico, que va desde un estado mínimo de salud hasta uno excelente. Otro tipo de salud a considerar es tambien, la salud psicológica o mental; ambos conceptos se fusionan en un nuevo concepto integral o

multidimensional de salud. Visto de esta manera el nuevo concepto se basa en un proceso complejo, ligado a factores psicosociales, económicos y culturales. En concordancia con este concepto de salud integral, puede definirse a la salud mental como el estado psicológico de bienestar percibido, acompañado por una sensación subjetiva de bienestar general y de satisfacción con la vida.

La geriatría considera que un anciano funcional es un anciano sano, y que la salud en los ancianos debe medirse en términos de conservación de la funcionalidad no en razón de los déficits.

Las ciencias médicas y de la salud están vinculadas con conceptos tales como: *salud, bienestar, estándar de vida, estilo de vida, nivel de vida, modo de vida, condiciones de vida*, lo cual integra una estructura conceptual de un enfoque biosocial de la salud, a la vez que su conocimiento permite estimar la calidad de vida. Por tanto, la calidad de vida debe estudiarse considerando tanto sus componentes objetivos como los subjetivos; siendo éste último aspecto donde más se requieren los resultados inmediatos, y la psicología es por definición la encargada de realizarlos.

El concepto *condiciones de vida* puede definirse como el contexto material, espiritual y de actitud en el que transcurre la vida de las personas; es un concepto globalizador, y generalmente se le relaciona con fenómenos económicos y sociológicos, pero su contenido puede extenderse hasta la individualidad psicológica y espiritual. Se puede decir que es el contexto modulador de la vida y la salud (Quintero y González, 1997).

Para Chávez (1994), el *nivel de vida* expresa el grado y condiciones de satisfacción de las necesidades individuales y colectivas que goza una persona, una familia, un grupo o una clase social. En cambio el término *estándar de vida* designa aspiraciones, esperanzas y anhelos, de acuerdo a las condiciones de vida que se consideran convenientes. Es decir, todo aquello que una persona quiere tener, y abarca todos los aspectos de la calidad de vida; aunque el uso popular ha convertido el término solamente en un indicador económico limitado. Chávez sostiene que “*el nivel de vida es una medida del flujo de bienestar, cuyas ventajas radican en que sus componentes miden con mayor efectividad el nivel de bienestar de la población, así como los niveles para la satisfacción de las necesidades, su valoración real, una medición de flujo y la pertinencia de los indicadores*” (Chávez, 1993: 28).

Por su parte, García y Lima (1985) consideran que el nivel de vida constituye la base material de la existencia cotidiana que permite satisfacer tanto las necesidades elementales (alimentación, vestido, vivienda) como las superiores como el trabajo, cultura, recreación.

García y Lima señalan que el *modo de vida* se relaciona en cierta forma con el modo de producción, atribuyéndole un elemento cualitativo. Lo describen como la forma en que los miembros de la sociedad utilizan y desarrollan las condiciones de vida. Se puede considerar entonces que el modo de vida se puede entender a través de las formas de actividad vital de los hombres, como el trabajo, actividades cotidianas, recreativas, aficiones, o actividades familiares. Por tanto, el concepto *modo de vida* que incluye tanto aspectos cuantitativos como cualitativos estrechamente relacionados, puede ser determinante en la calidad de vida dependiendo de cómo el individuo utilice y desarrolle sus condiciones vitales.

El *estilo de vida*, está directamente relacionado con la calidad de vida, ya que indica la forma de vivir o la manera como la gente se conduce en sus actividades diarias.

Roales, (1998, cit. en: Oblitas, 2004) expone que se pueden detectar tres aproximaciones al concepto *estilo de vida*: se le considera en primer lugar, de una forma genérica en el que se le conceptualiza como una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo, o bajo una mezcla de responsabilidad de éste y la administración pública, según el ámbito cultural.

Otros autores han propuesto la idea de dos estilos de vida:

- a) Estilo de vida saludable: sobriedad, no fumar, tomar alimentos saludables, abstinencia de alcohol, etc.
- b) Estilo de vida libre. Caracterizado por un comportamiento totalmente contrario al anterior: consumo de alcohol, tomar alimentos no saludables, y despreocupación por la apariencia física.

En este aspecto se destaca el trabajo realizado por la OMS cuyo objetivo principal es la promoción de estilos de vida saludables, tanto individual como colectivamente y de forma cotidiana, de tal forma que se propicie una mejor calidad de vida.

4.2 Envejecimiento exitoso:

El envejecimiento exitoso está necesariamente vinculado a los conceptos antes citados, y la adopción de estos permite estimar la calidad de vida de las personas.

Este tipo de envejecimiento significa envejecer de una manera satisfactoria, en donde cada individuo se sienta funcional y autónomo y que esto le pueda permitir llevar una vida independiente, llena de satisfacciones tanto físicas como sociales. El envejecimiento exitoso parece estar determinado no tanto por factores genéticos, sino predominantemente por la adopción de estilos de vida saludables como: ejercicio físico, nutrición adecuada, actividad cognoscitiva, actitud mental, relaciones afectivas, entre otras. Este envejecimiento se presenta cuando el proceso se da de manera natural; es decir, en ausencia de enfermedades. Siendo esta forma de envejecer la que permita alcanzar la máxima longevidad de

acuerdo a la constitución individual. Podemos considerar por tanto, que el envejecimiento exitoso va de la mano con la calidad de vida. Infortunadamente es poco frecuente que se dé esta sincronía en los adultos mayores, más bien ocurre lo contrario. Es común la falta de armonía entre el envejecimiento somático y el envejecimiento anímico. Por desgracia esta armonía suele ser difícil de lograr debido a la resistencia del sujeto a aceptar su realidad, mostrando en general una falta de adaptación.

Si por envejecimiento se entiende sólo los procesos de deterioro o declinar, entonces por definición, no puede haber un buen envejecer: todo envejecer es malo, indeseable, un mal absoluto comparable tan solo a la muerte, como afirman algunos.

Bajo este punto de vista, está claro que no hay vejez agradable y se comprende que la gente no la desea, prefiriendo incluso la muerte antes que llegar a viejo.

Por tanto, un buen envejecer solo parece posible cuando se da una conjunción entre los procesos de deterioro físico, los procesos generales del buen madurar y un buen desarrollo en etapas anteriores de la vida.

Al respecto Fierro, (1994) establece que la posibilidad de una vejez apetecible está inscrita en los anhelos más hondos e irrenunciables del ser humano, agregando que las características del buen envejecer difícilmente pueden postularse a partir de los procesos mismos del envejecimiento, más bien han de derivarse del “buen” madurar o bien adquirir la plenitud humana, sobre todo, en la adultez tardía.

Por tanto, las características del buen envejecer son: una personalidad sana y madura en la edad adulta, capacidad de comunicación, de amor, de trabajo y de goce, además de la disposición activa y creativa.

Según Ham-Chande (1996), las cualidades del buen envejecimiento son:

1. Baja incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas e incapacidades.
2. Altas tasas de funcionalidad física y mental.
3. Disponibilidad de recursos materiales e independencia en su manejo.
4. Inserción en la sociedad y familia que permita contactos e intercambios de ayuda material y apoyo emocional
5. Realización de actividades productivas y satisfactorias, no necesariamente remuneradas.

Debe señalarse que estas características no son independientes, sino que hay una interacción entre ellas, y por tanto debe considerarse en un enfoque integral.

En un análisis más pormenorizado Walker, et al. (1988) valoraron las seis dimensiones siguientes:

1. Autoactualización (tener sensación de objetivos, búsqueda de desarrollo personal, experimentar satisfacción)
2. Responsabilidad hacia la salud (educación sanitaria, búsqueda de ayuda profesional cuando es necesaria)
3. Ejercicio físico (adherencia a un patrón habitual de ejercicio físico)
4. Nutrición (establecimiento de un plan de comidas, selección de alimentos)
5. Soporte interpersonal (relaciones sociales próximas e íntimas).
6. Manejo del estrés (reconocimiento de las fuentes de estrés, conductas de control de estrés y relajación).

Represas J. (2001), recomienda los siguientes puntos como base de la salud, el bienestar y la longevidad:

1. La alimentación.
2. La nutrición.
3. El ejercicio físico
4. Amor, sexo y felicidad
5. La salud mental
6. La actividad creativa después de la jubilación

Por último citaremos al Dr. Letamendi un conocido médico español del siglo XIX, quien resume el buen envejecer de la siguiente manera:

*Vida honesta y arreglada;
usar de pocos remedios
y poner todos los medios
de no apurarse por nada*

*La comida moderada;
ejercicio y diversión;
salir al campo algún rato
y continua ocupación.*

La nutrición es un factor decisivo para el buen funcionamiento del organismo. Así como es muy importante en las primeras etapas de la vida, lo es también en la senescencia, debido a los cambios hormonales y enzimáticos producidos y a la nueva composición corporal. En la vejez disminuyen las secreciones gástricas afectando la digestión, disminuye la absorción de los nutrientes, y aumenta la cantidad de grasa corporal. Cuando el peso corporal no experimenta variaciones significa que hay un equilibrio entre la energía gastada y la que se incorpora con los alimentos.

Investigaciones formales y evidencias empíricas como la presentada por Represas J. (2001) señalan como claves en el buen envejecimiento los siguientes puntos:

- Seguir una dieta apropiada que incluya solo las grasas, sal y azúcar necesarias para el buen funcionamiento del organismo, pues una dieta inapropiada favorece el desarrollo de enfermedades y el envejecimiento prematuro. La obesidad está asociada a una expectativa de vida corta.
- Es necesario reducir el consumo de carne a no más de tres veces por semana y en combinaciones adecuadas; es decir, no consumir demasiados carbohidratos complejos.
- Adoptar hábitos alimenticios saludables que incluyan grandes cantidades de frutas frescas, jugos, verduras, cereales integrales y bajos en grasa saturada. Se puede perder peso, pero no energía.
- Tomar suficiente cantidad de agua (2-3 litros diarios) que elimina los desechos tóxicos y transporta los nutrientes hasta las células del organismo.
- Comer a la misma hora y estar tranquilo durante las comidas favorece la buena digestión.

Diversos investigadores han concluido que una ligera hipo-alimentación en aproximadamente un tercio del alimento ayuda a incrementar la duración de la vida de las personas, siempre que la dieta sea equilibrada.

El *envejecimiento activo* está relacionado con el *envejecimiento exitoso*, pues el envejecimiento activo permite optimizar las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objeto de ampliar las esperanzas de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez.

El término envejecimiento activo fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales de siglo XX con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de “envejecimiento saludable”, además de la mera atención sanitaria, que afectan el modo de envejecer los individuos y las poblaciones. Otras organizaciones internacionales también utilizan el término “envejecimiento activo” para expresar la idea de una implicación continua en actividades socialmente productivas en un trabajo gratificante. El término “activo” hace referencia a cuestiones sociales, económicas, espirituales, culturales, cívicas, y no sólo a la capacidad para estar físicamente activo. El envejecimiento activo ofrece la oportunidad de afrontar todos los retos de las personas y poblaciones que están envejeciendo. Permite además a las personas mayores mejorar al máximo sus posibilidades de autonomía, buena salud y productividad.

Si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, una vida más larga, debe ir acompañada de oportunidades continuas de autonomía y salud, productividad y protección.

4.3 Equilibrio cuerpo-mente

Tradicionalmente las culturas y filosofías orientales han ejercido gran influencia en el mundo occidental; el tema de la salud mental y física es un buen ejemplo de ello.

En las últimas décadas han aparecido gran cantidad de publicaciones que hablan sobre la importancia del equilibrio cuerpo-mente. Oímos estas expresiones en reportajes y anuncios publicitarios sobre la práctica de aeróbicos, las campañas anti-tabaco, y hasta anuncios que aconsejan consumir determinados productos y complementos alimenticios, en aras de un supuesto equilibrio físico y mental.

Se ha enfatizado tanto este principio, que parece irse perdiendo su esencia y fundamentos, dada la gran frivolidad con que se trata el tema. De ahí la necesidad de contar con la información mínima y suficiente que nos permita entender cómo se produce este equilibrio.

La forma de entender el cuerpo y la mente en las culturas orientales es muy distinta a como lo hacen en occidente. La creencia que predomina en los pueblos occidentales es que en las culturas orientales se da mayor relevancia al aspecto mental y espiritual por encima del cuerpo. Pero la realidad es que ellos visualizan estos tres elementos en el mismo nivel, incluso consideran que el cuerpo, la mente y el espíritu forman una unidad indisoluble. Más aún, consideran que el microcosmos que es el hombre forma parte del macrocosmos que es el universo, constituyendo un todo.

Ejemplo de ello son los fundamentos que rigen las prácticas de las diferentes disciplinas corporales, como el yoga, el tai-chi, las artes marciales, la meditación, etc.

Actualmente y a pesar de las constantes campañas y spots publicitarios, no existe en nuestro país –salvo contadas excepciones- la cultura de la actividad física y mental como medio de lograr una mejor calidad de vida. La mayoría de la gente parece no darle la debida importancia a pesar de las recomendaciones de los profesionales de la salud para fomentar el bienestar individual y familiar. Hace falta insistir más al respecto, buscando concienciar a la población de la trascendencia del autocuidado.

Binomio cerebro-mente: Para el Taoísmo y el Budismo no existe división entre cuerpo y mente, para estos el hombre es uno formando una unidad con el universo; no obstante, en la cultura occidental esa afirmación no es aceptada en forma unánime, estableciéndose que existen diferencias entre cuerpo y mente; cuerpo y espíritu; mente y cerebro. Aún cuando

el cerebro es muy complejo e interviene mucho en nuestra conducta, no deja de formar parte del organismo y por tanto lo percibimos como netamente materia, a diferencia de cómo percibimos la mente, la conciencia, el yo que piensa decide y comprende que es un elemento diferente, o por lo menos no físico.

Aún existen los debates entre cerebro y mente. Algunos sostienen que la mente no es un elemento separado, sino que puede explicarse por la función cerebral. Otros consideran que el cerebro y la mente guardan íntima relación, pero que las funciones del primero no pueden por sí solas explicar la mente. El debate continúa abierto, ya sea que consideremos que el hombre es uno e indivisible, ya que mente y cerebro son dos entidades claramente diferenciadas, o que la mente es una consecuencia directa de las funciones del cerebro, lo que queda claro es que existe una estrecha relación entre mente y cerebro, o entre mente y cuerpo.

Durante siglos el hombre no intentó analizar las bases estructurales de la mente, atribuyéndola a un origen sobrenatural. En cambio en los investigadores actuales es un tema central de la neurobiología el conocer la relación que existe entre el cerebro y la mente.

Las nuevas técnicas de investigación, aunadas a la fusión de las disciplinas que estudian el cerebro y el comportamiento humano como la neurología y la psicología cognitiva, el binomio cerebro-mente se ha podido estudiar de forma más accesible que en el pasado. Los nuevos métodos de investigación permiten visualizar y estudiar las actividades mentales como la percepción, la memoria, el control motor y la emoción.

Uno de los neurobiólogos más reconocidos del siglo XX ha investigado los procesos que tienen lugar en el cerebro durante la elaboración de las actividades cognitivas propias del fenómeno mente: *“La tríada fundamental de funciones superiores del cerebro está formada por la categorización perceptiva, la memoria y el aprendizaje. (A menudo lo más cómodo es estudiarlos por separado, pero no debemos olvidar que en realidad son aspectos inseparables de una única actividad mental.”* (Edelman, 1992, cit. en: Levi, 2003: 64).

La misma Levi, afirma que la mente como propiedad que emerge del cerebro no es más que el componente mediante el cual el enorme número de circuitos neuronales consigue formar en el hombre la conciencia superior que se manifiesta, esencialmente en la autoconciencia.

Lo que no queda claro aún es como se produce la conexión entre el cerebro, la mente y el comportamiento. Sin embargo, existen teorías que lo explican: Edelman por ejemplo introduce el concepto de mapas mentales y circuitos re-entrantes, afirmando que la generalización perceptiva no es estática sino dinámica, y depende de la orquestación activa e incesante de innumerables detalles, gracias al enorme número de conexiones entre los distintos mapas a través de cientos de miles de fibras. Esta infinidad de conexiones forman lo que Edelman denomina señales re-entrantes, que es

una comunicación continua entre los mapas. El cerebro realiza mapas de sus propios mapas, es decir, categoriza su propia actividad.

(Lowen, 1978, cit. en Calvo, 2001: 83) en su obra hace una referencia muy interesante sobre el concepto de interacción entre cuerpo y mente: *“El yo en relación con su cuerpo, es como un jinete y su caballo. Si el jinete impone su voluntad, logrará que el caballo haga todo lo que quiera, pero habrá sacrificado la armonía natural del animal. Si lo guía permitiéndole que le responda a sus propias sensaciones, caballo y jinete se unirán en movimientos graciosos y placenteros.”*

La base teórica de la relación mente-cuerpo es la concepción de organismo unitario, donde no se puede establecer una separación entre los aspectos físicos y mentales. *“El cuerpo humano es en su estado corriente, una unidad, un completo y total conjunto. Cada sensación, cada manifestación de fuerza, cada relación mutua del material de una parte está íntimamente relacionada con la sensación, fuerza, manifestación y relación mutua de todas las otras partes; ninguna de ellas sufre sin envolver a todo el resto en el sufrimiento y alteración.”* (Hanemann, 1980, citado en: Calvo, 2001: 128).

Las investigaciones realizadas sobre el cerebro y la mente del hombre son innovadoras y trascendentes en las ciencias contemporáneas. Devuelven al individuo un sentido y una participación en el mundo en que vive y permite, entre otras cosas, la capacidad de curar muchas disfunciones que se han creado inconscientemente y que él puede reequilibrar conscientemente mediante la atención. Darse cuenta de que en el propio cuerpo, y dentro de él el cerebro como órgano más complejo, hay una enorme capacidad de curación; es darse cuenta de que el individuo tiene claves fundamentales para acceder a la salud. Aunque para ello debe observar y entender el funcionamiento de la mente en relación con el organismo físico (Vicens, 1995).

Nuestra vulnerabilidad frente al estrés parece deberse más a la interpretación que hacemos de los acontecimientos que a su propia gravedad.

Al respecto, Pellentier (cit. en: Ferguson, 1983) señala que el cuerpo entiende literalmente y no puede distinguir entre una amenaza “real” y otra puramente imaginaria. Las preocupaciones y las expectativas negativas se traducen en enfermedades físicas, porque el cuerpo se siente en peligro, aunque la amenaza solo exista en la imaginación.

Según Ferguson, los estados de ánimo también afectan el sistema inmunológico.

En muchos momentos de nuestra vida, la mayoría de nosotros albergamos células malignas que no se convierten en un cáncer debido a la acción eficaz del sistema inmunológico con respecto a ellas. Entre los factores psicológicos implicados en el cáncer, el principal lo constituyen las emociones reprimidas. Las penas cuando no se manifiestan, pueden acarrear un mal funcionamiento patológico del sistema inmunitario. El cáncer por ejemplo, constituye un fracaso del sistema inmunológico. Se comprueba así, que las sensaciones psicológicas, las actitudes y las emociones, están enraizadas en el funcionamiento celular.

Capra, (1984) establece que: Desde el punto de vista de sistemas, la vida no es una sustancia o una fuerza, y la mente no es una entidad interactuando con la materia. Ambas, vida y mente, son manifestaciones de una misma estructura de propiedades sistémicas, o una estructura de relaciones dinámicas, tal como es descrita la materia en la física moderna.

No obstante, para que un individuo aspire a tener un equilibrio cuerpo-mente, antes debe cubrir una serie de necesidades básicas, como las que proponen los siguientes autores:

- Murray (1938): *afiliación, agresión, autonomía, ayuda, comprensión, defensa contra la humillación, dominación, educación, evitación del daño, exhibición, juego, logro, oposición, orden, receptividad, rechazo, sexo.*
- Fromm (1984): *afinidad, trascendencia, arraigo, identidad, marco orientativo.*
- Maslow (1976): *básicas (hambre, sed, sexo), psicológicas (seguridad, pertenencia, estimación y autoestima), metanecesidades (justicia, bondad, belleza, orden, unidad), o la combinación de ellas, de acuerdo a las características de personalidad, cultura, costumbres, región o país.*

La satisfacción de las necesidades de la especie humana es lo que condiciona la calidad de vida y esta es a su vez el fundamento concreto del concepto de bienestar social, el cual se usa para indicar la satisfacción global de los individuos y de la sociedad en su conjunto (San Martín, 1990).

Existen bases para creer que una vez conseguido el equilibrio cuerpo-mente, se tiene el camino abonado para estar en conexión con la naturaleza, el universo, o la divinidad según las creencias personales. En ese estado, según Calvo, (2001) la persona experimentaría sentimientos de tranquilidad y felicidad que no dependen de las circunstancias externas. Estaría preparado para aceptar las cosas buenas y malas de la vida y prevenido para las contingencias debido a su actitud positiva. Capaz de establecer relaciones personales profundas y duraderas. El trabajo y actividades cotidianas tendrían significado por sí mismas. La persona sentiría un profundo respeto y afecto tanto para sí mismo como para los

demás. Dedicaría el tiempo necesario para el descanso y el placer. Daría el valor necesario al presente, sin alimentar sentimientos negativos hacia el pasado y sin miedo al futuro. No temería a morir porque tendría una vida plena.

Sobre el mismo tema, este autor considera que:

Una de las principales causas de que se rompa el equilibrio es la poca atención que se pone al cuidado personal; por tanto, el restablecimiento de este equilibrio se logra cambiando la visión que se tiene de la salud, del entorno y de sí mismo. Es preciso tomar conciencia de la importancia de la salud. Poner atención a nuestra voz interna, para descubrir lo que está ocurriendo y modificarlo si es necesario. Señala también, la importancia de considerar los cambios ocurridos, tanto a nivel individual como colectivos. Para mantener el equilibrio, el ser humano debe adaptarse a esos cambios; pero cuando éste se resiste a ellos, puede enfermar debido a la resistencia y tensión física y emocional generada. Esta tensión acumulada va minando poco a poco las defensas del organismo, los desequilibrios van haciéndose cada vez más grandes hasta que sobreviene la enfermedad, la cual por lo general es una manifestación del desequilibrio psicofísico.

Desde el punto de vista de Calvo, el equilibrio perdido se restablece de la siguiente manera:

- a) Comprobar realmente nuestro estado actual, tanto en nuestras circunstancias internas como externas; es decir, que sintiéndonos bien con nosotros mismos, nos sintamos en armonía con lo que nos rodea. Esto no es tan fácil como podría pensarse, porque hay quienes les parece suficiente pensar que lo tienen y nunca se paran a comprobar si realmente lo sienten. Es muy fácil caer en el error de identificar que creer es lo mismo que sentir, porque nunca nos hemos planteado esa pregunta realmente en serio. Nos hemos conformado con un análisis superficial de nuestro estado.
- b) Localizar la insatisfacción, estableciendo claramente nuestras necesidades. Se puede recurrir al listado de necesidades básicas propuestas por Murray, Fromm, Maslow, o las necesidades que se determinen luego de un profundo auto-análisis.
- c) Practicar la relajación, que permite liberar tensiones y contracturas producidas por la sobrecarga emocional; reduce la tensión arterial, mejora la capacidad respiratoria y digestiva, además de incrementar la fuerza de voluntad y disminuir la agresividad; permite un mejor manejo de las emociones y obtener mayor seguridad en sí mismo.

Existen diversas técnicas de relajación, como las técnicas orientales, las técnicas occidentales donde destaca la relajación progresiva de Jacobson, relajación y tensión, relajación positiva, o las técnicas mixtas de relajación de Benson.

Otras técnicas para manejar la interacción cuerpo-mente son: el biofeedback y el entrenamiento autógeno de Shultz.

Respecto al proceso de cambio y la resistencia de los individuos a aceptarlo, muchos profesionales de la salud y del comportamiento humano se han ocupado de este proceso, estudiando el cambio en sí mismo y los factores que lo promueven. Según Erickson, (cit. en Watzlawick, 1986) Los objetivos de las psicoterapias no son para modificar el pasado, sino remediar una situación del presente y un deseo de mejorar el futuro. Ni el paciente, ni el terapeuta tienen claro en que dirección ha de producirse el cambio y en que magnitud debe producirse éste. Lo que es preciso es cambiar la situación actual y una vez establecido el cambio, por pequeño que sea, se requiere de otros cambios menores, produciendo un efecto en cascada que conduce a otros cambios más importantes, de acuerdo con las posibilidades del paciente. Es común encontrar a personas, familias o sistemas sociales inmersos en un problema de un modo persistente y repetitivo, que perdura a pesar de los esfuerzos realizados para mejorar la situación. Los involucrados no tienen la claridad suficiente para saber qué ocurre, y mucho menos saben qué hacer para cambiarla.

Todos nos hemos sentido encerrados en alguna ocasión en una especie de jaula y entonces daba lo mismo que intentásemos hallar la solución de un modo sereno y lógico o bien, lo cual es más frecuente, recorriendo frenéticamente círculos viciosos. Pero es tan solo dentro de la jaula que la solución se nos aparece como un sorprendente rayo de inspiración que está más allá de nuestro control (Watzlawick, 1986). Este autor afirma también que:

En la vida real, si bien ciertos problemas humanos pueden continuar a un nivel constante de gravedad, hay muchos que no permanecen igual durante mucho tiempo, sino que tienden a aumentar y acentuarse si no se alcanza ninguna solución o la solución alcanzada es errónea y sobre todo si se aplica *más* de la misma solución equivocada. Cuando esto sucede, la situación puede permanecer similar o idéntica desde el punto de vista estructural, pero la intensidad de la dificultad y del sufrimiento impuesto aumenta.

Watzlawick indica que existen básicamente tres modos de enfocar mal las dificultades:

- 1) Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad: *es preciso actuar, pero no se emprende tal acción.*
- 2) Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente: *se emprende una acción cuando no se debería emprender.*
- 3) Se comete un error de tipificación lógica y se establece un “juego sin fin” cuando se intenta un cambio en una situación que tan solo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior (algo que va más allá del sentido común): *la acción es emprendida a un nivel equivocado.*

Siendo el cambio un elemento tan generalizado y extendido de la existencia, cabría esperar que la naturaleza del cambio y los modos de realizarse fueran claramente comprendidos; pero esto no es así. No obstante, existen a la fecha gran cantidad de alternativas que se han puesto en práctica en el campo de la psicología para inducir el cambio, como la propuesta por Berne (1966), donde utiliza la propia resistencia del paciente para inducir el cambio propuesto. Berne señala que la resistencia al cambio puede transformarse en un importante vehículo de cambio. Esto puede realizarse reestructurando la resistencia como condición previa o incluso como un aspecto del cambio, el método elegido consiste en la técnica del judo de utilizar la resistencia del otro. La actitud de una persona puede ser influida de forma contraria a lo establecido por el sentido común y de la razón, planteando la solución del problema como un reto para el paciente. Siempre que el cambio se muestre lento en aparecer, el sentido común indica que es precisa alguna forma de estímulo o ánimo y quizás un pequeño empujón. De modo similar, cuando aparece el cambio, el mostrar optimismo y animar al sujeto parece que favorecería un mayor avance; por lo general esto no es así. Un cambio incipiente exige una técnica especial para su manejo y la indicación de ir despacio es la intervención paradójica de elección (Watzlawick, 1986).

Brickman y Campbel (1971) sugieren que aplicados al nivel de agrado que uno experimenta, los procesos de adaptación nos condenan a una especie de noria hedonística en la cual cuanto más placentera es nuestra situación actual, menos placentero puede ser nuestro futuro. Brickman y Campbel defienden que el grado en que nos gusta la situación actual de nuestra vida depende de varias clases de juicios comparativos, que incluyen *comparaciones sociales*, en las que comparamos nuestros logros con los de los demás, *comparaciones temporales*, en las que comparamos nuestros logros actuales con los que teníamos en el pasado, y *comparaciones espaciales*, en las que comparamos los logros en un aspecto de nuestras vidas con los que nos proporcionan otros aspectos (por ejemplo, el nivel de ingreso vs. nivel educativo). Por ello, para conocer si los individuos estarán contentos o disgustados con la situación de sus vidas, necesitamos saber con quienes se consideran a sí mismos comparables.

4.4 Actividad física y calidad de vida.

La actividad física es considerada uno de los requisitos más importantes para lograr una vejez gratificante. Las personas físicamente activas tienden a disfrutar un mejor estado de salud que las personas sedentarias. Presentan con menor frecuencia enfermedades crónicas degenerativas, tales como insuficiencia coronaria, diabetes, hipertensión y osteoporosis. Por otra parte, se ha sugerido que la actividad física tiene una influencia benéfica sobre la cognición (Périé y Jeandel, 1998), y que permitiría una mejor preservación de la memoria (Fabre y Préfaut, 1998). Los estudios hechos en el campo de la gerontología como los realizados por Préfaut y Massé-Biron, (1989) han concluido que un entrenamiento aeróbico aumenta las capacidades funcionales de las personas ancianas. Para los ancianos al igual que

para la mayoría de las personas sedentarias de mediana edad, caminar a paso vivo de una manera regular es un tipo de ejercicio apropiado y eficaz. Una actividad física regular permite disminuir la velocidad del declive de las capacidades funcionales ocurridas en el proceso de envejecimiento.

El deterioro funcional de los órganos del cuerpo humano, es muy similar a los efectos provocados por la falta de ejercicio. Así, tenemos que un joven físicamente inactivo parece mayor a su edad cronológica, y el viejo activo parece más joven.

Asimismo, investigaciones médicas han confirmado que una dosis de ejercicio adecuada a cada individuo, aumenta el bienestar psicofísico y mejora los resultados psicológicos relevantes de los individuos: el ejercicio físico fortalece el sistema muscular, aumenta la flexibilidad, entrena la coordinación y la rapidez psicomotriz y mejora la resistencia.

Sin embargo, es preciso mencionar que el ejercicio excesivo en las personas mayores, puede ser igual de nocivo que la inactividad. Por ello es necesario un minucioso examen médico antes de iniciar cualquier programa intenso de entrenamiento físico; especialmente cuando el ejercicio se realiza por primera vez tras una larga inactividad.

Si bien es cierto que el organismo asimila más los beneficios del ejercicio cuando lo realizamos al ser jóvenes, también lo es que en la edad adulta, los resultados son sorprendentes por los beneficios que otorga a cualquier edad

El ejercicio tiene efectos sobre el bienestar psíquico en relación con determinadas habilidades mentales, con el bienestar subjetivo y con las capacidades sociales y la autoestima, mejorando incluso la capacidad de memoria y aprendizaje.

Las actividades físicas contribuyen a realzar el estado subjetivo de salud, y motivan por lo tanto la activación en otras áreas del individuo.

Existen una gran variedad de deportes que fomentan las relaciones sociales, constituyéndose en elementos de cohesión y contacto entre la gente, mejoran la imagen y evitan los sentimientos de soledad durante la vejez. Además, los deportes pueden considerarse como factores organizativos del tiempo libre. No obstante, ha de clararse que el ejercicio debe ser administrado al nivel de exigencia y no crear frustraciones ni correr riesgos físicos innecesarios.

Es muy importante considerar que la clave para conservar un cuerpo joven, saludable y lleno de vitalidad en los 60, 70, 80 o más años es adoptar estilos de vida saludables, eliminar los hábitos y creencias erróneas y destructivas, así como las actitudes negativas de la vida, asumir la responsabilidad de la salud y el cuidado del cuerpo; adquirir información avalada por profesionales de la salud y el envejecimiento, y adoptar las acciones necesarias en nutrición, consumo de suplementos y uso de terapias científicas.

Nunca será suficiente insistir sobre la importancia del ejercicio físico y sus efectos benéficos que produce en el organismo humano.

Se sabe que un órgano que trabaja se mantiene en buen estado de funcionamiento y nutrición, y que se atrofiará más pronto en caso de permanecer inactivo. Esta premisa cobra mayor importancia en las personas de la tercera edad, debido a la reducción tanto del tamaño como de la capacidad funcional de la mayor parte del organismo humano. Por tanto, a la atrofia por desuso hay que añadir la producida por el envejecimiento. Queda claro pues, que si el ejercicio físico es necesario en todas las edades, en los ancianos lo es mucho más.

Sin embargo, en la tercera edad existen dos serios obstáculos que deben considerarse:

- a) Las afecciones osteomusculares que se dan con frecuencia en las personas de edad avanzada y que limitan el tipo de ejercicio;
- b) Las afecciones cardiorrespiratorias que limitan la intensidad del ejercicio; no obstante, tales limitaciones nunca pueden ser excusa para dejar de practicar el ejercicio físico, pues de otra forma, se creará un círculo vicioso: las limitaciones llevan a no hacer ejercicio y la falta de éste, aumenta las limitaciones.

Lo ideal será entonces, acomodar la actividad física a cada caso en particular, consiguiendo con ello, disminuir el avance de las limitaciones y mejorar el estado anímico del individuo.

Los efectos del ejercicio físico en los diferentes aparatos del cuerpo humano pueden resumirse de la siguiente forma:

- *Aparato osteomuscular:* es el aparato más implicado durante el ejercicio físico. Como sabemos, la masa muscular y ósea disminuye con la edad, pero ésta disminución es muy diferente en los sedentarios y en los que practican ejercicio.

Según Calvo (2000), En los sedentarios de 80 años, la masa muscular disminuye aproximadamente un 60% en comparación con un joven de 25 años; en cambio en los que han hecho ejercicio con regularidad la disminución es de un 30-40%. La fuerza muscular disminuye de forma paralela a la masa. El rendimiento muscular apenas sufre reducción en los individuos entrenados con respecto a los jóvenes. Estas diferencias morfológicas entre los sedentarios y entrenados, se traducen en que los primeros se cansan con gran facilidad y su fuerza es considerablemente reducida. La pérdida de la masa ósea en los sedentarios de 80 años es aproximadamente el doble que en los entrenados con cierta exigencia. De ahí el porqué en los sedentarios las fracturas óseas sean más frecuentes. Por otra parte, la práctica de diferentes formas de ejercicio físico mantiene la agilidad y los reflejos.

- *Aparato circulatorio:* la edad provoca una disminución de la frecuencia cardiaca máxima y una reducción del volumen ventricular, y sobre ambos fenómenos el ejercicio físico ejerce una influencia positiva. Es claro entonces que los entrenados pueden realizar ejercicios más intensos que los sedentarios, debido principalmente al mayor flujo sanguíneo. Otro efecto favorable del ejercicio físico es que reduce la arteriosclerosis y la ateromatosis es menos pronunciada, lo cual favorece la circulación en los diferentes órganos.
- *Aparato respiratorio:* el ejercicio físico amplía la capacidad ventilatoria pulmonar, permitiendo un mayor rendimiento muscular en los individuos entrenados. El volumen del aire residual aumenta con los años, por lo que la capacidad ventilatoria de los pulmones disminuye. Con el ejercicio muscular mejora la capacidad máxima de ventilación (volumen máximo respirado en un minuto). El ejercicio muscular no sólo favorece la respiración pulmonar, sino también la llamada respiración interna (la que tiene lugar entre la sangre y los tejidos). Además del efecto benéfico del ejercicio muscular en los aparatos osteomuscular, circulatorio y respiratorio, desarrolla también acciones que repercuten en todo el individuo.
- *Ejercicio y metabolismo:* el ejercicio físico disminuye el nivel de colesterol, triglicéridos y glucosa en la sangre. También mejora la resistencia a la acción dañina de la insulina, pero para que el efecto se realice, es necesario un ejercicio de cierta intensidad.
- *Ejercicio e inmunidad:* el ejercicio actúa sobre el sistema inmunitario dependiendo de la intensidad y duración de la actividad física realizada. El ejercicio intenso y de cierta duración produce un incremento de la inmunidad más intenso pero de menor duración que cuando el ejercicio es más prolongado y de menor intensidad.
- *Ejercicio y situación anímica:* el ejercicio mejora notablemente la disposición anímica. Tras el ejercicio se experimenta una cierta euforia, disminuye la tensión nerviosa y la ansiedad y se ven las cosas con más objetividad. El efecto eufórico se suele achacar a un aumento en la liberación de endorfinas por el hipotálamo. La disminución de la tensión nerviosa y ansiedad se producen, en parte por el olvido del problema que provocó la tensión durante el tiempo que dura el ejercicio; además es frecuente que produzca una cierta sensación de seguridad y confianza en sí mismo, siempre que el ejercicio se disfruta. Además el ejercicio facilita la interrelación con otros sujetos si el deporte se realiza en forma colectiva.

- *Ejercicio y morbilidad-mortalidad*: los sedentarios padecen con más frecuencia y de mayor gravedad que los entrenados, complicaciones tras operaciones a consecuencia de enfermedades. Powel y cols.(1987) realizaron una serie de estudios en los que constataron que una persona inactiva tiene un riesgo dos veces mayor de desarrollar una patología coronaria que un sujeto activo. Por otra parte, observaron también que el nivel de riesgo atribuido a la inactividad física es similar al de los otros tres riesgos primarios, es decir: hipertensión, exceso de colesterol y tabaquismo. Otra investigación realizada por Morris y cols.(1953) comparó el estado de salud de 30,000 conductores de autobús (sedentarios) con el de 20,000 revisores (activos). El estudio demostró que estos últimos sufrían menos cardiopatías que los primeros (1,5 veces menos). Un estudio complementario que comparaba esta vez la salud de carteros (activos) y taquilleros (sedentarios) confirmó el resultado del primer estudio.

Para que el ejercicio sea realmente efectivo, es necesario que reúna ciertas condiciones, especialmente cuando lo inician personas sedentarias:

- a) *Tipo de ejercicio*: debe adecuarse a la edad y a las posibilidades físicas de cada persona y previo examen médico, con pruebas de esfuerzo y exploración de la capacidad aeróbica. Si se busca eliminar realmente el estrés, conviene practicar algún deporte en forma competitiva.
- b) *Intensidad*: el ejercicio debe alcanzar un mínimo de exigencia para que sea efectivo. Así, tenemos que, si sólo se busca como medio de entretenimiento y mantener la relajación, se puede practicar la caminata o el trote ligero; con esto no ganará capacidad aeróbica, ni mejorará gran cosa la capacidad pulmonar, ni aumentará el gasto cardiaco. Pero si se desea incrementar estas capacidades, entonces es requerido un ejercicio que ponga en juego al menos el 60% de la capacidad aeróbica hasta un máximo del 75%. En un estudio realizado en un grupo de funcionarios británicos (Morris, 1990), se observó que sólo los sujetos que practicaban una actividad física relativamente intensa (deportes y juegos diversos, caminatas de más de 6 km/h o ciclismo regularmente) presentaban una tasa de isquemia cardiaca reducida casi a la mitad respecto a las de los sujetos sedentarios
- c) *Duración*: ésta dependerá de las condiciones de la persona y del tipo de ejercicio o deporte que se practique. Para los principiantes es aconsejable comenzar con 20 minutos e ir incrementando hasta los 60 minutos. En cuanto a la frecuencia, está comprobado que son suficientes dos veces por semana y el resto de los días practicar otros ejercicios menos exigentes.
- d) *Riesgos*: los riesgos al practicar algún ejercicio o deporte siempre están latentes, principalmente en los deportes grupales o de contacto, pero los riesgos no deben ser de gravedad –salvo en contadas ocasiones- si se toman las

debidas precauciones, como: revisiones médicas periódicas, calentamiento previo, alimentación, hidratación, descanso, reglas de juego, etc.

A manera de resumen del capítulo podemos decir que:

El término calidad de vida es un concepto muy amplio, que como hemos visto, abarca una gran cantidad de definiciones y aspectos diversos. La calidad de vida como objeto de estudio de las ciencias del comportamiento, está relacionada con el funcionamiento humano, como la salud y el desarrollo de habilidades sociales individuales y familiares. Por tanto, si las personas disfrutan de una buena calidad de vida, los aspectos psicológicos tendrán más probabilidades de funcionar mejor. La calidad de vida de una sociedad o grupo humano, es mejor mientras más adecuadas sean sus condiciones y capacidades para resolver satisfactoriamente (en cantidad y calidad) el conjunto de necesidades.

El concepto *calidad de vida* se manifiesta en su aspecto más general como una categoría socioeconómica y política, pues se sustenta en determinado desarrollo económico, cultural, jurídico, ético y un sistema de valores sociales que son los que permiten que la vida tenga o no la calidad que se pretende.

La calidad de vida está presente en los procesos de la sociedad, a través de la percepción del individuo y de las organizaciones sociales en el medio ambiente y sus actividades cotidianas, como la cultura, el tiempo libre, interacciones sociales, etc. La calidad de vida por tanto, debe ser valorada incluyendo las condiciones materiales y espirituales de vida, imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y social de las personas, hasta el grado de su satisfacción personal.

Conceptos tales como *nivel de vida*, *modo de vida*, *condiciones de vida*, *estándar de vida*, están estrechamente relacionados. Su conocimiento permite entender el entorno y estimar la calidad de vida de las personas. Ello abre la posibilidad de entender que la salud y el logro de una vejez saludable y feliz no se resuelven solamente en el terreno de la medicina; hay que mejorar también la calidad de las condiciones sociales.

La calidad de vida se asocia con factores del funcionamiento humano que son eminentemente psicológicos, tales como la salud mental de los individuos o de las familias, el éxito en la escuela, en el trabajo, las relaciones de pareja, la socialización, la realización personal, los estilos de vida saludables, etc. Consecuentemente, si las personas disfrutan de una mejor calidad de vida, otros aspectos psicológicos tendrán más probabilidades de funcionar mejor, ya que se encuentran relaciones muy cercanas entre la calidad de vida y los diversos aspectos del funcionamiento humano.

El buen funcionamiento físico y mental de un anciano tiene que ver con la manera en cómo percibe su calidad de vida. Por ello, el estudio de la calidad de vida en las personas de la tercera edad se torna prioritario, puesto que es en este

sector de la población donde se manifiestan con más fuerza los efectos y consecuencias negativas de una mala calidad de vida.

El equilibrio cuerpo-mente es otro factor fundamental para lograr la calidad de vida. Sin embargo, antes de intentar establecer este equilibrio, es preciso tener cubiertas las necesidades básicas y estar dispuesto a aceptar el proceso de cambio.

Las personas por lo general, desean mejorar su calidad de vida, pero, o no saben como hacerlo, o no siempre están dispuestas a realizar el esfuerzo que implica el cambio; es preciso vencer sus resistencias, de ahí la importancia de plantear sugerencias realistas y accesibles para todos. Se destacan principalmente, los efectos positivos del ejercicio físico en el organismo humano como vía de una mejor calidad de vida, lo cual es más significativo en los adultos mayores, pues son ellos quienes están más expuestos al deterioro físico y emocional. El ejercicio permite disminuir la velocidad de los efectos del envejecimiento, además de mantener la salud psíquica, las capacidades sociales y la autoestima.

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA

5.1 Planteamiento del problema

En la actualidad existe una gran cantidad de ancianos que sobreviven en malas condiciones de vida por causas que van desde económicas, sociales, culturales, hasta emocionales. En cualquier caso el resultado es el mismo: personas mal adaptadas a la realidad de su vejez, constituyéndose en muchos casos en una carga para su familia y para la sociedad. Afortunadamente también existen ancianos que viven de manera satisfactoria, porque su enfoque de la realidad es diferente o porque han sabido aprovechar sus capacidades y experiencias y su paso por las distintas etapas de su vida. Es de suponerse que estas personas llevan un ritmo de vida distinto que los distingue de los demás, y que su calidad de vida puede deberse a diversos factores internos y/o externos, los cuales constituyen el tema medular de la presente investigación.

El envejecimiento humano es un tema que interesa a toda la población. Por lo general la gente desea conocer cómo y por qué envejece, cuáles son las causas, pero sobre todo, cuáles son las principales consecuencias del envejecimiento y cómo podemos afrontarlo. Las teorías conocidas sobre el envejecimiento hacen una amplia revisión del tema y cada una lo explica desde su enfoque particular, ya sea desde el punto de vista biológico o el punto de vista social.

Los avances tecnológicos y la mejora sustancial de las condiciones de vida de las personas, han traído como consecuencia un incremento en las expectativas de vida de la población en general. Sin embargo, este incremento no siempre viene acompañado de una buena calidad de vida, ya que la gente vive más, pero no siempre vive mejor, a pesar de contar con mejores recursos; los ancianos siguen viviendo con enormes carencias de todo tipo. Sin embargo, hay quienes viven mejor, tienen buena calidad de vida, ¿por qué?, ¿qué los hace diferentes?.

Es importante conocer por qué se producen los cambios físicos durante la vejez, pero igual de importante es conocer los efectos psicológicos que se generan. De ahí que el interés de esta investigación esté enfocada en conocer las características y aptitudes de los ancianos para identificar las probables causas implicadas en su buena o mala calidad de vida, a través de la experiencia de dos participantes.

La pregunta que se intenta responder es: ¿están relacionadas las *actividades físicas*, los *aspectos psicológicos* y la *actividad laboral en la vejez* en la buena calidad de vida de los ancianos?.

5.2 Objetivo general:

A).- Identificar la relación que existe entre las *actividades físicas*, los *aspectos psicológicos*, y la *actividad laboral en la vejez* con la buena calidad de vida de los adultos mayores.

B).- Identificar cuales son los factores que los entrevistados consideran más importantes para tener una buena calidad de vida.

C).- Determinar las posibles diferencias entre los entrevistados con relación a la percepción que tienen sobre el envejecimiento y las causas de su calidad de vida.

5.3 Tipo de estudio:

El estudio es descriptivo, ya que como lo expresan Pick y López (1982), “*Cuando el investigador realiza este tipo de estudio, obtiene un mayor conocimiento del fenómeno en cuestión, pero sólo pretende describir las características más importantes del mismo en lo que respecta a su aparición, frecuencia y desarrollo, es decir, el investigador sólo quiere describir el fenómeno tal como se presenta en la realidad*”. (citado en Lambarri, 2001, p. 81)

5.4 Técnica:

Se utilizaron entrevistas abiertas en su modalidad de *entrevista en profundidad dirigida*.

Esta es una entrevista cualitativa de carácter holístico, en la que el objeto de investigación está constituido por la vida, experiencias, ideas, valores y estructuras simbólicas del entrevistado, donde se busca entender las implicaciones psicológicas del sujeto. Es decir, la entrevista en profundidad sirve para desvelar emociones, sentimientos y subjetividades.

Usualmente son consideradas entrevistas semiestructuradas, puesto que la conversación se focaliza alrededor de un tema en especial, pero se procura que el informante se sienta con la suficiente libertad y confianza como para encaminar la charla y estructurar su narración desde su perspectiva; utilizando sus propias palabras para expresar sus puntos de vista Patton, (1990, cit. en: Ito Sugiyama y Vargas Nuñez, 2005).

5.5 Muestra:

Usualmente, la selección se ajusta a lo que se conoce como estrategias de muestreo no probabilístico, pues se busca que sean teóricamente representativas de la población en estudio. En estos casos, un pequeño número de lugares o de informantes especialmente elegidos pueden arrojar información válida y generalizable (Hudelson, 1994).

Dado que la investigación tiene un carácter *cualitativo*, se analizaron las historias de dos personas (hombre y mujer) para seleccionar las características que pudieran ser representativas de este sector de la población en una localidad determinada; la selección se hizo bajo el siguiente criterio:

Ser mayores de 70 años, tener un buen estado de salud física y mental, y haber vivido en la ciudad de México la mayor parte de su vida (la salud física se respaldó con un comprobante médico reciente; la salud mental fue evaluada por observación del investigador durante las entrevistas). Se tomó la cifra límite de 70 años porque a esa edad la mayoría de las personas ya presentan serios problemas de salud, y encontrar personas sanas de esa edad refuerza la suposición de su buena calidad de vida. La evaluación mental consistió en la observación directa de aspectos fundamentales como son:

- *Apariencia:* (ligeramente encorvados, muy buen aseo y arreglo personal. Parecen más jóvenes de lo que realmente son).
- *Conducta psicomotora:* (sus movimientos en general son un tanto lentificados, pero no hay rigidez, son atentos y participativos, mantienen siempre la cabeza erguida).
- *Humor y afecto:* (ella emotiva y platicadora, él sereno y atento, ambos entusiastas y amables).
- *Pensamiento:* (Coherente y lúcido).
- *Sensorio y cognición:* (Presentan total lucidez mental, conciencia clara, bien orientados en espacio, tiempo y persona; con buena memoria remota y ligeras fallas en su memoria reciente, pero con la suficiente capacidad de atención y concentración).

5.6 Análisis de datos.

La técnica utilizada para el análisis de las entrevistas, fue el análisis de contenido:

“... técnica cuyo objetivo consiste en realizar inferencias con base en la identificación objetiva y sistemática de las características específicas de los mensajes” (Holsty, 1970)

“... el texto sometido a análisis de contenido no tiene iniciativas de respuesta, por tanto, el investigador mismo deberá especificar que elementos del texto van a constituir respuestas dentro de un esquema de estudio”, Ackermann, (citado en Lambarri R.A, 2001: p. 82).

Los datos encontrados en las entrevistas son relevantes para el investigador en la medida en que están relacionados con la teoría expuesta. El establecimiento de códigos permite clasificar el contenido de los enunciados y relacionarlos con el marco teórico. En las respuestas se buscaron significados más amplios y se analizan en función del contexto.

De acuerdo al tema en cuestión y tomando como base el marco teórico, se elaboraron las siguientes categorías:

- I. *Conceptualización de la vejez:* descripción de la misma, cuándo se es viejo, a qué edad empieza la vejez, qué significa ser viejo, opinión sobre otros viejos.

- II. *Cambios biológicos en la vejez*: percepción de los cambios en su propio organismo (cerebro, sistema sensorial, aparatos respiratorio, digestivo, urinario, locomotor, cardiovascular), causas y efectos de los cambios.
- III. *Aspectos psicológicos del envejecimiento*: cambios internos y cambios externos que afectan el envejecimiento, consecuencias de los cambios psicológicos. Grado de afectación, cambios internos y cambios externos.
- IV. *Calidad de vida y envejecimiento*: concepto de calidad de vida, envejecimiento exitoso, estilo de vida, actividades físicas, gustos, pasatiempos, aficiones, rutina habitual. Expectativas de vida mujer / hombre.

Se identificaron los conceptos críticos de todo el relato, por ejemplo, los eventos que dieron lugar a cambios importantes en la vida de estas personas, los acontecimientos sociales, políticos o económicos que modificaron el rumbo de su vida, o las experiencias traumáticas vividas. Las entrevistas fueron extensas y arrojaron gran cantidad de información; lo que aquí se presenta es un extracto de todas ellas, estructurado de acuerdo con las categorías propuestas.

La agrupación de los códigos en su correspondiente categoría, se ilustra de la siguiente manera:

- I. **Vejez** {
 - 1. definición
 - 2. inicio de la vejez
 - 3. opinión sobre otros viejos

- II. **Cambios biológicos** {
 - 4. manifestaciones físicas {
 - 4.1 envejecimiento cerebral
 - 4.2 envejecimiento sensorial
 - 4.3 aparato respiratorio
 - 4.4 aparato digestivo
 - 4.5 aparato urinario
 - 4.6 aparato locomotor
 - 4.7 aparato cardiovascular

- III. **Cambios psicológicos** {
 - 5. sensaciones / sentimientos
 - 6. cambios internos {
 - 6.1 personalidad
 - 6.2 inteligencia
 - 6.3 actitud
 - 6.4 emociones
 - 7.1 familia

- 7. cambios externos
 - 7.2 empleo
 - 7.3 jubilación
 - 7.4 roles
 - 7.5 duelos

- IV Calidad de vida**
- 9. conceptos calidad de vida / salud
 - 10. envejecimiento exitoso
 - 11. actividades habituales
 - 12. gustos, pasatiempos, aficiones
 - 13. expectativas de vida mujer / hombre

5.7 Procedimiento

- Se elaboró una guía de entrevista que pretendía explorar las cuatro categorías planteadas en la metodología (anexo-1).
- Se hizo una prueba piloto con un sujeto del sexo masculino aplicando la entrevista de acuerdo a la guía y efectuando las modificaciones correspondientes.
- Se realizaron las entrevistas utilizando grabadora en cada caso, previa autorización del entrevistado con un lapso de tres semanas entre una y otra persona (primero la mujer y después el varón).
- Se transcribieron textualmente las entrevistas.
- Se hizo el análisis cualitativo del contenido, reuniendo la información por código y por categoría.
- Se elaboraron cuadros sinópticos para cada una de las categorías, donde se vaciaron las respuestas de los entrevistados.
- Se elaboró el reporte final de resultados y conclusiones.

RESULTADOS

La presentación de los resultados se hace de la siguiente manera:

- 1.- Ficha de identificación de cada sujeto entrevistado.
- 2.- Presentación textual de los códigos, según lo expresado por los entrevistados, acompañado del correspondiente análisis cualitativo.
- 3.- Similitudes y diferencias entre los dos entrevistados.

1. Ficha de identificación.

Características generales de los entrevistados:

J

Edad: 82 años

Sexo: femenino

Escolaridad máxima: carrera comercial (secretaria).

Estado civil: viuda

Nivel socioeconómico: medio

Lugares de residencia: Orizaba, Veracruz y D. F.

Lugar de origen de los padres: Orizaba Veracruz

P

Edad: 94 años

Sexo: masculino

Escolaridad máxima: 8° semestre contaduría.

Estado civil: viudo

Nivel socioeconómico: medio

Lugares de residencia: México D. F. (toda su vida)

Lugar de origen de los padres: México D. F.

2.- Descripción textual por código y análisis cualitativo:

Historia personal: (infancia, juventud, vida adulta)

J

“Yo nací en Orizaba Veracruz, mis padres son de allá. Mi padre era muy estricto, pero muy trabajador, mi madre era una buena persona, yo siempre fui una niña muy sana, mi padre nos cuidaba mucho y nos protegía. La infancia la pasé bien, puede decirse que no fui muy feliz, pero tampoco desgraciada, nunca me faltó nada, ahí íbamos como mi padre nos marcaba el paso. A veces nos llevaban a pasear en familia de día de campo, los sábados cuando él llegaba de trabajar, mi mamá ya nos tenía que tener muy cambiaditas. Éramos nada más dos hermanos, mi hermana y yo, comíamos a la una y media, era una vida muy monótona. Ahí aprendí a tejer, porque la fuente de trabajo era la fábrica de hilados y Tejidos de Rio Blanco, en esa fábrica mi papá era obrero, una de las hijas del dueño nos iba a dar clases de tejido de agujas y nos cobraba 20 centavos. Recuerdo que yo tenía mis muestrarios y mi casa de muñecas.

En la adolescencia ya estaba yo aquí en el D. F., me vine como a los 12 o 13 años, como éramos pobres nos vinimos a vivir a la casa de unas tías, primas hermanas de mi mamá, ellas estaban muy bien económicamente, aquí estudié para secretaria, mis tías me ayudaron. Entré a trabajar a los 17 o 18 años como secretaria. Yo viví en mi juventud la época bonita del México de 1940-43, era una época de mucho respeto, mi marido me tuvo que rogar un año completo antes de casarnos. La vida con mis tías era buena a pesar de que me insistían en que me volviera yo religiosa como ellas. Siempre viví por el rumbo de Tacubaya, no era yo fiestera, mis padres no me lo permitían. Antes de casarme tuve un novio al que quise mucho, pero se tuvo que ir a trabajar a Tijuana y me pedía que me fuera con él, ¡por supuesto que no acepté!. Cuando regresó, ya estaba yo casada.

Ocho meses más tarde me case con el hombre que me había rogado todo un año, me casé muy enamorada, lo que no sabía era que éste condenado se vengaría de mí como no tiene usted una idea. Mi marido era muy trabajador, yo lo admiré y lo ayudé mucho, tuvimos una época de bonanza económica: carros nuevos, viajes, cuenta en el banco, vacaciones, muebles nuevos, hasta mi piano me compró. Pero de pronto todo se acabó. Ya no éramos felices, me

engañaba con otras mujeres, primero muy sutilmente, después en forma descarada, peleábamos mucho, lo siento mucho por mis hijos que son quienes pagaron las consecuencias. Finalmente tomé la determinación de ir a la delegación a demandar el divorcio, no se imagina como me arrepentí, me acostaba en el suelo de esta casa con mis hijos, con todas las incomodidades, después de tenerlo todo, eso fue lo peor que me pasó. El ya se murió con mucho dinero, ahora debe estar en el infierno junto con su madre que le servía de tapadera. Con el dinero que me tocó hice ésta casa y puse el negocio que conservo hasta la fecha, -a pesar de que mis hijos me insisten en que ya lo deje y que descanse-.

A mis hijos les afectó mucho la separación: mi hijo el grande ya no quería estudiar, mi hija decía que nunca se iba a casar, mi tercer hijo le dio por andar en bicicleta, queriendo matar a la gente, quería matar a su padre por lo que le hizo, nunca pude convencerlo de que siguiera estudiando, a pesar de que le faltaba poco para terminar la carrera de ingeniero. Mi hijo el grande si se graduó de licenciado en administración. Mi hija se casó y le ha ido muy bien. Actualmente sigo abriendo mi negocio, a pesar de que mis hijos ya no quieren que trabaje, ellos me dan lo necesario para vivir, pero yo tengo que hacer algo, no puedo estar quieta, ¡no puedo, me choca, me aburre!”.

-.-.-

Su niñez fue sana, típica de una familia provinciana de medianos recursos. Con los suficientes elementos de atención y cuidado por parte de sus padres. Mucho de lo vivido en sus primeros años fue fundamental en su desarrollo posterior, destacándose principalmente el carácter firme de su padre cuya disciplina férrea tuvo gran repercusión en su vida adulta.

El cambio de domicilio a la ciudad de México se dio en una etapa crucial de su vida, la adolescencia. Traía la fuerza y el ímpetu características de esta etapa; esto, aunado a sus características de personalidad, más el apoyo familiar, le permitieron abrirse paso en un ambiente al que no estaba acostumbrada. Esta etapa transcurrió de manera natural con pocos eventos relevantes que contar, excepto por la experiencia de estar cerca de convertirse en monja a petición de sus tías, que ella rechazó.

En cambio la etapa adulta se constituyó en una verdadera prueba y un reto a vencer. Logró formar una familia propia cuando consideró que estaba lista para ello, el matrimonio era sólido y de bases firmes, destacándose incluso por el éxito económico basado en una excelente administración y deseos de progreso. Infortunadamente todo se vino abajo, el amor se acabó y el matrimonio se desintegró, dejando un daño difícil de reparar tanto en ella como en sus tres hijos. El lado positivo es que de ésta experiencia y después de mucho sufrimiento, ella salió fortalecida y emergió con renovados bríos, apoyada por familiares directos y sobre todo por el gran amor a sus hijos. Su recompensa fue la satisfacción de haber sacado adelante a sus hijos elevándolos hasta el nivel que ellos lo permitieron.

Su negocio que fue el principal sostén económico en su momento, se ha convertido en un apoyo psicológico más que económico.

La familia se ha dispersado geográficamente, pero conserva los lazos morales que los ha caracterizado y que se han fortalecido a medida que **J** envejece.

P

“Tuve un origen muy humilde, mi padre falleció a los 33 años, cuando yo tenía 2 o 3 años de edad, por lo que no puedo decir mucho de él, sólo recuerdo que mi madre me decía que era un hombre muy fuerte y muy sano, sólo lo conocí en retratos, murió en un accidente automovilístico. Mi madre murió a los 43 años de una infección hepática propia de la época donde había carencias de servicios médicos. La gente se moría de enfermedades comunes como hepatitis o apendicitis, o por falta de atención médica oportuna. Mis primeros años fueron de carencias económicas, éramos muy, muy pobres.

Fui un niño de pocos amiguitos, más bien era solitario, apartado de los demás. Mi madre se volvió a casar, fueron tiempos difíciles al principio. Pero a los 8 o 9 años me transformé en un niño muy juguetón, participando en todos los juegos de esa época con otros amiguitos, era un niño feliz, gracias al apoyo incondicional de mi madre que se desvivía para darme todo lo que necesitaba.

Mi adolescencia fue normal, iba a la escuela, tenía muy buenos amigos, me gustaban las muchachas, me juntaba incluso con personas mayores que yo (18 – 19 años). Siempre viví en el D. F., sólo cambiaba de colonia o de barrio, había muchas cosas en que ocuparse y en que divertirse. En mi juventud practiqué mucho el deporte: a los 16 años gané un torneo de boxeo de aficionados, pero sentí que esa no era mi vocación y para tranquilidad de mi madre, terminé practicando la natación. Posteriormente practiqué algún otro deporte, pero nada formal.

A los 19 años me casé por primera vez, muy enamorado de mi esposa, ella era lo mejor que me había pasado, hicimos una vida juntos y tuvimos un hijo; yo era feliz, hasta que sufrí el peor desengaño de mi vida: mi mujer me engañó con otro hombre, me hizo un daño terrible, muy difícil de superar, aunque no nos divorciamos y la perdoné, la vida ya no fue igual, así vivimos hasta la muerte de ella.

Años más tarde me volví a casar a la edad de 42 años con una mujer más joven que yo, esta mujer, quien lo iba a decir, terminó siendo el gran amor de mi vida. Ella era una persona muy buena y con muchos valores, me entendí muy bien con ella, tuvimos tres hijos excelentes. Puedo decir que fui muy feliz con ambas, pero si tuviera que elegir a una, me quedaría con la segunda, por su juventud y grandes cualidades. Con frecuencia voy al panteón a dejarle sus flores.

Estudié hasta el 8° semestre de la carrera de contaduría en la UNAM. Mi vida en el aspecto laboral fue muy buena, logré destacar en mis empleos y mi trabajo de vendedor me trajo muchas satisfacciones, aunque debo reconocer que en aquel tiempo había mucha inestabilidad política y de malos gobiernos que pisoteaban los derechos del pueblo, no se respetaban las garantías individuales, los gobierno eran corruptos. Pero a pesar de ello siempre había empleo, la situación económica del país no era mala, solo que estaba mal repartida y había muchos pobres; incluso me tocó vivir cierta bonanza económica que se dio después de la post-guerra (segunda guerra mundial). En la actualidad llevo una vida tranquila, sólo tengo que cuidarme y estar pendiente de mis chequeos médicos”.

-.-.-

Ha vivido toda su vida en la capital del país, es originario de un barrio del centro de la ciudad, la parte que recuerda de su infancia temprana está marcada por una extrema pobreza, soledad y melancolía, producida probablemente por la muerte de su padre cuando P tenía a lo sumo tres años de edad. Sin embargo, su ingreso a la escuela lo transformó en un niño contento y feliz, estatus que ya nunca perdió, y que incluso fortaleció al pasar de los años. Su madre fue la principal artífice de su formación, fue ella quien le inculcó los valores que tanto defiende.

Su adolescencia fue la normal para un joven de ciudad: amigos, novias, diversión, escuela. Esta etapa realmente la disfrutó, fue un deportista nato en su juventud, destacándose en boxeo y natación, ello le dio una gran capacidad física y popularidad. Su preparación académica (8° semestre de la carrera de contaduría) le permitió acceder a mejores oportunidades de empleo, ya que si bien no terminó la carrera, su nivel de estudios era bueno para su época.

En su vida de casado se distinguen claramente dos etapas: la primera cuando se casó enamorado e ilusionado a los 19 años con la mujer que consideraba el amor de su vida, de este matrimonio nace su primer hijo; fueron años felices, que sin embargo, se vieron ensombrecidos por la desilusión y el desengaño. El engaño de su mujer le afectó profundamente y a pesar de que no hubo divorcio, no se sabe si realmente logró superarlo.

La segunda, cuando se casó nuevamente a la edad de 42 años con una mujer más joven que él. Este matrimonio fue todo lo contrario, se identificó plenamente con la mujer que sería su compañera y madre de tres hijos, permanecieron unidos hasta la muerte (de ella). Este sí fue el amor de su vida, no tiene empacho en decirlo; aún le lleva flores a su tumba después de 10 años de su muerte.

Su trabajo de vendedor le dejó grandes satisfacciones y le trae excelentes recuerdo (viajes, convenciones, premios). Su jubilación hace 30 años no le impidió seguir trabajando en una nueva empresa donde es actualmente el representante legal de la misma. Su vida ahora es tranquila y está en paz consigo mismo y con los demás.

Percepción e inicio de la vejez

Cada uno de los entrevistados define a su manera lo que entiende por vejez y cuando se inicia, ambos concuerdan en que es la última etapa de la vida, donde las facultades físicas disminuyen notablemente y ya no se puede hacer lo que se hacía antes. Surgen los achaques y las dolencias, además de sentimientos de minusvalía y a veces desilusión y nostalgia; pero también creen que cada persona envejece de diferente manera, pero no saben explicar las causas.

J

“Es cuando uno ya no puede hacer lo que hacía antes, el cuerpo se cansa, se deteriora. Yo nunca me cansaba, ahora ya me canso más, ya no soy la de antes, ahora me da por dormir, soy muy nerviosa, me cuesta trabajo hacer las cosas, soy lenta y debo tener mucho cuidado en subir y bajar escaleras, no soy muy ágil, me tengo que agarrar de aquí y de allá, pero eso es lo único que tengo, nada de enfermedades. No se porque muchos señores que no son tan viejos, se ven tan mal físicamente.

Yo creo que a los 70 años es cuando una persona empieza a sentirse vieja, como en mi caso, recuerdo que hace 5 o 6 años yo me sentía muy bien, pero ahora ya me canso más; pero yo le sigo echando ganas hasta que el cuerpo aguante. Porque yo me siento vieja, pero todavía quiero vivir, quiero seguir dando lata, yo creo que la gente puede vivir más, pero no se cuida”.

-.-.-

Aún cuando reconoce sus propias limitaciones, no se siente mal por ello, sólo tiene que ser más precavida; aún tiene la suficiente fuerza y motivación para seguir adelante. Lo anterior está basado en su experiencia personal, y no se explica cómo es que hay personas que se sienten viejas y con pocos ánimos de vivir, cuando aún son jóvenes.

Su organismo se encuentra en muy buenas condiciones de salud, nunca ha tenido enfermedades graves ni ha sido internada; al momento de la entrevista se sentía perfectamente. Recientemente le practicaron un chequeo médico general que confirma su buen estado físico, acude con frecuencia a la medicina naturista. *“A mi nunca me han operado más que de las várices, nada más. Nunca me verá que yo tome medicinas, siempre he sido muy sana, yo sólo tomo vitaminas”.*

Se mantiene en constante actividad tanto dentro como fuera de su casa, ha formado por ello un hábito y una forma de vida. Prefiere hacer las cosas por sí misma, no quiere depender de los demás.

Supone que a los 70 años es cuando una persona empieza a sentirse vieja, pero esto no significa el fin de la vida, la gente puede vivir mucho tiempo más, dependiendo de cómo se cuiden.

P

“Al envejecer la gente se vuelve más lenta, más achacosa, a veces más inútil, yo he tenido que sobreponerme a eso; antes arreglaba cosas de la casa: la luz, la televisión, el coche, era más ágil y podía hacer cualquier cosa, pero ahora ya no. Pero no me quejo, yo sé que así tiene que ser.

Los gobiernos han puesto la edad de 60-65 años como inicio de la vejez, pero yo creo que a esa edad la gente es muy joven todavía y puede seguir trabajando; yo a esa edad me sentía en excelentes condiciones físicas. Muchas personas se sienten viejas después de los 65 años, algunas incluso antes. Yo tengo más de 30 años de jubilado, pero nunca he dejado de trabajar, actualmente tengo un empleo que me permite sostener decorosamente a mi familia, soy representante legal de la empresa. Por eso creo que la vejez es algo relativo y depende de cada persona”.

-.-.-

Reconoce las limitaciones que produce la edad, pero él se siente fuerte y con el suficiente entusiasmo de seguir adelante, a pesar de que ya no puede hacer lo que antes hacía.

Cree que a los 65 años muchos se sienten demasiado viejos, él no está de acuerdo y prefiere pensar que aún tiene la suficiente capacidad para enfrentarse a la vida. Afirma que independientemente de la edad que establezcan los gobiernos, es la persona misma quien debe señalar cuando es viejo, dependiendo de cómo se sienta y cómo haya llevado su propia existencia; de ahí que piense que la jubilación a los 60-65 años es un error. Su mayor orgullo es seguir trabajando en forma ininterrumpida después de haberse jubilado: “yo tengo más de 30 años de jubilado, pero nunca he dejado de trabajar”. Se siente muy bien a su edad y está orgulloso de ser productivo.

Percepción que se tiene de otros viejos

J

“Los viejos en México están muy mal, pero yo creo que se debe a una cuestión cultural, (...) fijese que cuando yo abrí la tienda (en 1967), pasaban unas señoras como de mi edad con sus niños, pero éramos iguales; pues ahora las veo y son unas viejitas con su bastón, pasan a recoger sus cosas que les regalan en el dispensario de la iglesia. Yo les digo a mis amigas: yo tengo la misma edad de esas señoras, ¡pero yo no estoy así!. Dicen que un pueblo culto es un pueblo libre, y es cierto, porque una persona que tiene poca cultura es fácil presa del más listo”.

-.-.-

Afirma que los viejos en México están en mal estado, debido primordialmente a su situación cultural, siente que ella se ha conservado mejor que otros debido a las diversas actividades que ha desarrollado, eso le satisface, y asegura que los viejos estarían mejor si fueran más cultos. Los ve cansados, tristes y muy dependientes de los demás, su actividad comercial le permite evaluar la apariencia y aspecto de las personas con quienes trata y compararse con ellos, le halaga

sobremano que en la comparación ella sale ganando. *“Cuando yo abrí la tienda en 1967, pasaban unas señoras como de mi edad con sus niños, pero éramos iguales; pues ahora las veo y son unas viejitas con su bastón, pasan a recoger sus cosas que les dan en el dispensario de la iglesia, yo tengo la misma edad que esas señoras, ¡pero yo no estoy así!”*.

P

“La mayoría de los ancianos que he conocido se ven muy mal de salud, no parecen disfrutar la vida, se les ve tristes y débiles. No creo que tengan buena calidad de vida, es muy difícil saber por que están así, pero creo que es porque no han sido buenos padres, o les ha faltado educación, o tienen vicios que no les permite vivir bien. Me da pena decirlo, pero veo que otras personas no están como yo, otros con menos edad ya tienen muchos problemas de salud, se ven muy mal físicamente, es lamentable”.

-.-.-

Indica que los viejos en México no tienen una buena calidad de vida, los ve en muy mal estado de salud, los ve tristes y débiles, no sabe precisar cual es la causa, pero supone que influyen varios factores, como el aspecto cultural, la actitud mental, la actividad física, entre otras; incluso considera que pueden influir aspectos relacionados con la irresponsabilidad en el matrimonio y con los hijos, o con los vicios que no les permite vivir bien. Expresa su satisfacción por estar en mejor condición que otros más jóvenes que él, se siente superior a ellos. *“Me da pena decirlo, pero veo que otras personas no están como yo, otros con menos edad ya tienen muchos problemas de salud, se ven muy mal físicamente, es lamentable”*.

Percepción del propio envejecimiento:

(cerebral, sensorial, respiratorio, digestivo, urinario, locomotor, cardiovascular).

J

“Ahora me falla la memoria, yo no estudié mucho, pero ahora se me olvidan las cosas y me cuesta trabajo concentrarme, a veces siento que “se me va la onda”, pero no me explico cómo es que me acuerdo de lo que pasó hace mucho tiempo. Pero ahora de pronto me siento despistada y pierdo el hilo de la conversación, a veces siento que ahora si ya estoy “chocheando”; me falla el equilibrio, soy muy nerviosa, soy lenta para hacer las cosas.

Yo nunca me cansaba, ahora ya me canso más, ya no soy la de antes, ahora me da por dormir, soy muy nerviosa; pero que diga yo, tengo una hernia o algo, no, fuera de eso estoy bien. Yo sé que debo tener más cuidado al bajar y subir escaleras, que me tengo que agarrar de aquí y de allá, pero eso es lo único que tengo, nada de enfermedades (...) Yo no tengo sirvienta, me gusta hacer el quehacer yo misma, no me gusta como me lo hacen, me dicen mis hijos que soy una ideática, pero no quiero que nadie más lo haga, las muchachas de ahora no saben trabajar. A mi me gusta que todo esté

limpio desde la entrada hasta el último rincón de la casa, como dice mi hermana, desde la calle se ve quien vive dentro de la casa. Siempre he sido muy activa, no me gusta estar quieta, en mi negocio quisiera vender más, pero a veces no hay clientela, no me gusta estar cruzada de brazos. Mis hijos me dicen que deje ese negocio, que mientras ellos vivan no me faltará nada, pero yo necesito hacer algo, siento que si dejo de trabajar, me muero más pronto.

En mayo pasado me fui a Querétaro a pasar unos días con mi hija y mis nietos, en una salida a comer me sentí muy rara, me dolía la cabeza, empecé a sudar, pero el clima no era frío, me preguntaba ¿qué me pasa?, hasta que mi yerno me vio y se alarmó, tenía yo fiebre, rápidamente mandaron traer al médico a la casa. El mediquillo de cuarta me revisó de todo a todo, me checo la presión arterial, los pulmones, todo, sólo para que me dijera que tenía una fuerte gripa y que debía descansar, me inyectó y me recomendó reposo. ¡me volvió a dar gripa después de muchos años que no me daba!. A mi nunca me han operado más que de las várices, nada más. Nunca me verá que yo tome medicinas, siempre he sido muy sana, ya ve que muchos toman medicinas para todo, para la circulación, para dormir, yo sólo tomo vitaminas. (...) Si tengo tos, pongo a hervir un té de orégano endulzado con miel y jugo de limón y me lo tomo bien caliente durante ocho días al acostarme, y no tomo ni jarabes ni pastillas ni nada.

Mi oído es muy bueno, mire que si no lo fuera no podría disfrutar de mi música que tanto me gusta, ni podría tocar mi piano, fíjese que el otro día estaba tocando españolerías de Agustín Lara y llegó un vecino y me dijo que qué bonito tocaba. Me gusta la música romántica de mi época, pero también algunas modernas de Luis Miguel o Juan Gabriel. Por cierto, la semana pasada mis amigas fueron al Auditorio Nacional a ver a Juan Gabriel, me gustaría haber ido, pero no me avisaron”.

-.-.-

A sus 82 años presenta una leve disminución de sus capacidades intelectuales y físicas en general; asegura que le falla con frecuencia el equilibrio, la memoria reciente y la capacidad de reacción; pero conserva en buen estado su memoria a largo plazo, muestra ligeras distracciones y falta de concentración. No obstante, presenta total lucidez mental. Su aparato locomotor sufre los estragos del tiempo, su andar se ha vuelto más lento, sus movimientos finos y su agilidad se han visto afectados, pero no al grado de impedirle sus actividades cotidianas.

Salvo por su vista cansada (usa lentes de baja graduación), no presenta trastornos visibles en su sistema sensorial: excelente oído, gusto, olfato y tacto.

Sus aparatos respiratorio, digestivo, urinario y cardiovascular son excelentes debido a su constante actividad física y buena alimentación. Siempre ha sido una persona sana desde la infancia, nunca hospitalizada, ninguna cirugía, ni ha sufrido trauma alguno. Su último chequeo médico de hace tres meses confirma un buen estado de salud. Pero reconoce, sin embargo, que se ha vuelto más nerviosa, más irritable y le ha dado por dormitar durante el día y dormir menos por las noches.

P

“Tengo dificultad para recordar los nombres, en ocasiones se me olvida en donde dejo las cosas, pero luego lo recuerdo, a veces con ayuda de mi hija o mi nieto; pero soy bueno para los números y para recordar hechos ocurridos hace mucho tiempo. Todavía recuerdo cuando mi mamá me llevaba a la escuela con una batita, o cuando jugaba con mis amiguitos de la primaria (hace como 85 años).

Soy lento para hacer las cosas, pero no tengo ninguna prisa, prefiero el “paso que dure y no el trote que canse”, cuando salgo a trabajar me tomo mi tiempo, me voy caminando para hacer ejercicio, trato de no correr, pero me desplazo rápido. Yo sé que debo tener más cuidado, ya que el otro día me atropelló un carro, aunque no fue grave si me dio un buen susto, creo que iba distraído, porque si veo bien, gracias a Dios no requiero lentes.

Me mantengo en buena forma física, yo creo que me ayuda el ejercicio que hago diario al ir y venir caminando a mi trabajo. Los doctores están asombrados de mi recuperación después del accidente, me hicieron todo tipo de pruebas médicas y todas salieron negativas, de lo que más se sorprenden es de las pruebas neurológicas, dicen que están muy bien y que mi cerebro funciona correctamente, desde entonces voy cada tres meses a mis chequeos médicos de rutina.

Lo que sí tengo es algunos problemas con las vías urinarias, ya que no he quedado muy bien desde que me operaron de la próstata, además del colesterol que últimamente lo he tenido un poco elevado, pero lo controlo con medicamento y dieta. Dicen los médicos que mi corazón y pulmones trabajan bien, no tomo, ni fumo y mi vida actual es muy tranquila, algunos dirán que es aburrida, pero lo cierto es que así soy feliz.

Aún recuerdo cuando fumé mi primer cigarrillo ante la insistencia de mi primo, la experiencia fue desastrosa, me sentí tan mareado que juré nunca volverlo a hacer. Algo similar me ocurrió con mi primer trago al que me invitó otro primo, ¡me emborraché con una sola copa!, al grado de que me tuvieron que llevar cargando a mi casa, nunca lo volví a intentar, actualmente sólo tomo en ocasiones especiales un poco de sidra o rompope y nada más”.

-.-.-

Reconoce sus limitaciones, aceptando que ya no puede hacer lo que antes hacía, como arreglar su coche o los aparatos eléctricos de su casa. Reconoce que a sus 94 años, han disminuido sus capacidades intelectuales y físicas en general, principalmente la memoria reciente y la capacidad de reacción. Su memoria remota es buena; y a pesar de que es lento para recordar, no hay indicios de que esté en riesgo su integridad cerebral. Se vale por sus propios medios para desplazarse, tanto dentro como fuera de la casa, incluso subiendo y bajando escaleras, no corre pero es capaz de cruzar la calle con rapidez. A pesar de su deterioro físico muestra una postura firme y erguida, aunque sus movimientos finos y su agilidad se han visto afectados, eso no impide continuar con sus actividades cotidianas que incluyen ir de ida y vuelta caminando a su trabajo. Su apariencia es de una persona mucho más joven, cualquiera se equivoca al calcular su edad,

conserva el entusiasmo y la responsabilidad para cumplir con sus obligaciones. No presenta trastornos visibles en su sistema sensorial: tiene un excelente oído, mantiene inalterados el gusto, el olfato y el tacto. Sus pruebas neurológicas que le aplicaron recientemente indican un excelente funcionamiento cerebral, y sus chequeos periódicos lo confirman (el último fue hace un mes). Sus aparatos respiratorio, digestivo y cardiovascular son excelentes debido a su constante actividad física. Siempre ha sido una persona sana desde la infancia, no bebe, no fuma, lleva una vida ordenada y está en paz consigo mismo. A pesar de haber sido hospitalizado varias veces para practicarle algunas cirugías menores, su recuperación fue satisfactoria. Sin embargo, reconoce que en las últimas semanas ha tenido dificultades con las vías urinarias, como secuela de la segunda operación de próstata practicada recientemente, de la cual espera recuperarse pronto. Eventualmente ha experimentado desajustes en sus niveles de colesterol, pero lo controla con una dieta adecuada.

Mantiene una buena forma física que le permite desarrollar diversas actividades durante el día. Los doctores están asombrados de su capacidad de recuperación y su buen funcionamiento cerebral; le reconocen también su excelente capacidad pulmonar y cardiovascular.

Experiencia emocional del envejecimiento (tristeza, depresión, etc.)

J

“A veces me da un poco de nostalgia recordar mis buenos tiempos cuando iba de paseo con mis familiares, o cuando íbamos al estadio a ver los partidos de fútbol, pero eso pasa sólo cuando me reúno con viejos amigos, pero que esté recordando a cada rato mi vida pasada, eso no. Yo soy feliz como estoy, tengo a mis hijos y nietos, mi negocio y mi casa donde paso las horas. Yo no sé que es la depresión, como siempre estoy ocupada no tengo tiempo para eso. No soy como esos viejitos achacosos que de todo se quejan, que ya nada más andan tras la viejita o los hijos para que les ayuden. Yo sé que hay cosas que uno ya no puede hacer, pero hay que echarle ganas, porque el que no se mueve se entume. Yo trato de hacerme fuerte, *“cuando tengo algún dolor, yo solita me repito: ya no te va a doler, ya no te va a doler, y se me quita”*.

Sin embargo, a veces siento que ya hice lo que tenía que hacer, me pongo en paz conmigo misma, y a pesar de que estoy satisfecha de lo realizado en la vida, me pongo triste, porque me digo, ¿para qué trabajo, yo ya acabé lo que vine a hacer en este mundo, no siento que me falte nada. En mi nivel de vida yo creo que he cumplido en todo, y hasta de más. Estoy lista para morirme, yo le digo a mi Dios, Señor, dame cinco minutos para arrepentirme de todo lo malo que he hecho y llévame cuando quieras, cuando quieras. Pero no se crea, a veces me da un poco de miedo el futuro, ya ve cómo está ahora la política, todo está revuelto, yo no sé que va a pasar, ¿a dónde irá este México nuestro?”.

-.-.-

Valora lo que tiene, como su familia, su salud, su casa, su negocio, esto y la satisfacción de haber hecho lo correcto en su vida le permiten sentir paz y tranquilidad. Se siente satisfecha con sus logros, entre los que se incluyen, haber formado una familia que es su orgullo, lo dice abiertamente: *“Yo soy feliz como estoy, tengo a mis hijos y nietos, mi negocio y mi casa donde paso las horas”*. No muestra síntomas depresivos, se mantiene ocupada todo el tiempo; tampoco se queja de lo que no tiene y acepta con tranquilidad sus limitaciones y enfrenta la vida con decisión, pero no desea modernizarse en la tecnología, ni incursionar en el campo de los jóvenes, está en paz consigo misma. Sin embargo, reconoce que ha experimentado cierta nostalgia al recordar sus buenos tiempos, pero más que eso, en momentos de profunda reflexión ha llegado a sentir tristeza al reconocer que ya cumplió sus objetivos, que ya hizo lo que le correspondía y que está lista para enfrentar la muerte: *“a pesar de que estoy satisfecha de lo realizado en la vida, me pongo triste, porque me digo, ¿para qué trabajo, yo ya acabé lo que vine a hacer en este mundo, no siento que me falte nada. (...) En mi nivel de vida yo creo que he cumplido en todo, y hasta de más”*. Piensa mucho en sus hijos y le preocupa su futuro. Pero éstas son sólo reflexiones momentáneas que desecha en cuanto se ubica de nuevo en la realidad y se da cuenta que aún tiene muchas razones para vivir.

P

“Me doy cuenta que soy un viejo y que mi cuerpo ya no responde como antes, pero eso no me incomoda, claro que me gustaría viajar y conocer lugares a los que no he ido, como por ejemplo el sureste mexicano, varios pueblitos que no conozco, pero si no lo puedo hacer, estaré conforme con lo que soy y con lo que tengo. Siento que me faltó preparación académica, hubiera querido terminar mi carrera de contador o cualquier otra licenciatura, que me permitiera tener mejor a mi familia, me hizo falta el título. Pero creo que ya cumplí con mi tarea y no tengo pendientes por realizar, estoy tranquilo porque sé que hice lo que tenía que hacer. Lo único que siento es dejar a mi hija y mi nieto, siento que me necesitan.

A mi edad he visto morir a mucha gente querida, y cada vez me quedan menos amigos; eso es algo que sí me preocupa, me entristece y me hace reflexionar sobre el futuro, pero no lo siento por mí sino por mi hija y nieto. En lo personal no me preocupa lo que me pase, yo sé lo que tengo que hacer y así seguiré con mi vida y llegaré hasta donde tenga que llegar”.

-.-.-

Acepta sin reparo las limitaciones físicas de su cuerpo, y aún aun cuando le faltan cosas por hacer y lugares por conocer, está conforme con sus logros.

La gran motivación y motor de su vida ha sido el amor por su familia, ellos le han dado la fuerza para seguir adelante, por ellos ha trabajado por más de 75 años; incluso, hubiera querido darles más, pero se lo impidieron las circunstancias. *“Creo que ya cumplí con mi tarea y no tengo pendientes por realizar, estoy tranquilo porque sé que hice lo que tenía que hacer”*. *Lo único que siento es dejar a mi hija y mi nieto, siento que me necesitan”*.

Otra cosa que le preocupa y lo hace reflexionar sobre su futuro, es el hecho de quedarse cada vez con menos amigos contemporáneos. Ha visto morir a varios de ellos y no puede evitar pensar en su propio futuro, en estos momentos teme a la muerte, no como un temor personal, sino por sus hijos y nietos a los que no quiere dejar. No tiene mucho interés en actualizarse en la tecnología moderna, prefiere lo tradicional, no desea competir con nadie, desea vivir en paz.

Efecto de factores internos (Personalidad, inteligencia, actitud, emociones)

J

“No creo haber cambiado, yo siempre he sido así, claridosa, franca, siempre digo lo que pienso. Lo único que ya no puedo hacer es ir y venir a todas partes, pero sigo pensando igual, o a lo mejor pienso un poco más las cosas, pero nada más.

Lo que si me falla es la memoria, ahora se me olvidan las cosas y me cuesta trabajo concentrarme, pero no me quejo. Algo que sí me afectó es la separación de mi esposo, aunque no lo quería aceptar, esto sí me afectó, yo lloraba mucho por lo que había perdido, tuve que sacar a mi hija de una academia de paga, sentía que el mundo se me venía encima, pero lo superé todo. Mi hermano y mi cuñado me traían comida y me hacía compañía para que no sufriera(...) Reconozco que a veces soy muy refunfuñona, porque quiero que las cosas se hagan como yo quiero. Fíjese que yo no siento que sea más débil en mi carácter, al contrario creo que soy más enérgica, uno se vuelve más desconfiado con el tiempo.

Lo que más me ha importado en la vida son mis hijos, por ellos luché y me abrí paso, aún en contra de su propio padre. Yo no seré muy inteligente, pero soy dura, no me dejo vencer tan fácilmente, ahora mis hijos ya son grandes y por eso a veces me siento triste, porque me digo que ya para que trabajo, ya hice lo que tenía que hacer”.

--.-

No reconoce haber cambiado su personalidad por efecto del envejecimiento, lo único que reconoce es que ahora piensa un poco más las cosas antes de decirlas, pero conserva su franqueza que le ha caracterizado. Expresa con insistencia tener fallas de memoria, temiendo que este pueda ser el declive de su inteligencia, teme que su falta de concentración le pueda ocasionar algún cambio de personalidad; este temor podría ser el principal factor de cambio interno, y no tanto por su efecto real, sino por el efecto psicológico que ha producido en ella.

Es posible que en el aspecto emocional se haya vuelto más vulnerable, pero se resiste a aceptarlo y se aferra a sus principios. Mantiene una actitud positiva ante la vida, que asegura no ha cambiado con el tiempo. Se identifica con la personalidad de su padre, y supone que éste ejerció gran influencia en ella.

P

“Mi vida de adulto siempre ha sido tranquila, recuerdo que cambié un poco después de que fui papá, pero desde entonces siento que he sido el mismo, pienso igual, sólo que ya no puedo hacer muchas cosas. Yo creo que lo mucho o poco que uno cambia se debe a las experiencias vividas, como la pérdida de mis seres queridos, pérdida del empleo o los problemas en la familia, y no porque me sintiera viejo. Tal vez ahora soy menos inteligente porque ya me falla la memoria o porque ya no tengo ganas de aprender cosas nuevas, pero no me siento mal porque esté viejo, siento que hice lo correcto y aún no me quiero morir, porque le hago mucha falta a mi hija y a mi nieto que dependen de mí.

Lo que si puede ser es que me he vuelto más sentimental: extraño a mis seres queridos que ya se fueron, y a mis amigos con quienes convivía cada fin de semana; pero lo que más temo es perder mi empleo, porque no quiero dejar desamparados a mis hijos y nietos”.

-.-.-

Se ha distinguido por su vida tranquila y su carácter amable, principalmente después de su segundo matrimonio. Así ha continuado su vida y no percibe cambio alguno en su modo de pensar, sólo marginado por sus limitaciones físicas. No obstante reconoce que sí puede haber cambios en las personas, pero que estos se deben principalmente a las experiencias vividas, como duelos, pérdidas y problemas familiares y no como producto del envejecimiento en sí mismo. Sus fallas de memoria reciente y su falta de interés en aprender cosas nuevas le hacen sentir menos inteligente que antes, pero no se siente mal por ello, por el contrario, siente que hizo lo correcto y esto le permite estar en paz consigo mismo.

Algo evidente es el hecho de que se ha vuelto más sentimental: extraña a sus seres queridos que murieron, a sus amigos con quienes convivía; pero sobre todas las cosas, teme perder su empleo y con ello todo el respaldo económico.

Efecto de factores externos (Familia, trabajo, roles sociales, jubilación, duelos, desempleo)

J

“Yo me llevo muy bien con mis hijos, ya le platicué las que tuvimos que pasar después de la separación de su padre. Gracias a Dios ninguno me salió drogadicto o vicioso. Mi hijo mayor se recibió de Lic. en Admón. Empresas, ha tenido muy buenos trabajos. Con mi hija no se diga, siempre me está buscando, siempre me está hablando por teléfono, ella está para que yo descance, me insiste en que deje de trabajar, es la que más me insiste en que cierre el negocio, pero no quiero hacerlo porque no quiero estar sin hacer nada. El primero de mayo de éste año pasé con ellos unos días en

Querétaro y me trataron de maravilla. Mi nieto está a punto de graduarse, ya le tocó ir a China. Todos mis hijos me quieren mucho.

Yo siempre he trabajado, empecé como a los 17 años como secretaria, después le ayudé a mi marido en sus negocios de ferretería, por eso es que conozco muy bien el ramo, eso nos ayudó a salir adelante. Mi negocio nos ayudó a salir adelante, ha sido la base de nuestro sostenimiento económico: al principio lo atendía yo sola, después me ayudaron mis hijos y al final sigo yo sola, y ahí sigo a ver hasta cuando me canso.

Aquí en el vecindario casi no tengo amigas, casi no les hablo porque son personas muy especiales, pero en mi negocio conozco a mucha gente. En mi cumpleaños me visitan muchas personas: mis hijos, mis nietos, mi hermana y mi hermano y demás familiares. Me gusta festejar, mis hijos me ponen las mañanitas, traigo invitados, los atiendo muy bien, cantamos y bailamos.

La muerte de mis padres la resentí mucho, principalmente la de mi madre, me dolió muchísimo, le guardé luto por casi un año, hasta que me repuse, pero de eso hace ya mucho tiempo, ahora ya no la voy a ver su tumba, prefiero recordarla como era. Gracias a Dios no he tenido que vivir la muerte de otro ser querido desde entonces, todos están muy sanos; es más fácil que yo me enferme antes que ellos.

Últimamente he recordado lo que viví en mi infancia, en mi tierra de provincia, a mi padre y de cómo vivíamos allá, recuerdo que era muy inteligente a pesar de que sólo estudió hasta el cuarto año de primaria, yo creo que heredé mucho de su fuerza de carácter. Gracias a Dios yo aprendí a ganar mi propio sustento: primero en mi trabajo como secretaria, después en el negocio de mi marido, y por último en mi propio negocio, que por cierto, ya nada más voy a hacerme tonta porque ya casi no hay clientela”.

-.-.-

Los principales cambios en su vida son debido a factores externos, pero al mismo tiempo son los principales motivadores en su vida.

Distintos acontecimientos aparecieron en diferentes etapas de su desarrollo, que indudablemente influyeron en su vida. El primer gran acontecimiento y el más significativo fue la disolución de su matrimonio que lo marcó para siempre. Este hecho la enfrentó a una realidad distinta, de sufrimiento y dolor, pero también le dio la oportunidad de sacar lo mejor de sí misma en favor de sus hijos y de su familia en general; éstos fueron su gran motivación para seguir adelante. Con la muerte de su madre se terminó el último gran apoyo emocional que le quedaba, de ahí el gran dolor por la pérdida. Por todo ello y más, reconoce un endurecimiento de carácter que le ha generado cierto resentimiento con la vida, y en este sentido, otros sufrieron las consecuencias. No obstante, también reconoce todo lo bueno que tiene, por lo cual vale la pena vivir: sus hijos, su trabajo, su casa. Toda la familia está unida y hacen una causa común cuando se trata de la madre.

Su estilo de vida está basado en su capacidad de trabajo, empezó a trabajar desde los 17 años y no ha parado desde entonces; esto le ha redituado la seguridad económica que requiere, además de mantener inalterado uno más de sus roles sociales. Su vida en el aspecto social es aceptable, ya que si bien no tiene tantas amistades entre sus vecinos, se relaciona con mucha gente en su negocio, además de un extenso grupo familiar que suele acompañarla en sus fiestas y reuniones. La relación familiar se extiende a distintos niveles de parentesco cuando de festejos se trata. Es innegable el efecto que produjo la muerte de sus padres (en especial la muerte de su madre), pero ésta es una etapa superada, y sólo queda el buen recuerdo. Se siente afortunada de no haber experimentado la muerte de ningún otro familiar directo.

P

“Los hechos que más me afectaron fueron la muerte de mis dos esposas. La muerte de mi primera esposa no la resentí tanto, en cambio la de mi segunda esposa si fue dolorosa, al grado de que a partir de ahí siento que empecé a envejecer más rápido, fueron muchos años de feliz matrimonio, además de la muerte de varios amigos muy queridos.

Con mis hijos y nietos me llevo muy bien, me apoyan en todo. Vivo en mi propia casa, conmigo viven mi hija menor y mi nieto, yo soy el responsable de su sostenimiento. Mis hijos y sus familias me visitan con frecuencia, yo no los visito a ellos debido a la distancia, es más cómodo para mí que ellos vengan.

Las mejores satisfacciones aparte de mi familia, las he obtenido de mis empleos. Como vendedor de artículos de oficina viajé mucho, fui a convenciones dentro y fuera del país, obtuve premios y reconocimientos; el último viaje que hice y que me dejó gratos recuerdos fue a las islas Bahamas donde nos trataron a cuerpo de rey. Actualmente sigo trabajando a pesar de que ya me jubilé desde hace 30 años. Yo no sé se siente estar jubilado, porque nunca he dejado de trabajar, gano mi propio dinero, pago mis gastos y sostengo a mi hija y mi nieto, tengo servicio médico y algunas prestaciones. La familia fue siempre el motor de mi vida, y mi trabajo me ha permitido darles lo que necesitan, además de que me dio la oportunidad de viajar y conocer otros lugares. Actualmente mi empleo me da un ingreso seguro, servicios médicos y sobre todo, la oportunidad de hacer algo útil para lo que uno se ha preparado. Podría mencionar otras experiencias que viví, como eventos familiares o algunas experiencias de juventud, pero creo que lo que le mencioné es lo más significativo”.

-.-.-

Los eventos que más huella dejaron en su vida, fueron la muerte de sus dos esposas: Su primera experiencia fue la de un matrimonio joven, donde nació su primer hijo, que le dejó gran satisfacción por este hecho, pero también representó su primera gran decepción. La segunda fue la esposa con quien se identificó plenamente, el gran amor de su vida, la mujer que llenó el vacío que dejó la primera esposa. Este fue un matrimonio feliz con tres hijos saludables que fueron su

orgullo y motivo para luchar; la muerte de su segunda esposa fue determinante en su actuación posterior. La relación con sus hijos es excelente y la familia se mantiene unida por los antiguos lazos familiares, sus hijos y ahora sus nietos siempre han estado en primer término.

P no tiene problemas de vivienda y está siempre acompañado (con él viven su hija y su nieto). Los demás nietos lo admiran y piden su consejo, y debido a su labor en la familia conserva intactos sus roles sociales. Las mayores satisfacciones las ha obtenido de sus empleos, donde logró reconocimiento y prestigio, y lo más importante es que nunca los ha perdido. Tiene el reconocimiento y control familiar y de la comunidad debido a que se mantiene activo y productivo, esta actividad ininterrumpida le ha dado una gran seguridad y aplomo.

Gran parte del éxito en su vida lo debe a esta autosuficiencia, su equilibrio emocional está basado en ello, en este sentido su empleo ha jugado un papel determinante y la pérdida de éste traería graves consecuencias.

Definición de calidad de vida

J

“Saber vivir, vivir bien con salud y armonía con todos, divertirse y no sufrir.

Yo creo que la calidad de vida en México es una cuestión cultural, un pueblo culto es un pueblo libre, una persona que tiene poca cultura es fácil presa del más listo. Pero también creo que para mantener la salud es muy importante mantenerse en actividad. Le pongo como ejemplo a mi hija, ella tuvo un accidente grave, pero se salvó gracias a que hace mucho ejercicio, diariamente va al gimnasio, es una mujer muy activa.

--

Incluye en su definición conceptos como salud, actividad física, armonía con sus semejantes, diversión y ausencia de sufrimiento. Pero además va más allá y expone su argumentación del por qué, a su juicio, la gente carece de calidad de vida, señalando como argumento central el aspecto cultural. A juzgar por lo observado, ella comulga con todos estos conceptos y vale la pena poner atención a sus observaciones.

P

“Llevar una vida saludable el mayor tiempo posible, estar en paz consigo mismo y con los que te rodean, principalmente con tu familia, disfrutar los buenos momentos, la comida, la compañía de tus seres queridos, la naturaleza”.

--

Señala en sus aseveraciones, más que una definición del concepto calidad de vida, un estilo de vida al cual ha estado ligado por muchos años, mismo que le ha redituado grandes dividendos: una vida saludable el mayor tiempo posible, estar en paz consigo mismo y con sus semejantes, principalmente con su familia, y disfrutar de la vida. En lo expresado

hace un señalamiento de lo que personalmente le ha funcionado, y al igual que en el caso anterior, vale la pena tomarlo en cuenta.

Definición de envejecimiento exitoso

J

“Es envejecer satisfactoriamente en todos los sentidos, con calidad de vida, sin enfermedades graves, lograr tus objetivos”.

-.-.-

Expresa la satisfacción personal como base del envejecimiento exitoso, que está ligada a la calidad de vida, donde la salud física y mental es determinante.

P

“Envejecimiento exitoso para mi sería hacer algo relevante en tu vida, ir más allá del envejecimiento normal de la gente, vivir más años pero con salud; es decir, que para que el envejecimiento sea exitoso primero se debe tener salud. También tiene que ver con lograr los objetivos que te propongas”.

-.-.-

El envejecimiento exitoso para P significa algo más, es hacer algo relevante que lo lleve a rebasar el nivel promedio de la gente, él por lo pronto se conforma con vivir más años, pero más años con calidad, tomando como base la salud.

Actividades físicas habituales

J

“Por las mañanas voy al parque, camino de 3 a 4 kilómetros diarios, regreso, hago el desayuno y la comida del día para cuando regrese de trabajar, me arreglo y voy a abrir mi negocio, camino tres cuadras para llegar allá, atiendo el negocio durante 5 horas, regreso a casa, ceno y veo televisión. No me gusta estar acostada, la cama come, como decía mi mamá, nunca me verá acostada ni viendo televisión durante el día. No puedo estar sin hacer nada, me choca, me aburre, necesito estar haciendo algo”.

-.-.-

Realiza una intensa actividad física que inicia con su rutina habitual de caminatas matinales, ésta actividad le ha dado una vitalidad asombrosa que la mantiene activa la mayor parte del día. La atención personalizada de su negocio es otra actividad rutinaria que le ha redituado mucho no sólo en el aspecto físico, sino también en el mental. Una vez por semana va al centro de la ciudad a comprar mercancía para surtir su negocio, pero ese día no lo abre o lo hace más tarde. El trato directo con gente de todo tipo la mantiene actualizada con lo que ocurre en su comunidad. Tiene como

hábito ocuparse de la limpieza de su casa y hacer su propia comida. Detesta la inactividad y debe mantenerse siempre ocupada, lo ha hecho siempre y lo considera necesario para seguir viviendo.

P

“Después del baño, desayuno, me voy caminando (5 cuadras) a trabajar, regreso caminando a comer a las dos de la tarde, después de comer camino de nuevo a terminar mi jornada de trabajo, y vuelvo caminando a casa a las 7 de la tarde (total 20 cuadras en el día). En mi empleo el trabajo es muy tranquilo, no es tanto el desgaste físico, sino mental”.

-.-.-

Destacan dentro de sus actividades físicas los recorridos diarios que hace de su casa a su empleo y viceversa. No depende de nadie para realizar sus actividades, ni siquiera cuando tiene que desplazarse por la ciudad para realizar algún trámite oficial o para llevarle flores a su esposa al panteón. Su empleo lo mantiene ocupado la mayor parte del día y a pesar del cansancio natural, expresa una gran emoción por realizar una actividad productiva que tantas satisfacciones le ha traído. Acude al médico puntualmente cada que tiene cita para hacerse sus chequeos periódicos, o realiza algún trámite en oficinas del gobierno cuando es requerido.

Alimentación y descanso

J

“Yo tengo muy buena digestión, como casi de todo, pero eso si, selecciono muy bien mis alimentos antes de comprarlos, no me como cualquier cosa, siempre busco que estén limpios y que sean de buena calidad. No acostumbro a tomar refrescos, hago mi jarra de agua y siempre me gusta lo que como porque yo misma lo preparo. Nunca como en exceso y procuro comer a la misma hora, reposo un rato la comida y duermo una siestecita de media hora. Yo no tendría problemas si no tuviera recursos económicos, me adapto a lo que tengo, soy feliz comiendo unas espinacas con papas, unos nopales, un arroz; anoche llegué a mi casa a asar unos chiles y unas calabacitas tiernas.

Duermo bien, pero cada vez me cuesta más trabajo conciliar el sueño, a veces me despierto en la noche y me tengo que levantar a prepararme un té o ver la tele, hasta que me da sueño y me vuelvo a dormir, pero termino durmiéndome y al otro día me siento bien”.

-.-.-

Su dieta no es especial, pero es muy cuidadosa al seleccionar la limpieza y calidad de los alimentos. Su digestión es excelente y esto le permite comer lo que desee, pero evita en lo posible las comidas grasosas e irritantes y no comer en exceso. Debido a sus actividades cotidianas y a sus propios hábitos alimenticios tiene por costumbre comer siempre a la misma hora todos los días, comer sin prisas y caminar después de comer. Se adapta a todo tipo de alimentos, pero prefiere los sencillos y conocidos.

Su descanso es satisfactorio a pesar de que su sueño se interrumpe con frecuencia y tiene que reiniciarlo. Afortunadamente su vida ya no es tan agitada, además de que tiene la posibilidad de dormir siesta si lo desea.

P

“Mi hija me hace la comida, ella sabe muy bien lo que me gusta y lo que me conviene, sabe que la comida tiene que ser balanceada de acuerdo a lo que recomienda la nutrióloga de la clínica. Desayuno por lo regular cereal con leche, o yogurt, fruta, pan tostado, jugo y mis vitaminas. En la comida siempre incluimos agua de frutas, nada de refresco ni alcohol, pocos irritantes y pocas grasas (me estoy controlando el colesterol), nada de comida “chatarra”. Mi hija me prepara un menú semanal según las indicaciones médicas, donde se incluyen verduras, frutas, pescado, fibra y mucha agua. Nunca como demasiado, y como solamente lo que me gusta. Generalmente como tranquilo y en calma, reposo un rato la comida y regreso al trabajo.

Mi cena no es abundante, sólo algo de cereal, leche, atoles, frutas o alguna comida ligera.

Debe reconocer que duermo poco en relación a lo que dormía antes, incluso yo estaba preocupado porque no dormía lo suficiente, pero el médico dijo que eso era normal a mi edad y que tratara de dormir bien ese poco tiempo, ahora me siento mejor. Generalmente descanso después de la comida y con frecuencia duermo unos 20 minutos”.

-.-.-

Tiene bien claro lo que debe comer, sabe de la importancia de la buena alimentación, pero no se preocupa mucho por ello, ya que tiene quien le prepare sus alimentos. Su dieta es supervisada por su hija siguiendo las instrucciones de la nutrióloga. Su desayuno es ligero, por lo regular incluye cereal con leche, o yogurt, fruta, pan tostado, jugo y vitaminas como complemento. En la comida suficiente agua de frutas, pocas grasas, y no comer en exceso. Un requisito es el equilibrio en la alimentación, tanto en los nutrientes, como en el sabor. Actualmente el régimen debe ser más estricto debido al control obligado del colesterol. Tiene por costumbre comer relajado, tranquilo y sin prisas, además de caminar después de comer. La cena es aún más ligera que el desayuno, solo un poco de leche, atoles, fruta o algo similar.

Duerme pocas horas con relación a los más jóvenes, pero su descanso es bueno; con frecuencia duerme siesta de 20 minutos después de comer.

Gustos, pasatiempos, aficiones

J

“Me gusta la música, el fútbol, la política y la lectura.

Yo podría estar viendo fútbol todo el día sin cansarme, mis hijos me reclaman, pero no les hago caso, el fútbol es mi pasión. Siempre veo todos los programas deportivos de la televisión, como “Acción”, “La jugada”, “Deportv”, “los

protagonistas”, “sólo DFutbol”, etc. también me gusta leer, de chica leía muchas novelas, hoy leo menos, me gustan las lecturas ligeras. El otro día mi yerno me prestó “El código Da Vinci”, pero no me gustó, está muy rebuscado, prefiero algo menos complicado.

Me siento feliz discutiendo temas de política, me dicen que yo debería ser líder y concursar en fútbol. Mis hijos siempre me preguntan de política y de fútbol, saben que estoy actualizada en estos dos temas. Otra cosa que siempre me ha gustado es tocar el piano y quisiera algún día retomar mis clases que dejé hace muchos años. En mi cumpleaños me gusta festejar, mis hijos me ponen las mañanitas, traigo invitados, los atiende muy bien, cantamos, tomamos vino blanco, botanas, un aperitivo, gelatina. La última vez vino mi hermana y entró a la casa con un trío tocando las mañanitas, nos pusimos muy alegres, cantamos a dueto mi hermana y yo, pusimos unos excelentes discos de pasos dobles”.

-.-.-

Sus grandes aficiones son, la música, el fútbol, la política y la lectura.

Es de llamar la atención sus gustos por la política, pero más aún, por su gran afición por el fútbol. Encontrar las raíces de esta afición sería todo un ejercicio muy interesante y revelador, pero por ahora nos basta con saber que éste tema está ligado a su pasado, es el tema favorito de sus conversaciones presentes y su principal pasatiempo. No sorprende tanto en cambio, que ahora le gusten más las lecturas ligeras, después de que antes leía de todo, dado que ahora tiene otros intereses y prefiere la paz y la tranquilidad.

Hablar de política le hace sentirse parte activa de la sociedad, le complace lucir sus conocimientos sobre el tema, y más aún, que sea reconocida por ello. Su gusto por la música le viene de familia, ya que su padre la inició en ella y una hermana fue cantante. Disfruta tocar el piano y le complace lucir sus habilidades en sus reuniones familiares.

P

“Mi gran afición es la lectura, es mi pasatiempo favorito, me gusta leer obras clásicas, recién terminé de leer “Los diálogos de Platón”, he leído varias veces “La Divina Comedia”. Me gusta leer obras que me dejen alguna enseñanza, no me gusta sólo leer por leer.

Me gusta apreciar las bellezas naturales: Soy un soñador que se siente feliz con los paisajes naturales, si yo pintara todo lo que he imaginado tendría una excelente colección de magníficos cuadros, siempre me gustó mucho el campo y sus paisajes, ese tipo de cosas me gustaría hacer. Yo viajé mucho y durante mis viajes aprendí a apreciar los paisajes naturales de nuestro país. También me gusta ser ordenado, he coleccionado diversas figuras, lo último que coleccioné fue una serie de figuritas de porcelana. Pero más que nada, me gusta permanecer en mi casa descansando y leyendo”.

-.-.-

Su afición por la lectura de obras clásicas denota parte de su personalidad, indica que aún está interesado en la cultura, prefiere la reflexión y el análisis de una buena obra a la lectura ligera de la novela o el cuento.

Es muy sensible y un soñador que disfruta las bellezas naturales, “*si yo pintara todo lo que he imaginado tendría una excelente colección de magníficos cuadros, siempre me gustó mucho el campo y sus paisajes*”. Gusta del orden y la limpieza, su manera pulcra de vestir lo delata. La disciplina y el orden lo llevó a coleccionar diversos objetos como parte de una actividad recreativa. En su vida actual prefiere el descanso y la meditación por encima de la lectura que cada vez practica menos.

Una semana normal de su vida

J

“Mis actividades de toda la semana son prácticamente las mismas que hago diariamente (ir al parque, hacer mi desayuno y mi comida, arreglar mi casa, abrir diariamente mi negocio, regresar a casa, ver mis programas favoritos de televisión, etc.). Con excepción de los días que me toca ir a surtir mi negocio y voy al centro a comprar mercancía, que por lo general es una vez por semana, ese día no abro el negocio o lo abro más tarde. Los fines de semana por lo regular me visita algún familiar y nos quedamos en casa y comemos en familia. cuando no viene nadie, me quedo viendo fútbol todo el día”.

P

“Aparte de mis actividades diarias que ya le relaté, voy con frecuencia al médico cada que tengo cita para hacerme mis chequeos, o voy a hacer algún trámite de mi pensión (tiene un pleito legal con el IMSS). Los sábados voy al panteón a dejarle flores a la tumba de mi esposa, una o dos veces al mes.

Los domingos me quedo descansando en casa, me visitan mis familiares y rara vez salgo, prefiero descansar”.

Expectativas de vida Hombre / mujer

J

“En mi concepto, la mujer es más activa y más inteligente que el hombre, estoy convencida que la mujer tiene mejor calidad de vida y por eso vive más. La mujer es más trabajadora, es más consciente, tiene los pies bien puestos en la tierra, es quien resuelve los problemas de su casa, tiene un sexto sentido, siempre anda jalando al viejito. Si hay un niño drogadicto y mal viviente es porque no hay una mujer en esa casa, la mujer es el pilar del mundo”.

-.-.-

En su opinión, la mujer tiene mejor calidad de vida que el hombre y quien vive más porque es más inteligente y más activa. Considera también que la mujer es más trabajadora, más realista y más consciente de sus actos y de las necesidades de la familia, es quien tiene los pies bien puestos en la tierra, y la que resuelve los problemas de la casa; pero además le reconoce un sexto sentido y por todo ello está muy por encima del hombre. Para ella la mujer es todo eso y más, *“Si hay un niño drogadicto y mal viviente es porque no hay una mujer en esa casa, la mujer es el pilar del mundo”*.

P

“La mujer tiene mejor calidad de vida, porque permanece en su casa con más comodidades y no tiene las responsabilidades del hombre, en cambio el hombre tiene que trabajar para traer el sustento de la familia, desarrolla una actividad más desgastante y más agotadora. Por eso creo que la mujer vive más, ya que sus labores domésticas son más “cómodas” que el trabajo del hombre”.

-.-.-

También coincide en que la mujer tiene mejor calidad de vida, pero su argumentación es diferente: asegura que la razón de la buena calidad de vida de la mujer se debe a que permanece en su casa con más comodidades y no tiene las responsabilidades del hombre, y que éste en cambio tiene que trabajar para traer el sustento de la familia, lo que le produce un mayor desgaste físico y mental. En su concepto, la mujer tiene actividades más cómodas y eso trae como consecuencia la mayor durabilidad de la mujer.

3.- Similitudes y diferencias

Similitudes:

Ambos son sanos, con buen sistema cardiovascular y pulmonar, provienen de padres igualmente sanos, Ambos superaron un desengaño amoroso, son metódicos y ordenados en su vida, cuidadosos en su alimentación, con una elevada autoestima, descansan lo suficiente y en ocasiones duermen siesta. Son autosuficientes y productivos, responsables e independientes, permanecen en constante actividad física y consideran este factor como base de la salud, ambos son jubilados activos y orgullosos de su longevidad, son amantes de la naturaleza y les gusta la lectura, mantienen buenas relaciones sociales y familiares, son queridos y aceptados por ellos. Se aceptan como son y están conscientes de sus limitaciones, ambos esperan la muerte con tranquilidad, son católicos y creyentes en dios, no requieren apoyo psicológico, no tienen planes a futuro, y conservan sus roles sociales.

Ambos se ajustan al patrón formulado por Martín: (vinculados a la sociedad, a actividades, a tareas, físicas; son de personalidad integrada, sensatos, con gran discernimiento, rica vida interior y amplia satisfacción personal).

Diferencias.

El análisis de las similitudes nos indica que las diferencias encontradas en cuanto a la percepción que tienen sobre la vejez y la calidad de vida, son poco relevantes, y esto tiene sentido, ya que la trayectoria de ambos es muy similar, tanto en su origen, historia familiar como en su estilo de vida, incluso concuerdan en sus expectativas futuras. De tal forma que más que diferencias sustanciales, lo que se encontró fueron algunas discrepancias en su modo de pensar, producto más de sus experiencias personales que de sus diferencias de género. No obstante, existe un punto en el que discrepan y que vale la pena mencionar: el papel desempeñado por la mujer en la sociedad, en este aspecto ambos defienden a su respectivo género. **J** considera que la mujer es más inteligente, más activa y más astuta que el hombre y por esto ella tiene mejor calidad de vida y por ende, mayor longevidad. En tanto que **P** aún cuando acepta que la mujer vive más que el hombre, supone que su mayor longevidad se debe a que su trabajo es más fácil que el del hombre; pero en realidad ambos perciben el proceso de envejecimiento de manera muy similar. Lo cierto es que ni ellos mismos saben a ciencia cierta cuáles son las causas de su longevidad y buen estado físico, lo que aquí se presentan son sus experiencias personales, que en todo caso, deben ser interpretadas. Lo que arrojan los resultados del estudio en este sentido, es lo siguiente:

Ella posee un fuerte carácter, es más impulsiva, más independiente, más decidida, apasionada y expresiva, y más práctica en todo lo que hace. El es muy reflexivo y calculador, tranquilo, metódico, de carácter amable y dócil, más sensible a la soledad, le gusta la filosofía, y a diferencia de ella, prefiere lecturas reflexivas y profundas.

J por su parte prefiere lecturas ligeras, menos complicadas; le gusta tocar el piano y cantar, disfruta sus reuniones familiares; es apasionada del fútbol y de la política nacional, es sincera y franca. Le agrada que las personas la consulten sobre temas deportivos, *“Me dicen que yo debería ser líder y que debería concursar en fútbol”*.

Cree que la calidad de vida está relacionada con la actividad física, sobre todo con la actividad productiva. Piensa que por naturaleza la mujer tiene mayor capacidad física y mental que el hombre, que es superior, que tiene mejor calidad de vida, y que es “el pilar del mundo”.

P gusta de admirar las bellezas naturales, se recrea y motiva cuando está en contacto con la naturaleza, sus festejos son discretos y tranquilos en la intimidad de su hogar, le gusta conversar de temas culturales.

Piensa que los viejos en México no tienen, por distintas razones, una buena calidad de vida, a su juicio influyen factores como el aspecto cultural, la actitud mental y la actividad física. En su experiencia personal, piensa que la calidad de vida también tiene que ver con la responsabilidad en el matrimonio, con los hijos y con la esposa; implica ser buen esposo y buen padre de familia, convivir constantemente con ellos, no tener vicios y estar en paz consigo mismo. Cree que la mujer tiene mejor calidad de vida, porque permanece en su casa y no tiene las responsabilidades del hombre, en cambio éste tiene que trabajar para traer el sustento de la familia; desarrolla una actividad más desgastante; por lo tanto, la mujer vive más, porque sus labores domésticas son más cómodas que el trabajo del hombre.

CONCLUSIONES

La elección de los participantes no fue sencilla, debido al carácter complejo y poca disposición mostrada por algunos candidatos, o por no ajustarse al perfil requerido. Unos no estuvieron dispuestos a conceder su tiempo, otros no parecían honestos en sus relatos o eran demasiado herméticos, uno exigía el pago de honorarios por ocupar su tiempo y uno más tenía conflictos para revelar su edad.

Pero finalmente se encontraron a dos viejos con las características requeridas, que bien pueden ser los representantes de este tipo de viejos en el Distrito Federal, cada uno en su género. Siempre dispuestos a la entrevista, sin regatear el tiempo, ni los temas a tratar, ofreciendo todo tipo de facilidades para la investigación. Las entrevistas se realizaron en la intimidad de su hogar, en la fecha y hora que ellos eligieron.

Los resultados derivados de las entrevistas confirman en primer lugar, que estos dos sujetos tienen una buena calidad de vida, ya que ambos cumplen con los estándares establecidos para ser considerados como tales, ya que mantienen un equilibrio entre sus necesidades materiales, emocionales y sociales. Las características por las cuales se eligieron, hacían suponer que ambos tienen buena calidad de vida, pero era preciso confirmarlo.

Las preguntas de investigación fueron contestadas ampliamente, aunque para conocerlas fue preciso hacer la interpretación y el análisis correspondiente de los códigos. Esto significa que se requirió ir más allá de lo que puede obtenerse mediante un cuestionario fijo o el análisis cuantitativo de sus respuestas directas; implicó profundizar más de lo observado en primera instancia, adentrarse en su mundo, extraer sus pensamientos y analizarlos conceptualmente.

Los resultados son significativos, ya que son producto de la comparación entre lo dicho por ellos y lo observado en la realidad. Es posible que no se puedan generalizar los hallazgos basados solamente en estas dos personas, pero sí podemos afirmar que estos reflejan el modo de pensar y de actuar de un sector de la población, principalmente de quienes se encuentran en similares condiciones.

Los aspectos que más han influido en su buena calidad de vida, según el análisis cualitativo, son:

- *Los aspectos psicológicos*
- *Las actividades físicas*
- *La familia*
- *Las actividades en el retiro*

Por lo tanto, se contesta afirmativamente la pregunta de investigación; pero además surgieron otros factores como causas probables de su buena calidad de vida, destacándose entre otros, el aspecto familiar y el cultural.

Manifestaciones físicas.-

Los dos sujetos están conscientes de los cambios físicos que su cuerpo tiene que experimentar al paso de los años, saben que son más lentos en sus movimientos, que su salud se puede deteriorar cada vez más, que hay un declive en sus capacidades intelectuales, que tendrán más dificultades para conciliar el sueño, incluso que puede haber un deterioro emocional como consecuencia de todo lo anterior, pero les anima el hecho de que hoy por hoy no tienen que preocuparse por ello, además de que sus chequeos médicos y su apariencia física les ayuda a sentirse mejor; ambos mantienen una postura erguida y firme a pesar de sus años

El ser más lentos que antes, el olvido ocasional, su falta de concentración, las fallas de equilibrio y su falta de agudeza visual, no les impide realizar todo tipo de actividades, con la salvedad de que ahora lo hacen con más precaución. La excelente salud de sus aparatos respiratorios, digestivo, cardiopulmonar y cerebral se los permiten.

Aspectos psicológicos.-

Los aspectos psicológicos en general son, según el estudio, los principales factores de cambio para llegar a tener una buena calidad de vida, seguido de las actividades físicas, la alimentación y el descanso, y las actividades en el retiro. Los dos entrevistados tienen en gran estima a su trabajo, su salud, y a su familia, siendo ésta la principal motivadora de sus logros y proyectos futuros. No se puede negar, sin embargo, que ocasionalmente han experimentado cierta nostalgia o tristeza cuando reflexionan sobre su pasado, o sobre su futuro, pero saben sobreponerse. Otros aspectos psicológicos que también influyen en su buena calidad de vida son: la motivación (los hijos, la familia), la satisfacción personal (por sus logros), la independencia (tienen su propia casa), la autosuficiencia (recursos económicos y físicos). Por lo tanto se concluye que si hay una relación directa entre las actividades físicas, los aspectos psicológicos y las actividades laborales con la buena calidad de vida de los adultos mayores.

Los aspectos que cada uno de nuestros dos entrevistados considera más importantes son los siguientes:

P: la salud, la cultura, los aspectos psicológicos, la familia, la actividad física y las actividades laborales; pero también le concede mucha importancia a la responsabilidad en el matrimonio, con la esposa y con los hijos, además de estar libre de vicios y en paz consigo mismo.

J: Cree que la calidad de vida está relacionada con la actividad física y productiva, con la salud, la familia, la cultura y las actividades en el retiro, además de ocupar convenientemente el tiempo libre.

Se sabe que la mala calidad de vida está asociada a diversos factores, como la deficiente salud física y psicológica, las escasas relaciones sociales, la pérdida de los roles sociales, la falta de apoyo familiar, la jubilación, o el medio

ambiente, sería lógico pensar que quien tenga cubiertos satisfactoriamente todos estos puntos -como ocurre en este caso-, tendría como consecuencia lógica una buena calidad de vida. No se puede asegurar, sin embargo, que esto sea así en forma automática, ya que puede haber otros factores no considerados como ocurrió en este caso.

Además de los factores ya mencionados, debe destacarse que las personas de esta investigación tienen un nivel económico medio que les permite satisfacer sus necesidades básicas y vivir sin carencias económicas, esto les da cierta seguridad, que necesariamente repercute en su calidad de vida. **P** por ejemplo, cuenta con su pensión mensual de jubilado, además de su sueldo en su empleo actual; **J** por su parte, tiene a sus hijos que le apoyan económicamente, además de su negocio propio que le deja alguna utilidad (aunque el negocio en la actualidad sirve más de apoyo psicológico que económico).

Algo importante a destacar es la claridad en sus ideas, lo realista que son les permite tener una visión panorámica de los hechos, confirmando la importancia que tiene los aspectos psicológicos en el envejecimiento. Pero no sólo esto, también cuentan con un buen desarrollo físico que han sabido conservar; en ésta capacidad física sustentan todo su accionar cotidiano, el cual no es muy diferente al de otros mas jóvenes, ya que su trabajo reporta resultados similares. No se puede precisar, sin embargo, cuantos años les queda de vida, pero de acuerdo a lo observado, se puede pensar que serán muchos más (sobre todo en el caso de **J**). Pero independientemente de los años que vivan, seguramente lo harán con dignidad y valor.

Estas personas son un claro ejemplo de lo que se puede lograr cuando se lleva una vida ordenada, pero sobre todo cuando se dispone de las capacidades físicas y psicológicas adecuadas. Tales capacidades pueden tener diferentes orígenes, pero más allá de ahondar sobre ello, lo importante aquí es constatar que son capaces de canalizar debidamente estas capacidades en beneficio propio y de sus seres queridos. En este sentido contrasta la actitud de aquellos que no han sabido adaptarse a la vejez, los que sienten que ya los rebasó el tiempo y no han podido lograr sus objetivos, o los que ven en la inminente entrada de la vejez, una amenaza que crece en proporción a su falta de preparación para enfrentarla, o los que por diferentes circunstancias se ven limitados en sus capacidades.

Es posible que haya quien asegure que la calidad de vida de estas personas sea producto de su situación económica actual, y que éste sea el factor determinante. Sin embargo es necesario destacar, que todo lo que tienen ahora es producto de su trabajo y de su comportamiento anterior con los demás y consigo mismos; y que su calidad de vida no ha sido producto del azar, ni siquiera de una posición económica lograda recientemente, sino que la han construido a través del tiempo, en un proceso en donde han recorrido un largo camino.

La actitud positiva de nuestros entrevistados queda de manifiesta cuando expresan la opinión que tienen de otros viejos: ambos se consideran más aptos que otros, se sienten más fuertes física y mentalmente, de ahí que a los otros los crean débiles, pusilánimes, poco emprendedores, sin la fuerza suficiente para realizar nuevas actividades, demasiado dependientes, y por tanto, más expuestos a la voracidad de los más jóvenes; reconociendo que existen casos de quienes están limitados por causas externas..

Las diferencias encontradas en cuanto a la percepción que cada uno tiene sobre el envejecimiento son mínimas. Tanto él como ella se aceptan a sí mismos, y se sienten orgullosos de su vejez, satisfechos de sus logros; las diferencias sólo reflejan ciertas características de personalidad poco significativas. Cada uno tomó un camino distinto para llegar a la posición en que se encuentran, y a ambos les ha funcionado hasta el momento.

P es tranquilo, de carácter amable, entusiasta y con mucho amor por la vida y por sus seres queridos. **J** es más enérgica, más reactiva, permanece en lucha constante por defender sus principios, su principal argumento es su fuerza de carácter. No se puede determinar con precisión basado en estos hechos, cual es el mejor camino para lograr la longevidad, ni cual de los dos entrevistados tiene mejor calidad de vida, pero es un hecho que ambos tienen un envejecimiento exitoso, si tomamos en cuenta las observaciones que sobre el particular hace Fierro A. (1994), donde afirma que las características del buen envejecer son: una personalidad sana y madura en la edad adulta, capacidad de comunicación, de amor, de trabajo y de goce, además de la disposición activa y creativa, agregando que, las características del buen envejecer deben derivarse del “buen” madurar o buen adquirir la plenitud humana, sobre todo en la adultez tardía.

Es comprensible que los aspectos psicológicos sean fundamentales para mantener la buena calidad de vida de las personas, si aceptamos que estos aspectos son los que finalmente determinan los pensamientos y conductas de las personas, los que en última instancia permiten percibir la calidad de vida, según el contexto de valores y sistema cultural del individuo, ya que como lo señalan Mishara y Riedel (1986): en el envejecer, todas las experiencias y comportamientos, así como los cambios sensoriales y perceptivos, se hallan determinados o influidos por procesos psicológicos.

Los dos entrevistados aceptan que en su envejecimiento han influido más los factores externos que los internos. En los internos reconocen una disminución en su capacidad intelectual (aunque suelen confundir memoria con inteligencia), suponen que son menos inteligentes debido a fallas en su memoria reciente. Es posible, y es lógico además, que efectivamente haya una disminución real, pero esto no se pudo determinar, ya que no se evaluó la inteligencia en su

totalidad. No obstante, son perfectamente lúcidos y tal disminución no fue perceptible; eso sí, se consideran más sentimentales.

En cuanto a su personalidad, no aceptan que hayan ocurrido cambios significativos. Los aspectos externos que ellos consideran han influido más en su vida son: la familia, los duelos, el trabajo y las redes de apoyo, cada uno en diferente proporción y en diferente sentido. Otros factores como la jubilación, los roles, o las relaciones sociales han ejercido un efecto positivo y un fuerte apoyo, por la manera como los han enfrentado. En este sentido, juega un papel decisivo su actividad laboral como actividad socialmente reconocida y remunerada, pero también como apoyo psicológico.

Aspectos psicológicos como la satisfacción personal o la independencia, y principalmente la autosuficiencia, indicaron una fuerte correlación con la calidad de vida en ambos sujetos. **P** expresa su satisfacción por seguir trabajando, por ganar su propio dinero y ser el jefe y proveedor de su familia, realiza sus actividades cotidianas por sí mismo y se da tiempo para ayudar a su hija y nietos; ha podido incorporarse nuevamente al mundo laboral. **J** se siente orgullosa de atender un negocio y asistirse ella misma; preparar su comida, limpiar su casa, lavar su ropa, etc. Ambos son conscientes de su propio envejecimiento y están orgullosos de ello; saben de sus limitaciones, pero tienen bien claros sus objetivos y saben muy bien cuales son sus capacidades. La tranquilidad que ahora sienten es producto de su satisfacción por haber hecho bien las cosas en el pasado y por haber superado los obstáculos que encontraron en su camino. Esto les genera calidad de vida, puesto que mantienen elevada su autoestima y conservan el equilibrio emocional.

Se ha demostrado que la soledad influye en el deterioro de los ancianos y que se relaciona con la mala calidad de vida. La soledad se caracteriza por ser una experiencia difícilmente soportable que produce en la persona sentimientos de baja autoestima, alienación, marginación, ansiedad e insatisfacción, (Kurdek, 1985, cit. en Tortosa J. M., 2002). Pero estos dos ancianos por su excepcionalidad la viven de manera muy particular y no se ven afectados por ella. **J** vive sola, pero esto no le afecta en absoluto, está habituada a ello; no permite que interrumpan su intimidad o que interfieran en su mundo. **P** es más sensible a la soledad, pero es sociable, esto le permite estar siempre acompañado de familiares y amigos, aunque extraña mucho a sus seres queridos y amigos de su generación que ya murieron; este es uno de los factores externos que más han afectado su envejecimiento en los últimos tiempos y al que ha tenido que sobreponerse una y otra vez. Como se puede ver, los efectos de la soledad son dañinos sólo en la medida en que el anciano carezca de los elementos para enfrentarla.

Un factor adicional que no se había considerado inicialmente, es el referente a la responsabilidad que se asigna a los ancianos, la cual según el estudio, resultó fundamental para conservar la buena calidad de vida. Esta responsabilidad hace sentir a los viejos que son parte importante de la sociedad, que son tomados en cuenta y que su vida tiene sentido; ello les da seguridad y control. Sin embargo, de acuerdo a lo señalado por Rodin (1986), cuando el anciano percibe una elevada posibilidad de control, pero que simultáneamente conlleva un excesivo sentimiento de responsabilidad, puede resultar perjudicial, máxime cuando existe un elevado riesgo de equivocarse o implica para el anciano demasiado gasto de energías o esfuerzos.

Nuestros dos entrevistados tienen tras de sí, una familia que siempre han protegido y quieren seguir haciéndolo. **P** es un caso excepcional, puesto que a los 94 años mantiene la responsabilidad de proporcionar a su familia todos los bienes materiales necesarios para su sostenimiento, pero esta responsabilidad que en su momento fue positiva, parece estar revirtiendo sus efectos, lo indica el hecho de que se preocupa demasiado por la posibilidad de desamparar a sus hijos, ya sea por la pérdida de su empleo o por la muerte misma; sin embargo, es esa misma responsabilidad la que lo ha sacado a flote y lo mantiene vivo. Por tanto, cabe preguntarnos, ¿cuál es el límite de responsabilidades que debe asignarse a los ancianos?. Seguramente la respuesta tendrá que ver con distintas variables como son: las diferencias individuales, las circunstancias imperantes, la familia, el entorno social, etc.

El caso de **J** es diferente ya que sus responsabilidades están bien delimitadas y no incluyen el sostenimiento de la familia, sólo abarcan las responsabilidades que ella misma se ha impuesto, como son: abrir diariamente su negocio, surtirlo de mercancía y atender a sus clientes, pagar la renta, mantener aseada su casa y pagar todos los servicios de la misma. Además de estar pendiente de lo que hacen sus hijos y visitarlos o recibirlos cuando ellos lo soliciten.

Los dos sujetos entrevistados no conciben la vida sin estas responsabilidades, no sabrían que hacer con tanta energía; no quieren delegar sus responsabilidades a otros.

El estrés es considerado un factor decisivo en el envejecimiento. De acuerdo a Dharma (1998), el estrés genera un exceso de cortisol, éste produce paulatinamente un debilitamiento del funcionamiento cerebral cotidiano. El cortisol le quita al cerebro su fuente de energía: la glucosa. También hace estragos en los mensajeros químicos del cerebro, los neurotransmisores, alterando la capacidad de concentrarse y recordar.

Lo relevante de estos dos viejos es que viven sin estrés (lo han sabido controlar), a pesar de habitar en una ciudad tan grande como es el D. F., donde por lo general la gente vive estresada como consecuencia de los múltiples problemas de una ciudad cosmopolita. Éste no es su caso, ellos han sabido adaptarse a este ritmo de vida y han asimilado convenientemente las circunstancias adversas. Se les nota calmados, serenos, principalmente en el caso de **P**, quien

denota gran tranquilidad y paz interior. La reducción del estrés de acuerdo a Dharma, revierte los efectos negativos que éste genera, es decir, disminuye la tensión arterial, permite una mayor capacidad de concentración haciendo más nítida y precisa la memoria y los procesos de pensamiento.

Ambos aceptan tratar el tema de la sexualidad sin restricción alguna, pero reconocen que a estas alturas de su vida se encuentran más allá del bien y el mal; afirman que su sexualidad activa fue bella mientras duró. Hoy en día no se ocupan ni se preocupan por ello; no muestran mucho interés en el tema.

En cuanto a las redes de apoyo, se encontró que ambos mantienen una excelente relación con familiares y amigos, generándose un efecto positivo en su salud física y emocional. Esto confirma los resultados de la investigación de Fernández-Ballesteros (1994), quienes destacan la influencia del apoyo social sobre el estado de ánimo, actitud y autoestima. Además siguen trabajando en sus respectivos empleos, lo que les proporciona ingresos económicos en forma regular; ello los convierte en productivos y autosuficientes. Han superado y asimilado satisfactoriamente sus duelos y momentos difíciles, pero sobre todo, conservan sus roles sociales que les permite mantener la seguridad y control de sus vidas.

El presente estudio confirma que no todos los viejos cumplen con los estereotipos negativos que la sociedad ha impuesto, sino que existen ancianos que merecen reconocimiento por su trayectoria y calidad de vida. El resultado de la investigación revela que estas dos personas están conscientes de su deterioro físico, pero al mismo tiempo sienten tanta satisfacción con la vida como los jóvenes, están vigentes en la sociedad, son aceptados y apoyados, están activos, productivos, conformes con lo realizado, tienen responsabilidades, conservan sus roles sociales, y enfrentan con determinación las adversidades, pero lo más importante, están sanos física y mentalmente. En ellos no hay señales de depresión, soledad o abatimiento, por el contrario se ven activos y entusiastas; en pocas palabras, tienen buena calidad de vida, puesto que reúnen las características para ser considerados de esa manera, según el punto de vista de Levi y Anderson (1980), en el sentido de que la calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada individuo, además de satisfacción, felicidad y recompensa. Dicha medida es un componente de la satisfacción en la vida, que incluye diversos aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación económica, educación, autoestima, creatividad, y confianza en otros.

No es raro, por tanto, que ambos tengan mayores expectativas de vida en comparación con otros viejos, ya que sus características coinciden con los resultados de la investigación de Rusk (1997), en el sentido de que los viejos que tienen un espíritu alegre y desenvuelto presentan una menor proporción de trastornos arterioscleróticos, que aquellos

que viven una existencia pasiva y carente de interés. O con lo que sostiene Anderson (1997), que una actividad física intensa, junto con un interés profundo, mejora apreciablemente la etapa degenerativa de la vejez.

Este es un ejemplo de que la vejez no debe ser necesariamente una época de intenso dolor, como lo afirman algunos, como tampoco se puede negar la existencia de muchos ancianos que están en malas condiciones físicas y/o emocionales, pero ello no puede achacarse a la vejez por sí misma, sino a otros factores asociados.

De acuerdo a los datos analizados, se puede concluir que la percepción de la vejez y aceptación de la misma, está cimentada en el equilibrio existente entre la edad biológica, la edad psicológica y la edad social de las personas.

Calidad de vida.

La salud física es un renglón de trascendental importancia en la supervivencia de los adultos mayores, altamente relacionada con la satisfacción personal y con la calidad de vida. Algunos viejos ven con angustia como se les va deteriorando la salud al paso de los años, otros sólo se resignan y sufren calladamente. Otros como el caso de nuestros ancianos entrevistados, no se preocupan demasiado por ello debido a que siempre han sido saludables y saben como conservar la salud; pero también porque son capaces de enfrentar y sobreponerse a las enfermedades, no se dejan vencer fácilmente, luchan contra las adversidades y generalmente salen adelante.

Una característica de estos dos sujetos es que ninguno de ellos se propuso como meta vivir más años, ni siquiera se propusieron tener mejor calidad de vida, esto lo han logrado como consecuencia de su comportamiento habitual y estilo de vida llevado durante muchos años, reforzado por variables personales internas y externas. Por supuesto que les satisface recibir elogios por su buen estado físico, y motivados por ello desean vivir más años, pero esto no lo quieren si el envejecimiento no viene acompañado de una buena salud física y mental.

Su excelente estado de salud, la satisfacción por sus logros, el bienestar basado en la posesión de sus bienes materiales, además de seguridad social y buenas relaciones familiares, son indicativos de que tienen una buena calidad de vida.

J es un ejemplo de vitalidad, nunca ha sido hospitalizada y siempre ha sido muy sana, se ocupa poco por su salud, no acude con frecuencia al médico y prefiere los remedios caseros, confía mucho en su fortaleza física y actitud mental. Trata de sobreponerse al dolor sin tomar medicamentos, sólo consume productos naturistas y vitaminas si es necesario, recurre con frecuencia a su fuerza mental: *“cuando tengo algún dolor, yo solita me repito: ya no te va a doler, ya no te va a doler, y se me quita”*. Es una persona que no tolera la inactividad, ha trabajado desde los 17 años y sigue haciéndolo. Hoy en día permanece activa, y el límite de su actividad sólo está determinado por su capacidad física.

P es muy disciplinado en lo que se refiere al cuidado de su salud, se practica todos los chequeos médicos que le indiquen. Confía mucho en la ciencia moderna y se toma los medicamentos que el médico le receta. Cuando joven era un buen deportista: solía practicar el boxeo, la natación, el excursionismo, además de la intensa actividad que le exigía su trabajo de vendedor. Las caminatas diarias, el cuidado de su salud, su buena alimentación y buenos hábitos, lo mantienen saludable; está convencido de que su calidad de vida tiene mucho que ver con la actividad que ha desarrollado durante toda su existencia.

A juzgar por los resultados, se puede decir que estas personas ni se angustian, ni se resignan por su estado de salud, sino que se ocupan de ella cuando es requerido; uno acudiendo a la medicina tradicional; otro, a través de su fuerza física y mental, y apoyada por la medicina naturista. Ambos en una actitud sensata, siempre previniendo y después remediando, aceptando siempre sus limitaciones.

Ambos se alimentan adecuadamente, a pesar de que en la niñez su alimentación no fue buena, en el caso de **P** incluso era muy mala en sus inicios, debido a las carencias económicas “*Éramos muy pobres, muy pobres*”, recuerda. En cambio **J** corrió con mejor suerte, ya que nunca le faltó nada y su infancia fue satisfactoria.

La dieta actual de ambos no es especial y comen casi de todo, pero seleccionando bien sus alimentos y tratan de que su comida sea balanceada y sana; los dos toman vitaminas para complementar su alimentación.

Lo que hacen diferente con relación a otros en el tema de la alimentación, no es tanto la calidad de la comida como la forma de comer; es decir, aparte de llevar una dieta balanceada, comen puntualmente a las mismas horas todos los días, con tranquilidad y sin prisas, pocos irritantes y grasas, nunca comen hasta saciarse, reposan la comida y caminan rumbo a sus actividades después de comer y cenan muy poco; ambos confiesan tener muy buena digestión. Esto concuerda con lo dicho por G. Sanz, (2002) en el sentido de que una ligera hipo-alimentación es un medio para alargar la vida y disminuir las afecciones digestivas, además de que una correcta ingestión, una masticación adecuada y el debido sosiego favorecen la buena digestión.

En cuanto al sueño, reconocen que cada vez duermen menos horas, sobre todo en el caso de **P** que a sus 94 años siente que no descansa lo necesario (el médico le ha dicho que esto es normal a su edad). Esto concuerda con lo dicho por S. K. Dharma (1998), en el sentido de que los viejos duermen menos que los jóvenes porque aquellos producen menos cantidad de melatonina, la hormona que ayuda a conciliar el sueño, debido a que la glándula pineal, secretora de esta

sustancia, se va marchitando y calcificando con la edad. No obstante, descansan lo suficiente y amanecen con entusiasmo para realizar sus actividades diarias.

Mantienen las suficientes actividades recreativas que les proporciona distracción y esparcimiento. Su tiempo libre lo emplean adecuadamente haciendo lo que les satisface, como la lectura, tocar el piano (ella), o jugar con sus nietos. Actividades que como sabemos, son importantes para complementar un buen envejecimiento.

Por todo lo anterior, se puede afirmar que ambos mantienen un envejecimiento exitoso, porque se ajustan a lo establecido por Fierro (1994): una personalidad sana y madura en la edad adulta, capacidad de comunicación, de amor, de trabajo y de goce, además de la disposición activa y creativa. Pero también es un envejecimiento activo porque mantienen actividades socialmente productivas en un trabajo gratificante, complementado con actividades sociales, económicas y culturales.

Como se puede ver, existen muchos factores involucrados en la calidad de vida de los adultos mayores, y seguramente hay otros, además de los que aquí se han expuesto. Un buen punto de partida para entender el proceso de envejecimiento en su conjunto, lo constituye el estudio y análisis de las diferentes teorías escritas al respecto.

Estas teorías explican el envejecimiento desde el punto de vista biológico, pero también desde el punto de vista social, incluso en una combinación de ambos. Las teorías biológicas mencionan factores como el ADN, la herencia genética o el envejecimiento celular; las teorías sociales mencionan entre otras cosas, la importancia de la interacción de los individuos en la sociedad.

En este sentido, y de acuerdo al enfoque de nuestra investigación, las historias de vida y experiencias personales de nuestros sujetos se ajustan más al enfoque propuesto por las teorías sociales como: la teoría de los ciclos vitales de Neugarten (1968), la teoría de las etapas del desarrollo de Erikson (1970), la teoría de la actividad de Havinghurst (1972), o la teoría cognitiva de Thomae (1971), o una combinación de todas ellas. Sin dejar de reconocer la importancia de la herencia genética.

Lo que sí queda claro es que estos dos sujetos son un modelo de viejos, y un ejemplo a seguir tanto para otras personas similares en edad, pero carentes de calidad de vida, como para las nuevas generaciones, y particularmente para aquellos que están en la etapa pre jubilatoria quienes suelen ser los más vulnerables a los efectos negativos de la vejez.

Seguramente la inercia misma del desarrollo tecnológico y cultural nos llevará tarde o temprano a tener mejor calidad de vida y por ende más longevidad, pero no debemos esperar a que eso ocurra, y no debemos dejarle siempre esa tarea a

otros, hay que empezar ahora. Es preciso que la gente en lo individual tome conciencia de la importancia de su propio envejecimiento y se tomen acciones preventivas antes que correctivas. Por supuesto que dependemos de la interacción y del desarrollo social, pero un primer paso es la auto-percepción del individuo.

La triste imagen que tradicionalmente se ha tenido del anciano es producto de los estereotipos negativos, así como del entorno social y costumbres de la época, donde los factores culturales, económicos y políticos son determinantes. No obstante, es el mismo anciano quien se ha encargado de fomentar ese aspecto negativo, al permitir que la sociedad los manipule y los relegue sistemáticamente. Su actitud pasiva y triste aspecto sugieren un deterioro generalizado que no han sabido o no han podido revertir, a pesar de sus constantes quejas y esporádicos intentos por mejorar la situación. Es cierto que muchas veces no está en sus manos resolver los problemas o no pueden hacerlo debido a sus limitaciones físicas, aspectos culturales o familiares, pero la mayoría de las veces la mala calidad de vida es producto de sus propias limitaciones psicológicas que no les permite desarrollar todo su potencial.

Cualquiera pensaría al ver el aspecto deteriorado de la mayoría de los ancianos, que ese es el destino final de todo ser humano, porque “esa es la ley de la vida”, pero hoy sabemos que no es así, que esa imagen de tristeza y deterioro físico puede ser cambiada por una más alegre y un mejor aspecto físico, siempre que el anciano se lo proponga, no sólo en esta etapa de su vida, sino antes de llegar a viejo. Por supuesto que existen muchos elementos externos que se salen del control individual, pero es esencial que el sujeto crea en sí mismo y haga por su causa antes que espera a que otros lo hagan por él. Afortunadamente cada vez son más las personas que llegan a esta etapa de la vida en mejores condiciones físicas y emocionales. En este sentido, se destaca la imagen de aquellos que han logrado no solo sobrevivir, sino que han alcanzado una buena calidad de vida, comprobando con ello que es posible realizarlo en el mundo actual; entendiendo que la calidad de vida es un tema muy amplio y complejo donde intervienen muchas variables que es difícil controlar, pero al menos se puede tomar nota de lo más elemental.

SUGERENCIAS

El tema de la calidad de vida abarca una gran variedad de alternativas y campos de acción, desde los cuales se pueden plantear sugerencias de cambio que coadyuven a un envejecimiento exitoso. En nuestro país, se pueden mencionar las propuestas gubernamentales derivadas de las políticas de desarrollo social y de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo, donde se habla de extender y propiciar las oportunidades de superación individual, con base en una mejor calidad de los servicios de las instituciones. O la política de superación de la pobreza, consistente en la aplicación de acciones de

educación, de salud, alimentación y vivienda, dirigidas a los grupos más vulnerables. O los programas organizados de trabajo comunitario dirigidos por equipos multidisciplinarios de salud, además de los programas que frecuentemente realiza el INAPAM

Sin embargo, y reconociendo los esfuerzos que algunas instituciones hacen con respecto a los ancianos, las acciones tomadas no son suficientes para atender la gran demanda de atención de éste sector de la población, principalmente en el aspecto preventivo.

Es preciso tomar las medidas necesarias que conduzcan a tener una población de adultos mayores sanos, con un nivel y calidad de vida óptimos, que permita una mejor adaptación medioambiental. Tales tareas corresponden a los gobiernos o a las instituciones con poder de decisión. El psicólogo puede realizar su labor en forma individual o en colaboración con un equipo multidisciplinar en la prevención de la salud gerontológica. La institucionalización de los viejos no siempre es la mejor opción para su cuidado, y puede evitarse si se implementan las medidas de prevención necesarias que proporcionen seguridad y estabilidad a las personas.

Por lo general se sabe cuáles son los estilos de vida saludables más adecuados que se deben seguir y se conocen también los inadecuados, de tal forma que se dispone de los suficientes elementos para decidir que camino tomar con el objeto de frenar o impedir la aparición de distintos problemas de salud. Se conocen los riesgos y consecuencias de fumar, abusar del alcohol, el sedentarismo, la mala alimentación, los malos hábitos de vida, etc. Y a pesar de que existe la tecnología especializada, la gran mayoría de la población de nuestro país no toma las medidas necesarias para adoptar hábitos saludables que les permitan mejorar su calidad de vida. La consecuencia inmediata es la gran cantidad de viejos en deplorables condiciones de salud física y mental, que en muchos casos se constituyen en una carga para la sociedad. Se han implementado diversos proyectos de salud, incluso se han realizado campañas de medicina preventiva a nivel nacional, pero éstos no han sido suficientes, y lo más importante, no se han extendido hacia la gente más necesitada.

Propuesta integral.

Promoción de estilos de vida saludables

La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o deterioran la salud de los individuos. Mc Alister (1981) define como conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, y que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad.

Se conocen actualmente un número importante de comportamientos relacionados con la salud, como son: la práctica del ejercicio físico, nutrición adecuada, adopción de comportamientos de seguridad, evitar el consumo de drogas, entre otros.

Los comportamientos saludables son bien conocidos por la mayoría de la gente en el mundo; se sabe de la implementación de campañas sistemáticas en los países desarrollados para promover estilos de vida saludables. Cada vez se insiste más en que la gente deje de fumar, tenga una dieta adecuada y sano control del peso, reduzca el consumo de alcohol y se someta a reconocimientos médicos en forma periódica. Sin embargo, los resultados de éstas campañas no siempre arrojan los frutos esperados, y la población no cambia a pesar de contar con la información adecuada para mejorar su calidad de vida.

Uno de los mayores obstáculos a los que se enfrenta un profesional de la salud en sus intervenciones es el que el paciente no sigue sus prescripciones, a pesar de proponer procedimientos eficaces para tratar e incluso para prevenir problemas. La explicación puede encontrarse en las actitudes y creencias de las personas.

Fiorentino (en: Oblitas, 2004) menciona que las creencias, actitudes y otras variables son motivadores importantes del comportamiento, una vez que se las ha adquirido. Aunque las personas suelen cambiar al paso de los años, algunas creencias y actitudes permanecen en el individuo por muchos años. Una actitud según Rokeach (1966: 529) es *“una organización de creencias relativamente perdurables sobre un objeto o situación que nos predispone a responder de alguna manera preferencial”*. Por tanto, las actitudes consisten en una serie de creencias que interactúan con otras, predisponiéndonos a actuar o responder a alguna situación de manera predecible.

Es evidente la dificultad que plantea la modificación de creencias y actitudes en el tema del comportamiento sobre la salud. Aunque estas actitudes se han modificado a través del tiempo, aún se puede apreciar que muchas personas mantienen una actitud pasiva ante el tema de la salud y la enfermedad, como consecuencia de ello, presentan sobrepeso, fuman, abusan del alcohol, no hacen ejercicio regularmente y no se hacen chequeos médicos con regularidad; acuden al médico sólo cuando están enfermos. No obstante, es notorio que cada vez más personas adoptan estilos de vida saludables, llevando a cabo cambios relacionados con su salud, que se traducen en un incremento de las expectativas de vida.

Si bien los profesionales de la salud deben poner gran interés para propiciar el cambio de comportamiento con respecto a la salud a largo plazo, no deben olvidarse las creencias y actitudes que explican las conductas de salud, así como otro tipo de variables internas de las personas, que también han sido adquiridas mediante el aprendizaje.

Hoy es claro que la gente se enferma fundamentalmente por lo que hace. La conducta se ha convertido poco a poco en el elemento explicativo de la salud y de la enfermedad; paulatinamente se ha cambiado de las enfermedades infecciosas a las dolencias de la civilización, es decir, aquellas causadas por los comportamientos inadecuados. Esto lo sabemos, pero subyace una cuestión fundamental. ¿Qué podemos hacer?. Este es el gran reto de la psicología en general y de la psicología de la salud en particular (Becoña, Vazquez y Oblitas, 1995).

Es importante saber cuales son las conductas que implican un mayor riesgo de enfermedad y muerte; pero ello no es suficiente para lograr el cambio de conducta. En este sentido, son las técnicas de intervención psicológica en el aspecto conductual las que tienen un importante papel que desempeñar.

Oblitas (2004) propone que la tecnología para el cambio de conducta está basada en dos grandes bloques:

- a) Uno dedicado al cambio de actitudes y creencias para la promoción de una salud adecuada;
- b) el otro, a la utilización de la tecnología conductual para fomentar hábitos de salud adecuados.

Según refiere Matarazo (1991), el principal reto de la psicología en el campo de la salud es demostrar de modo claro que puede producir cambios de conducta y con ellos reducir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades más importantes. Los modelos médicos imperantes y predominantes deben demostrar claramente ésta capacidad. En aquellos países donde se han alcanzado estos objetivos o están en proceso de lograrlos, el peso e importancia de la psicología de la salud es hoy manifiesto.

Caballo (1991) en su obra *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* menciona que toda la psicología conductual, la terapia de conducta y casi toda la psicología clínica tienen como objetivo básico producir cambios de comportamiento, bien sean de tipo interno como externo. Para ello se utilizan técnicas derivadas del condicionamiento clásico operante y vicario, conocidas como técnicas conductuales o cognitivo-conductuales.

Junto a estos procesos de intervención comportamental la evaluación conductual nos proporciona un modelo adecuado, empírico y explicativo de las relaciones, antecedentes y consecuencias vinculadas con la conducta, lo que tiene una gran utilidad para la posterior intervención terapéutica tanto de tipo clínico como en el campo de la salud (Buceta y bueno, 1995).

Un ejemplo de intervención psicológica conductual es el propuesto por Buceta, Gutierrez, Castrejón y Bueno (1995), que muestra lo que se puede hacer con una persona sedentaria.

El programa propuesto, después de la evaluación comportamental inicial y la aplicación de las distintas estrategias psicológicas, debe incluir:

- La información y ajuste de expectativas;

- utilización de instrumentos para la toma de decisiones;
- planteamiento de objetivos;
- selección de la actividad y elaboración de un plan de ejercicio físico;
- control de circunstancias antecedentes y conductas interferentes;
- control de contingencias;
- feedback de la ejecución y de sus efectos;
- autocontrol de la actividad;
- control del cansancio y del dolor;
- desarrollo de la cohesión del grupo;
- y el trabajo conjunto del monitor deportivo.

Un programa de éste tipo exige por tanto, el ajuste adecuado de expectativas, objetivos claramente definidas, manejo adecuado del esfuerzo, incremento del sentimiento de auto eficacia y aumento del autocontrol sobre la conducta.

La promoción de estilos de vida saludables no es una tarea sencilla, no obstante, ello es posible si todos los involucrados se comprometen al cambio. Los conocimientos actuales nos permiten creer que es posible evitar que las personas padezcan enfermedades incapacitantes, que en muchos casos los conduce hasta la muerte; un ejemplo claro es la posibilidad de curar el cáncer cuando es detectado a tiempo.

En los últimos años los distintos órganos de salud nacionales e internacionales han reconocido que la mortalidad y la morbilidad son producidas en su mayor parte por motivos conductuales, por lo que la gente hace, y no por causas infecciosas o envejecimiento natural del organismo (Oblitas, 2004). El riesgo anual estimado de muerte por millón de personas en Estados Unidos se explica por conductas como fumar, abuso del alcohol, accidentes de tránsito, accidentes laborales, etc. (USDHHS, 1989). Los principales factores de riesgo por tanto son: tabaquismo, hipertensión, colesterol elevado, dieta inadecuada, ausencia de ejercicio físico, alcohol, estrés e historia familiar. Sin embargo, la gente por lo general sabe el riesgo al que se enfrenta y sabe también como evitarlo, pero no lo hace.

Por lo tanto, si conocemos que conductas se deben cambiar, si existe la tecnología para hacerlo, ¿por qué no se produce el cambio de modo rápido, y las personas no toman un papel activo para cambiar conductas no saludables por otras que si lo son?.

Bayes (1991), basándose en el Análisis Experimental del Comportamiento y en los principios del aprendizaje, atribuye esa conducta básicamente a tres factores:

- 1) El carácter placentero (reforzante) de la mayoría de las estimulaciones que siguen a muchos comportamientos nocivos, así como a la inmediatez de sus efectos;

- 2) El extenso periodo, que normalmente, separa la práctica de los comportamientos nocivos, de la aparición de la enfermedad en su estado clínico diagnosticable (la fase de latencia del cáncer es de 5, 10, 20, 40 años; el tabaquismo 20; el sida 10 años);
- 3) El hecho de que mientras las estimulaciones carcinógenas proporcionan siempre o casi siempre, una satisfacción real inmediata, la aparición del cáncer o de otros efectos nocivos, son considerados remotos y poco probables.

Además del convencimiento que muchos tienen sobre el poder ilimitado de la medicina moderna, así como las barreras culturales que impiden el cambio, o el cambio en sí mismo como un proceso cíclico y lento, más que un proceso rápido y lineal.

Estrategias para mejorar la calidad de vida.

Las estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida están dirigidas a modificar, en términos de procesos adaptativo-integrativos, una multiplicidad de componentes: biológicos, subjetivos o psíquicos, y socio-ambientales. Se entiende que el bienestar es un estado y un proceso, resultado de la interacción de múltiples dimensiones o subsistemas. Es una realidad dinámica y cambiante, que implica continuas reestructuraciones de esquemas valorativos, cognitivo-emocionales y de comportamiento (Labiano, en: Oblitas, 2004).

En la búsqueda de promoción y procesos saludables está implícita la capacidad de aprendizaje y de adaptación casi ilimitada que tiene el ser humano, así como la necesidad de buscar nuevas respuestas a las rupturas de equilibrio en su organización intra e interindividual. El cambiar requiere energía, y la modificación de esquemas aprendidos, para ello hay que enfrentar la resistencia al cambio, la cual es natural y coexiste con la voluntad o el deseo de cambiar.

Cada individuo debe ser el diseñador de sus pautas de comportamiento a fin de descubrir que es lo más adecuado para sí mismo.

En este sentido, Labiano considera de fundamental importancia para el mejoramiento de la calidad de vida, atender a las siguientes dimensiones:

- *física* (corporal-ambiental,
- *subjetiva* (cognitivo-emocional),
- *interpersonal* (social).

Dimensión física.

En este apartado se incluye la nutrición, el ejercicio físico, la respiración.

El grado de bienestar presente y futuro depende en gran medida del alimento que ingerimos. Si bien no existe una dieta ideal aplicable a todas las personas, dadas las diferencias de edad, sexo, constitución física, actividad individual, etc., existen más de 40 nutrientes básicos que permiten mantener un estado de salud equilibrado. Estos nutrientes los incorporamos al organismo cuando comemos alimentos variados que los contienen. El envejecimiento puede estar

determinado en gran medida por los alimentos que comemos. Hoy sabemos que a mayor edad las personas necesitan consumir mayor cantidad de ciertos nutrientes para compensar las pérdidas naturales producidas por la edad, como calcio, vitamina *b* y vitamina *d* que ayuda a prevenir la osteoporosis.

Se sabe también que la ingesta de abundantes frutas y verduras ayudan a mantener a la gente mucho más sana; presentan índices patológicos más bajos, mayor nivel energético y un mayor control de su peso, en comparación con los que no consumen estos alimentos. Es recomendable por tanto, comer menos carne y más verduras frescas, sin perder de vista la importancia del valor nutritivo de las carnes. Para suplir su consumo, se recomienda comer legumbre y cereales integrales, así como pescados y productos lácteos, sin olvidar, por supuesto, suficiente cantidad de agua.

Una dieta inadecuada puede afectar nuestro estado de ánimo, puede estar asociada incluso con estados emocionales depresivos, ansiedad, fatiga, insomnio. Se recomienda incrementar el consumo de nueces y semillas, productos lácteos y legumbres cocidas para incrementar el nivel energético. Es aconsejable según Davis, McKay y Eshelman, (1985), comer tranquilo y frecuentemente (varias veces al día), así se mantendrá un nivel más constante de glucosa en sangre y evitará las tensiones asociadas con la sensación de hambre.

Ejercicio físico.- Ya se han descrito ampliamente las bondades y efectos positivos del ejercicio. Asimismo, son abundantes y contundentes las pruebas acerca de que la práctica regular del ejercicio constituye un factor protector de la salud física y emocional, además de retrasar el envejecimiento. Por tanto, la inactividad física es un factor de riesgo para la salud, pues contribuye a aumentar la presión arterial. La vida sedentaria favorece la acumulación de tensiones y el desarrollo de alteraciones físicas y emocionales.

Respiración.- Infinidad de trabajos experimentales han demostrado que la función respiratoria se encuentra estrechamente ligada con procesos cognitivos y de comportamiento. Por lo tanto, la regulación respiratoria es esencial para mantener una buena salud física y mental.

La potencialidad del acto respiratorio ha sido reconocida desde hace miles de años por los antiguos yoguis en sus técnicas de *pranayama* (*prana* = energía vital, *yama* = control), así como por los chinos en sus prácticas de concentración. El arte de la respiración se conceptualizó así, como una práctica poderosa para controlar la energía vital y producir estados psíquicos especiales (Labiano, 1996). Buchholz (1994), señala por su parte, que el hábito de una respiración restrictiva puede impedir que ésta realice sus funciones básicas y genere fatiga, debilidad o enfermedad.

La respiración apropiada se debe traducir en una coordinación óptima de los músculos respiratorios; principalmente el diafragma, músculos de la espalda, abdomen, cuello, garganta, pecho y músculos intercostales. La forma en que

respiramos afecta nuestra manera de pensar, de sentir y de comportarnos. Ley (1994) señala que la respiración puede considerarse una variable dependiente que refleja los cambios que se producen en estos tres niveles.

La frecuencia cardiaca, la presión sanguínea y la actividad nerviosa simpática, se incrementan durante la inspiración y disminuyen durante la exhalación, variando también con los cambios que se producen a nivel central (Eckber, Kifle y Roberts, 1980).

Cuando se incrementa la profundidad de la respiración se produce un aumento de la frecuencia cardiaca así como variabilidad de ésta; también se incrementa generalmente, el flujo sanguíneo hacia los músculos esqueléticos y de la frente, pero disminuye en las manos y en los pies (Hirsch y Bishop, 1981).

La respiración diafragmática está vinculada psicológicamente con estabilidad emocional, sentido de control sobre el ambiente, calma, alto nivel de actividad mental y física, y ausencia relativa de estresores. Se ha demostrado que esta respiración puede ayudar cuando se sufre de dolores de cabeza, ansiedad, presión arterial alta, alteraciones en el dormir, manos y pies fríos, etc

Calidad ambiental.- La capacidad individual para modificar, elegir o crear ambientes que se adecuen a las condiciones psíquicas de cada persona es considerada una característica de la salud mental. La participación activa en el manejo ambiental es un ingrediente clave en el funcionamiento psicológico positivo.

La conexión con la naturaleza puede ayudar a equilibrar nuestro mundo psíquico interno, pues nos acerca a nuestras propias raíces, a nuestro interior. Cuando interactuamos con el mundo natural nos tranquilizamos y reducimos el estado de estrés. Locke y Colligan (1991) hacen referencia a la investigación de Roger Ulrich (Universidad de Delaware), el cual hizo un seguimiento durante ocho años a pacientes internados en un hospital de Pennsylvania por razones quirúrgicas. Observó que los que se encontraban en habitaciones cuyas vistas daban a paredes de ladrillo tomaron más analgésicos, sufrieron más complicaciones post-operatorias y quedaron internados por más tiempo, que aquellos que tenían ventanas con vista a un grupo de árboles. Ulrich confirmó así, la importancia del ambiente físico natural en la calidad de vida.

Es fundamental que nuestro estilo de vida incluya actitudes y conductas de protección y cuidado del medio ambiente y que incorporemos el contacto con la naturaleza a nuestra vida diaria. La observación de ésta, ayuda a eliminar el aburrimiento, a la vez que estimula el asombro y la curiosidad. La naturaleza es fuente de inspiración; nos recuerda la fragilidad y la vulnerabilidad de la vida; nos enseña humildad. (Adams, 1993).

Dimensión subjetiva.

Pensamientos irracionales.- de acuerdo con Beck (1979) y con Ellis (1971) existen algunos tipos de pensamientos que se consideran irracionales o deformados, los cuales son creados con base en falsas interpretaciones que nos llevan a sentirnos emocionalmente deprimidos, ansioso o coléricos.

Es necesario diferenciar *hechos* (comportamientos verbales, no verbales de nosotros y otros) de *reacciones cognitivas*; así como las consecuentes *reacciones emocionales* que se derivan de las interpretaciones y evaluaciones realizadas (modelo ABC de Ellis, 1971).

En este sentido, Emery (1984) aconseja lo siguiente:

- Aprenda a conocerse y a estar consciente de sí mismo. Conozca sus metas, sueños, actitudes, creencias, limitaciones, etc., para mejorar su desarrollo personal.
- Aprenda a reconocer y controlar sus pensamientos involuntarios, su diálogo interno frente a situaciones estresantes.
- Cuestiónese la justificación de sus reacciones
- Considere otras formas de explicar la situación. Observe los hechos desde otro punto de vista.
- Pregúntese si vale la pena sentirse así. ¿Cuán duraderas son las consecuencias?
- Trate de ver el lado “positivo” de la situación.
- Identifique sus ganancias personales. ¿Reporta algún beneficio por sentirse mal?
- Pregúntese cuales serían las consecuencias reales si lo que usted teme llegara a ocurrir.
- Tome alguna acción específica para cambiar sus patrones negativos de pensamiento.
- Desarrolle su plan de pensamientos positivos; vacúnese contra el estrés.

Relajación.- La conciencia somática puede definirse como el proceso por el cual percibimos, interpretamos y actuamos sobre la información de nuestro cuerpo (Cioffi, 1991). El estilo de vida que se impone en nuestra sociedad nos lleva a facilitar procesos inconscientes o de desconexión mental con respecto a él. Así como existe una *alexitimia* o dificultad para identificar, discriminar y expresar verbalmente las emociones y estados afectivos, existe también una *alexisomia* (Ikemi e Ikemi, 1986) por la cual, la persona bloquea u obstruye la conciencia de su cuerpo. La insensibilidad somática, obstaculiza la conciencia de las leyes naturales a las cuales respondemos. Es importante aprender a conectarnos con nuestra propia biología ya que habitualmente estamos disociados de ésta. Muchas enfermedades parecieran tener sus raíces en esta inconciencia de las sensaciones corporales (Hanna, 1988).

Los mecanismos de autodefensa pueden contribuir a la falta de conciencia somática. Dirigir la atención hacia las sensaciones fisiológicas puede hacer que los individuos reflexionen más profundamente sobre sí mismos. También surge la necesidad de ignorar las sensaciones somáticas porque éstas están relacionadas con dolor, incomodidad física o

debilidad (cuando la persona está fuertemente orientada hacia el éxito, con una sobreexigencia de rendimiento, tiende a ignorar el cuerpo para mantener cierto equilibrio). Aumentar la conciencia somática permite modificar el estilo de vida personal y favorece procesos saludables (Bakal, 1996).

Cuando queremos saber cómo estamos realmente a nivel corporal, tenemos que dirigir nuestra energía atencional hacia las diversas partes de nuestro cuerpo. La atención mental debe ser fluida, suave y rápida.

Una relajación pasiva consiste en focalizar la atención en diferentes grupos musculares y producir su relajación a través de la imaginería mental y de la conciencia sensorial dirigida. Borkovec, Grayson y Cooper (1978) señalan que, son suficientes frecuentes intentos de relajación mientras se focaliza la atención para promover la reducción de la tensión.

Meditación.- la meditación es una estrategia cognitiva de regulación intencional de la atención momento a momento. Todas las formas meditativas comparten la idea de “centración” en sí mismo, relajación física y mental, es decir, un estado de pasividad generalizado, el cual debe mantenerse aun en pleno movimiento (Labiano, 1991).

Generalmente tenemos el hábito de dirigir nuestra atención hacia el universo exterior. No es habitual prestar atención a nuestro mundo interno. Se afirma que desde hace miles de años la meditación es un procedimiento esencial de desarrollo personal y autoconocimiento. Esta técnica ha estado vinculada estrechamente a prácticas religiosas, pero hoy en día se ha incorporado como un instrumento de crecimiento personal y de autocuración, y se han estudiado científicamente sus efectos psicofisiológicos. Para algunas personas, la meditación es un método eficaz para alcanzar un estado de relajación. La meditación, señala Labiano, tiene características únicas que la distinguen entre otras técnicas utilizadas para manejar el estrés. La meditación puede abrir las puertas a experiencias directas de totalidad. La respiración en este caso, sirve de apoyo central de las prácticas meditativas.

Benson (1977) señala los efectos fisiológicos de la meditación concentrativa: el metabolismo reduce su velocidad; disminuye el consumo de oxígeno, la producción de bióxido de carbono, la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardiaca y la presión sanguínea, así como la cantidad de ácido láctico, que es una sustancia producida por los músculos esqueléticos, asociada con la tensión y la ansiedad. Las ondas alfa y theta aumentan. Actúa favorablemente sobre las siguientes alteraciones: hipertensión arterial, enfermedades del corazón, apoplejías; estados de ansiedad, pensamientos obsesivos, hostilidad. Mejora la atención y la concentración. Solo que para obtener tales efectos evidentes, es necesario practicarla diariamente.

Visualización.- La visualización puede ser dirigida o receptiva. En el primer caso, la mente consciente comunica imágenes al cuerpo y a la mente inconsciente. Aunque no tengamos plena conciencia, esta comunicación ocurre

permanentemente, con consecuencias saludables o perjudiciales. En la visualización receptiva, se lleva a la conciencia información negada o ignorada. Esta visualización está basada en que uno sabe más de uno mismo de lo que cree conscientemente. Este trabajo de imaginería ayuda a tomar conciencia de la información que ha quedado oculta y que podría tener una influencia poderosa en el bienestar del individuo. Según Labiano, la imaginería es el lenguaje directo del inconsciente y del sistema nervioso autónomo que nos permite acceder a niveles más profundos de autoconocimiento.

Ornish (1990) indica que el cuerpo responde a las imágenes tal como éstas suceden en éste momento. Cuando recuerda algo desagradable al cuerpo reacciona en el momento, como si se estuviera todavía en esa situación estresante. La respiración se altera, se acelera y se hace más superficial, sus músculos se tensan, el corazón late más rápido, se siente ansioso o perturbado. Por el contrario, cuando recuerda algo agradable, de intimidad física, de cariño, con un ser amado, o cualquier otra escena armoniosa. Se puede advertir que el cuerpo se relaja, la respiración se tranquiliza, se hace más regular, el corazón late más lentamente, y el individuo se siente bien.

Muchos deportistas profesionales han encontrado que la visualización es un instrumento poderoso para mejorar su rendimiento.

Imaginería o visualización perceptiva.- Peper y Holt (1993) señalan que los *insights* que provienen de la imaginación nos ayudan a crear una motivación internamente dirigida que es necesaria para lograr cambios en el estilo de vida. La imaginería puede ser usada para comprender el significado subyacente de una enfermedad o como un instrumento para aumentar el proceso curativo. La imaginería –como los sueños- ofrece *insights* acerca de los patrones subyacentes a los mensajes del cuerpo. A través de los ensayos imaginativos se facilitan nuevas conductas.

Watson y Tharp (1992) señalan que el descubrimiento puede ser importante, pero es a través de la acción que verdaderamente nos transformamos a nosotros mismos. Si no llevamos a la práctica nuestros *insights* nos desvinculamos de nuestro propio conocimiento interno. Si se ignora un mensaje imaginario que nos guía para hacer un cambio en la conducta, se puede experimentar un sentimiento de estar atascado y no poder progresar

Humor-risa.- El humor es un poderoso antídoto para todas las enfermedades. La medicina, desde tiempos antiguos, el saber popular y nuestra propia experiencia, nos dicen que la risa es una excelente medicina. La risa incrementa la secreción de químicos naturales, como catecolaminas y endorfinas. Las endorfinas son sustancias cerebrales analgésicas y euforizantes que están asociadas con estados creativos. Al reírnos, nos relajamos y favorecemos la producción de endorfinas (Lawson, 1999).

La risa da masajes a órganos vitales; mejora la circulación sanguínea, lo cual brinda una sensación de energía y vitalidad. También disminuye la producción de cortisol y estimula la respuesta del sistema inmunológico; incrementa la oxigenación de la sangre y disminuye el aire residual de los pulmones. Al comienzo, la risa estimula la frecuencia cardiaca y eleva la presión arterial; luego, las arterias se relajan y ocurre lo contrario. La temperatura de la piel sube como una consecuencia del incremento de la circulación periférica. De esta forma, la risa parece tener un efecto positivo sobre alteraciones cardiovasculares y respiratorias (Adams, 1993).

Dimensión social.

Relaciones interpersonales.- El aprendizaje de habilidades interpersonales es fundamental para desarrollar la inteligencia *intrapersonal* (autoconocimiento, claridad de metas, valores, etc.) e *interpersonal* (percepción de señales, interpretación de códigos sociales, intenciones, etc.). Gardner (1983) plantea que ambas inteligencias se fusionan para crear un “sentido del yo”, y que esta inteligencia personal está en relación con una cultura determinada, un sistema de símbolos y significados. Un funcionamiento adaptativo del ser humano solo puede darse a través de un comportamiento integrado a las propias experiencias interpersonales. Según Bandura (1997), las experiencias interpersonales directas o vicarias permiten desarrollar habilidades sociales. Estas habilidades se desarrollan en función de las consecuencias sociales experimentadas o cognitivamente anticipadas.

Un componente fundamental de la calidad de vida de las personas, es la capacidad de mantener relaciones positivas con los demás, el desarrollo de fuertes sentimientos de empatía y afecto por otros seres humanos y lograr un sentimiento de intimidad, así como dar orientación y guía a otros.

Una premisa básica de las relaciones interpersonales, es que todos los seres humanos estamos en un mismo plano de igualdad y de derechos básicos comunes, el respeto a esos derechos contribuye a mantener relaciones satisfactorias, al bienestar interpersonal y a la autorrealización de cada persona.

Levi R. (2003) hace una analogía de la vida con un juego de cartas, estableciendo que la vida se desarrolla y regula con arreglo a unas normas comparables con las del juego. El jugador por supuesto espera ganar, y participa emotivamente en todas las fases de la partida. En los acontecimientos donde no se trata de ganar una partida, sino la propia vida, la emoción está teñida en mayor o menor medida de angustia, la angustia existencial, destacándose entre sus posibles causas el miedo a la muerte, precedida de una etapa de la vida llamada senilidad.

“En el juego de la vida para ganar en la fase más crítica del hombre, que es la vejez, lo decisivo no es el truco o la deslealtad de un tahúr, sino la capacidad de previsión y la habilidad para usar el raciocinio. La apuesta de la partida que “juega” el hombre es alta: transformar la vejez de la etapa más temida y penosa de la vida en la más serena, y no menos productiva que las anteriores.” Levi, R. (2003: 163).

En el juego de la vida, según Levi, el as es la capacidad de utilizar las propias capacidades mentales y psíquicas, sobre todo en la fase senil. Este privilegio, afirma, está al alcance de todos y solo es cuestión de utilizarlo apropiadamente. Solo es necesario vencer los obstáculos que impiden la preparación tanto en la juventud como en la edad adulta que nos permitan ejercer actividades alternativas durante la vejez y enfrentarlas dignamente.

Esta fase de la existencia se puede vivir de un modo positivo, pues depara una visión más amplia y distanciada de la vida que la de los años de actividad laboral plena. Por tanto, el antídoto contra la creación negativa y estereotipada de la vejez, es el uso continuo de esas capacidades que habían permanecido ocultas en etapas anteriores de la vida.

La dieta, el ejercicio físico, las pautas de comunicación familiar y social, creencias y actitudes, prácticas espirituales, etc., son factores que afectan nuestra salud presente y futura. El cuerpo, la mente y el ambiente físico y social, están interconectados y son, por tanto, interdependientes. En la medida que estemos en comunión con ellos, estaremos mas cerca de lograr una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- . Abramis, D. J. (1994): Work role ambiguity, job satisfaction, and job performance –Meta-analyses and review. *Psychological Reports*, 75(3 Part 2), 1411-1433.
- . Adams, P. (1993). *Gesundheit!* Rochester: Healing Arts Press.
- . Anderson, J. (1997) *Actividad como prevención de trastornos psicosomáticos en el cuidado del paciente geriátrico* (pp. 11-23) México: La prensa Médica Mexicana.
- . Arnold, M. B. (1960). *Emotion and personality*, Nueva York, Columbia University press.
- . Auer, E. (1996). *Autorrealización en la juventud, Reflexiones sobre la tercera edad*, Lima, Perú: Universidad femenina del sagrado corazón.
- . Averill, J. (1973): “Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress”, *Psychological Bullentin*, 80, 286-303.
- . Arquiola, E. (1995). *La vejez a debate*. Madrid: consejo Superior de Investigaciones Científicas. Cap. 2.
- . Askham, J. (1994): “Marriage relationship of older people”. *Reviews in Clinical Gerontology*, (4), 261-268.
- . Atchley, R. C. (1985): *Social forces and aging*. Belmont: Wadsworth.
- . Atchley, R. C. (1993): “Critical perspectives on retirement”. En R. C. Thomas, W. A. Achenbaum, P. L. Jacobi y R. Kastenbaum (Eds.) *Voices and visions of aging: Toward a critical gerontology* (3-19), New York: Springer.
- . Backal, D.A. (1996). *Psicología y salud*. España: Desclée de Brower.
- . Baltasar N. A. (1999) *Evaluación de la calidad de vida en ancianos institucionalizados*. Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM: Facultad de Psicología.
- . Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- . Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica* (2º Ed.) barcelona: Martínez Roca.
- . Barraza E. C. (2005). *Problemática Biopsicosocial del envejecimiento, posibles soluciones*. Tesis de licenciatura en psicología. UNAM. Facultad de psicología.
- . Blanco, A. (1985). “La calidad de vida: supuestos psicosociales”. En: Morales, J. F. (comp.) *Psicología Social Aplicada*. Bilbao: DDB.
- . Blenkner, M. (1969). “The normal dependencies of aging”. En: R.A. Kalish (dir.): *The dependencies of old people*. University of Michigan, Ann Arbor, 27-37.

- Becoña, E., Vazquez, F. y Oblitas, L. (1995). “Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud”. *Psicología contemporánea*, 2, 4-15.
- . Beck, J.G.; Stanley, M.A.(1997). “Anxiety disorders in the elderly: The emerging role of behavior therapy”. *Behavior Therapy*, 28, 83-100.
- . Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- . Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. España: Thomson
- . Beauvoir S. (1989). *La terza età*, Einaudi, Turín (trad. castellano: *La vejez*, Barcelona: Edhasa. 1989)
- . Benson, H. (1977). *Relajación*. Barcelona: Pomaire.
- . Berkman, L. F. y Breslow, L. (1983), *Health and Ways of Living: Findings from the Alameda Country Study*, Nueva York, Oxford University Press.
- . Berne, E. (1966). *Games people play*. Nueva York, Grove Press, Trad. castellana: juegos en que participamos, México: Diana.
- . Bianchi, H., y Cols. (1992). *La cuestión del envejecimiento*. Madrid: Biblioteca Nueva
- . Birren, J.E. Schaie, K.W. (1977). *Handbook of the Psychology of Aging*: Van Nostrand Reinhold.
- . Bobbio, N. (1997). *De senectute e altri scritti autobiografici*, Einaudi, Turín. P. 41 (trad. cast.: *De la vejez*, Taurus, Madrid, 1997.)
- . Borkovec, T., Grayson, J. y Cooper, K. (1978). “Treatment of general tensión: Subjetive and physiological effects of progressive relaxation”. *Journal of consulting and clinical psychophysiology*, 25, 696-702.
- . Bowlby, J. (1969), *Attachment and Loss*, vol. 1 Nueva York, Basic Books.
- . Bowlby, J. (1961). *Procesos of mourning*. *Int. J. Psycho-anal.*, XLII: 31-340.
- . Buendía, J. (comp.) y Alba V. (colab.) (1994). *Envejecimiento y Psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI de España.
- . Buendía, J. (comp.) (1976). *Gerontología y Salud*. España: biblioteca Nueva.
- . Brickman, P., y Campbel, D.T. (1971). “Hedonic relativism and planning the good society”, en M. H. Appleby (ed.), *Adaptation-level Theory*. Nueva York, Academic Press.
- . Brock, D. (1996). “Medidas de calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica”. en: Nussbaum, M y Sen, A.. *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura

Económica.

- . Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (Comp.) (1995). *Tratamientos psicológicos de hábitos y enfermedades*. Madrid: Editorial Pirámide.
- . Buceta, J.M., Gutierrez, F., Castrejón, F.J. y Bueno, A.M. (1995). "Tratamiento psicológico del comportamiento sedentario". En: J.M. Buceta y A.M. Bueno (Comp.). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*, 21-104. Madrid: Pirámide.
- . Buchholz, I. (1994). "Breathing, voice and movement therapy: Applications to breathing disorders". (2), *Biofeedback y Self-regulation*, 19, 141-153.
- . Caballo, V. (Comp.) (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: siglo XXI.
- . Carstensen, L.; Edelman, B. (1989). *El envejecimiento y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- . Ciencia y Desarrollo. "Los secretos del envejecimiento". Marzo-abril 1990, Vol. 16, Num. 91, CONACYT, México.
- . Calvo O., F. (2000). *Equilibrio cuerpo-mente, la alegría de vivir*. Madrid, España: Libro-hobby.
- . Caballo V,E; Buela-Casal G. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Ed. Siglo XXI Madrid.
- . Carbonell, C. (1989), "Prevención de la depresión en la edad avanzada", *Psicopatología*, num. 9, (4), pp. 180-182.
- . Castañeda, M. (1994). *Envejecimiento: la última aventura*, México: Fondo de Cultura Económica.
- . Capra, F. (1984). *El Tao de la física*, Madrid, Luis Cárcamo: ed. or., 1975.
- . Cioffi, D. (1991). "Beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretation". *Psychological Bulletin*, 109, 25-41.
- Ikemi, J. y Ikemi, A. (1986). "An oriental point of view in psychosomatic medicine". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, 118-126.
- . Coenen-Huther, J.(1978): "Anthropologie du vieillissement", en *Ecologie et Vieillesse*, Centre International de Gerontologie sociale, VIII Conferéncia International de Gerontologie sociale, París, pp. 225-231.
- . Cumming, E y W.E. Henry (1961): *Growing old, the process of disengagement*. Basic Books Inc., Nueva York.
- . Chavez, C. (1994). *Bienestar Social y nivel de vida*. Revista de Trabajo Social.
- . Chappel, N.L., y Segall, A. (1989), "Health, Helping Networks and Well-Being", *Journal of Aging Studies*, num. 3(4), pp. 313-324.
- . Davis, M. Mckay, M. y Eshelman, E.R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.

- . De Incola, P. (1985). *Geriatrics*. México: Manual moderno, Cap. II.
- . Dean, A.; Kolody, B., y Wood P. (1990), "Effects of Social Support from Various Sources on Depression in Elderly Persons", *Journal of Health and Social Behavior*, num. 31, pp. 148-161
- . DSM-IV-TR *Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* Texto Revisado (2002). Barcelona, España: Editorial Masson, S.A.
- . Durkheim, E. (1951). *Suicide, a study in Sociology*, Glencoe, Il: Free Press.
- . Ellis, A. (1971). *Growth through reason*, North Hollywood, CA.: Wilshire Books.
- . Eckberg, D., Kifle, y Roberts, V. (1980). "Phase relationship between human respiration and baroreflex responsiveness". *Journal of Physiology*, 304, 489-502.
- . Erikson, E. (1970). *La adultez*. México: fondo de Cultura Económica.
- . Erikson, E. (1968). *Identity: youth and crisis*, New York: Norton.
- . Ekman, P.(1982): *Emotion in the human face*, Nueva York, Cambridge University Press.
- . Emery, G. (1984). *Own Your Own Life*. Nueva York: Signet.
- . Ettinger, W. (1998). "Trastornos de las articulaciones y los tejidos blandos". En: *El Manual Merck de geriatría*. (pp. 740-748), Madrid: Harcourt Brace.
- . Evans, M.E.; Copeland, J.R.; y Dewey, M.E. (1991) "Depression in the Elderly in the Community: Effect of physical Illness and Selected Social Factors", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, num. 6, pp. 787-795.
- . Fabre, C.; Préfaut, C. (1998). "Fonctions mnésiques et vieillissement: effets de l'entraînement". In Périé H. et Jeandel C. *Reussir son avancée en age*. Frison-Roche, Paris
- . Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*: SG editores
- . Ferrini, A. y Ferrini, R. (2000) "Health in later years. Biological aging". *Theories and longevity*", cap. 2. Mc Graw-Hill
- . Fierro, A. (1994). "Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer". En: Buendía, J.(comp.) *Envejecimiento y psicología de la salud*. México: Siglo XXI.
- . Fericgla, J. M. (2002). *Envejecer una antropología de la ancianidad*. Editorial Anthropos. España.
- . Ferguson, M. (1983). *The aquarian Conspiracy*, Granada, Paladin [La conspiración de acuario, Barcelona, Kairós, 1985]
- . Finch, J. F. y Zutra, A. J. (1992), "Testing Latent Longitudinal Models of Social Ties and Depresión among the elderly": *Psicology and Aging*, num. 7 pp. 107-118.

- . Franklin, A. J. (1992), *The invisibility Syndrome and the black male*. Informe presentado a la reunión de la American Society of Orthopsychiatry in New York, Nueva York
- . Fromm, E. (1984): *El arte de amar*: Edit.. Piados, México.
- . Fromm, E. (1996): *Espíritu y Sociedad*: Edit. Piados , México.
- . Federico, R. (1979): *Scociology*. Reading, Addison-Wesley.
- . Jeffrey M. Ring (1994). “Aspectos sociales de la depresión en los ancianos”. En: Buendía, J. (comp.) *Envejecimiento y psicología de la salud*. México: Siglo XXI.
- . Gardner, H. (1983). *Frames of Mind: The Theory of Múltiple Intelligences*. Nueva York: Basic Books, Inc.
- . García Z. T. (2002). *Percepción de la calidad de vida de un grupo de ancianos*. Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM, Facultad de Psicología.
- . García, Q. y Lima, O. (1985). *Necesidades humanas. Nivel de vida y Calidad y medio de vida*. La Habana: edit. Cebtro de Estudios demográficos. Universidad de la Habana.
- . Gómez, G. (1985). *Psicología y Sicopatología de la Vejez*. Tesis de licenciatura en comunicación. Universidad Iberoamericana.
- . González-Celis, R. A.; Esquivel, H. R. Y Cárdenas, T. (1997). *Calidad de vida subjetiva y valores*. Un análisis comparativo. Memorias del segundo simposio de calidad de vida, salud y ambiente. México: CRIM UNAM.
- . González y Cepeda (2002) *Aspectos psicológicos de la calidad de vida y autoeficacia en un grupo de ancianos*. Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM, ENEP Iztacala Edo. de México.
- . Gonzalo Sanz L. M. (2002). *Tercera edad y calidad de vida, aprender a envejecer*. Barcelona, España: Ariel, S. A.
- . Gutierrez Robledo L.M. (1994). *Salud del adulto mayor: Plan de acción y estrategias en IMSS* seminario “la salud en el adulto mayor” Centro Médico Nacional Siglo XXI celebrado el 15-16 de agosto de 1994. México.
- . Ham, R. J. Y Sloane, P. D. (1995). *Atención primaria en geriatría*, 2º edic. (Navascupes, I. trad.), México: Mosby/Doyma Libros.
- . Hayflick, L. (1999). *Como y por que envejecemos*. Barcelona: Herder
- . Ham-Chande, R. (2003) *El envejecimiento en México; el siguiente reto de la transición demográfica*: Editorial Porrúa. México.
- . Hanna, T. (1988). *Somatics*. MA: Addison-Wesley.
- . Häfner, H. y Welz, R. (1989). “Social Networks and mental disorder (with special reference to the elderly)”. En: D. Hamburg y N. Sartorius (comp.) *Healt and Behaviour: Selected Perspectives*, Cambridge University Press.

- . Hayflick, L., y cols. (1990). *Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico*. España: Ela
- . Havinghurst, R. J. (1972): *Developmental tasks and education*. New York: David McKay.
- . Henry, W.E. (1964) "The theory of intrinsic disengagement". En: From Hansen (dir.): *Age with a future*. Munksgaard, Copenhagen, 419-424.
- . Héту, J.L. (1988). *Psychologie du vieillissement*. Montreal: Éditions du Méridien.
- . Hirsch, J, y Bishop, B. (1981). "Respiratory sinus arrhythmia in human: How breathing pattern modulates heart rate". *American Journal of Physiology*, 241, 620-629.
- . Hoffman, L. Y Cols. (1997). *Psicología del desarrollo hoy*. Vol. 11. España: Mc Graw-Hill.
- . *Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)*
Concepción Béistegui No. 13, Col. Del Valle.
- . *Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Suvirán"* Depto. de Geriatria
Vasco de Quiroga No. 15 Col. Sección 16 Del. Tlalpan.
- . Ito Sugiyama y Vargas Nuñez (2005) *Investigación cualitativa para psicólogos: de la idea al reporte*. Editorial Porrúa, México.
- . Kalish, R. (1996). *La vejez*. España: editorial Pirámide.
- . Kastenbaum, R. (1980). *Vejez: años de plenitud*. México: Harla.
- . Krassoievitch, M.(2005). *Psicoterapia geriátrica*. México. Fondo de cultura Económica.
- . Bedregal X. (abril, 2005) "Que hacemos con las viejas". *Suplemento mensual: La Jornada*. pp. 4-5.
- . Lambarri R.A. (2001). *El pensamiento mágico-religioso en la salud-enfermedad desde la representación social*. Tesis de maestría en psicología. UNAM. Facultad de Psicología.
- . Lara de Santiago E. (1984). "Aspectos psicológicos del proceso de envejecimiento". En: *Memorias del II seminario de asistencia Social al anciano*. Agosto 1984. sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF.
- . Labiano, L.M. (1991). "La meditación. Características y aportes al proceso psicoterapéutico". *Terapia psicológica*, 15, 55-59.
- . Labiano, L.M. (1996). "La técnica de la respiración". *Salud mental*, 19, 31-35.
- . Labiano, L.M. (2000). "Dimensiones del sentimiento de bienestar". *Sextensiones*, 6, (1-2), 73-80.
- . Laforest, L. (1991). *Introducción a la gerontología*. Barcelona: Herder, Cap. 2.

- . Lawson, J. (1999). *Cúrese con las endorfinas*. Barcelona: Vital.
- . Leer, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Helder.
- . Ley, R. (1994). "An introduction to the psychophysiology of breathing". *Biofeedback and self-regulation*, 19, 95-97.
- . León Portilla, M. (1984). "La vejez en México prehispánico". En: *memorias del II Seminario de Asistencia Social al anciano*. Agosto, 1984; Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la familia, DIF).
- . Levi M. R. (2003) *El as en la manga, los dones reservados a la vejez*. Barcelona:. Critica.
- . Levi, L. y Anderson, D. (1980) *La tensión psicosocial, población, ambiente y calidad de vida*. México: Manual Moderno.
- . Liang, J. (1984). "Dimensions of the Life Satisfaction" Index A: A structural formation. *Journal of gerontology*, 39, 613-622.
- . Liébana, J.A. (1993). "Modelos locus control en tercera edad". En R. Rubio Herrera et al. (eds.). *Gerontología Social: perspectivas teóricas y de intervención* (pp. 405-411. Jaén: Diputación Provincial.
- . Locke, S. y Colligan, D. (1991). *El médico interior*. Barcelona: ediciones Horizonte.
- . Lozano M. A.; Martínez V. V. (1998) "Calidad de vida en ancianos". *Colección Ciencia y Técnica* Ed. Universidad de Castilla-La Mancha.
- . Lowen, A.(1978). *Bioenergética*: Editorial Diana. México
- . Lübbe Verlag G. (1975) *Los viejos pecadores viven más*. México: Extemporáneos.
- . Martín, P. (1991). "Life Patterns and Age Stiles in Older Adults". *International Journal of Aging and Human Development*, 32(4), 289-302.
- . Maslow, A. (1976). *El hombre autorrealizado*, Barcelona: Kairós
- . Matarazo, J.D. (1995). "Conducta y salud: Integración de la ciencia y la práctica en psicología y medicina, un siglo después". *Psicología contemporánea*, 2, 16-31.
- . Mc Alister. A. L. (1981). "Social and environmental influences of healt behavior". *Healt education Quarterly*, 8, 25-31.
- . Mezies, T. y Boak, R. (1994). "The quality of life as perceived by students in a collage of applied arts and technology". *Collage Student Journal*, 28 (I), pp. 46-56.
- . Mishara, B.; Riedel, R. (1986). *El proceso de envejecimiento*. España: Morata.
- . Miller, P.H. (1979): *Theories of developmental psychology*, Nueva York, W.H. Freeman and company.

- . Montes de Oca, V. (1999). *La situación de los adultos mayores en el Distrito Federal*. México: Gobierno del Distrito Federal.
- . Motlis, J. (1985): *El dado de la vejez y sus seis caras; como interpretar el acontecer del envejecimiento*: Altalena Editores. Madrid, España.
- . Morris, J. N., Heady J. A., Rafle, P. A., Roberts, C. G., Parks J. W. (1953). "Coronary heart disease and physical activity of work". *Lancet*, 1053-1057.
- . Morris, J. N. Clayton D. G., Everitt M. G. S., Semmense A. M., Burgess E. H. (1990). "Exercise en leisure time: Coronary attack and death rates". *British Heart J.*, 63 : 325-34.
- . Murphy, E.; Smith, R.; Lindsay, J. y Slaterry, J. (1988) "Increases mortality rates in late-life depression" *British Journal of Psychiatry*, num. 152, pp. 347-353
- . Murray, H.A. (1938). *Explorations in personality: A clinical and experimental study of fifty men of college age*. New York: University press.
- . Negrete A. B. (1999). *Evaluación de la calidad de vida en pacientes institucionalizados*. Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM. Facultad de Psicología.
- . Neugarten, B. L. (1968): *Middle age and aging*. Univ. de Chicago. Press, Chicago, 5-28.
- . Neugarten, B.; Havinghurst, R.; Tobin, S. (1961). "The measurement of life satisfaction". *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- . Neugarten, B.; Havinghurst, R.; Tobin, S. (1968). "Personality and patterns of aging". En Neugarten B. (ed.). *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- . Oblitas A. L. (Coord.) (2004) *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: International Thomson.
- . OMS (1999). *Healthy aging*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- . Ornish, D. (1990). *Program for Reversing Herat Disease*. Nueva York: Random House.
- . Ortony A., Clore L. G., Collins, A. (1996). *La estructura cognitiva de las emociones: Siglo XXI de España*.
- . Ortiz, J. (1995). *Envejecimiento: programa genético o desgaste?*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia (INHA).
- . Ortuño G. (1990). "Alteraciones morfológicas en el envejecimiento cerebral". En Hayflick, L.; Barcia, D.; Miguel, J. (Comps.) *Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico*. España: Grafiris.
- . Ortega Rivera R. (2000). *Autoestima de personas jubiladas y su relación con algunos aspectos de calidad de vida*. Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM. Facultad de Psicología.

- . Peplaw, N. y Periman, L. (1995). *Gerontología Social*. Edit. Herder. Barcelona, España.
- . Peper, E. y Holt, C.F. (1993). *Creating Wholeness*. Nueva York: Plenum Press.
- . Périe, H.; Jeandel, C. (1998). *Réussir son avancée en age. Evaluation des activités physiques en gérontologie*. Frison-Roche, Paris.
- . Petzold, H. & Bubolz, E (Hrsg) (1979): *Psichoterapie mit alten Menschen*. Paderborn: Junfermann.
- . Phillips, J. S.; Barret, G. V. y Rush, M. C. (1978): "Job structure and age satisfaction". *Aging and Work*, I (2), 109-119.
- . Pitt, B (1986) "Characteristics of depression in the elderly", en: E Murphy (comp.), *Affective Disorders in the Elderly*, Londres, Churchill, Livingstone.
- . Powel, K. E., Thompson P. D., Caspersen C. J., Kendrick J. S. (1987). "Physical activity and the incidence of coronary heart disease". *Annu. Rev. Public Health*, 8 : 253-87.
- . Préfaut C., Massé-Biron J. (1989). "Aptitude Physique aérobie et vieillissement". *Sci. Sports*, 4 : 185-91.
- . Quintero, G. y González, U. (1997). "Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada". En: Buendía J. (comp.). *Gerontología y salud; perspectivas actuales*, Madrid, España: biblioteca Nueva.
- . Ramírez Santos C. (2004). *Evaluación del autocuidado de la salud y calidad de vida en ancianos*. Tesis de licenciatura en Psicología, UNAM: Facultad de Psicología.
- . Reichard, S.; Levinson, F., y Peterson, P.G. (1962). *Aging and personality: a study of 87 older men*. Nueva York: John Wiley.
- . Ryff, C.D. y Singer, B. (1996). "Psychological well-being: Meaning, measurement and applications for psychotherapy research". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14-23.
- . Rodríguez Sierra O. (2002). *Mejoramiento de la calidad de vida en pacientes crónicos*. Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM: Facultad de Psicología.
- . Roberts, R.E.L.; Richards, L.N. y V.L. Bengston (1991): "Intergenerational solidarity in families: untangling the ties that bind". En S.P. Pfeifer y M. B. Sussman (Eds.), *Families. Intergenerational and generational connections* (11-46). New York: The Hawort Press.
- . Ramírez G. L. (1998). "*Propuesta de un modelo de calidad de vida: Las apreciaciones subjetivas del bienestar psicosocial en las amas de casa*". Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM: ENEP Iztacala Edo. de México.
- . Rodin, J. (1986). "Aging and health: Effects of the sense of control". *Science*, 223, 121-126.
- . Rokeach, M. (1966). "Attitude change and behavior change". *Public opinion Quarterly*, 30, 529.

- . Rusk, A. (1997) *Cambios psicológicos en la vejez. En el cuidado del paciente geriátrico* (pp. 110-112) México: La prensas Médica Mexicana.
- . Rubio, (1992). “El mito del envejecimiento cronológico, la improductividad y el deterioro cognitivo”. En R. Rubio et al. (comp.). *Lecturas de gerontología Social* (pp. 69-96). Granada: ICE de la Universidad de Granada.
- . Rubio, R. (2003). “¿Cuándo comienza la dependencia en el mayor?”. *Geriatrka*, 19, 11-18.
- . Salvarezza, M. (1988). *Psicogeriatría. Teoría clínica*: edit. Piados, Buenos Aires.
- . Sánchez, C.; Ramos, F.(1982). *La vejez y sus mitos*: Salvat Editores. Barcelona. España.
- . Sansores, P. C. (1979). “Los problemas de la vejez y los sistemas de jubilación” en: *Jornadas sobre problemas de la vejez y del envejecimiento*, celebrado el 22 de junio de 1979, México: Universidad del Ejército y Fuerza Aérea.
- . Sarason, I. ; Levine, H.M.; Basham, R.B. y Sarason, B.R. (1983), “Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire”, *journal of personality and Social Psychology*, num. 44, pp. 127-139.
- . Schaie, K.W.(1989). “Perceptual speed in adulthood: cross-sectional and longitudinal studies”. *Psychology and aging*, 4, 443-453.
- . Schaie, K.W., y Willis S. L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- . Schuknecht, H. F. (1964). *Further observations on the pathology of presbycusis*. *Archives of Otolaryngology*, 80, 369-382.
- . Segura M. (2001). *Percepción de la vejez por adultos mayores de diferente estrato cronológico*. Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM: ENEP Iztacala, Edo. de México.
- . Shin, D. y Jonson, D. (1978). “Avowed Happiness as an overall assessment of quality of life”. *Social Indicators Research* (5), pp. 475-492.
- . Skinner, B. F. y Vaughan, M. E. (1986) *Disfrutar la vejez*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- . S. K. Dharma (1998) *Rejuvenece tu Cerebro*. Barcelona: Ediciones Urano, S. A.
- . S.S.A. (1974) Fundación Casa Hogar para ancianos “Matías Romero”. *Programa de rehabilitación integral del anciano*. Fundación Matías Romero I.A.P. Secretaría de Salubridad y Asistencia México.
- . Smidt, D. J. (1972). “Höherers alter und sport”, en: W. Holmann (comp.), *Zentrale the men der sportmedizin*. Berlín, Springer, pp 188-198.
- . Strejilevich, M. (1986). “Reflexiones sobre temas de gerontopsiquiatría”. *Revista de Psiquiatría Dinámica y Salud mental*. Instituto Phillippe Pinel, Rosario Argentina, 9-18
- . Thomae, H, (1971). *Persönlichkeit. Eine dynamische Interpretation*. Bonn: Bouvier.

- . Thomae, H, (1970). "Theory of aging and cognitive theory of personality". *Human development*, 13, 1-16.
- . Thompson, S. (1981): "A complex answer to a simple question: will it hurt less if I can control it?". *Psychological Bulletin*, 90, 89-101.
- . Thompson, S. C. y Spacapan, S. (1991): "Perceptions of control in vulnerable populations", *Journal of Social Issues*, 47 (4), 1-21.
- . Todd, E.(1983): *La Troisième Planète. Structures familiales et systèmes idéologiques*, Paris Seuil.
- . Tortosa J. M.(2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- . Tunstall, J.(1966) *Old and alone; a sociological study of old people*. Londres.
- . Unión Nacional de Jubilados y pensionados Sector Público, A. C.
Gómez Farías No. 40 Int. 2 Tel. 55 79 46 20
- . U.S.D.H.H.S. (1989). *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Office on smoking and health.
- . Viamonte, M. (1993). *Al encuentro de la salud; felicidad y longevidad*, México: Trillas.
- . Vega, J. L. y Mateos, P. M. (1988): *Motivación y educación de adultos*. Ediciones de la diputación. Salamanca, España.
- . Vega, J. L.(1996): *Desarrollo adulto y envejecimiento*: Editorial Síntesis, Madrid, España.
- . Vicens, J. (1995). *El valor de la Salud: una reflexión sobre la calidad de vida: siglo XXI de España* Editores S. A.
- . Walker, S. N. et. al. (1988). "Health promotion on Lifestyle of Older Adults: Comparisons with young and middle-aged adults". *Advances in nursing Science* num. 11, pp. 76-90.
- . Watson, D. y Tharp, R. (1992). *Self-Directed Behavior: Self-modification for Personal Adjustment*, (6th ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- . Webster, J. y Cappeliez, P. (1993). "Reminiscence and autobiographical memory: Complementary contexts for cognitive aging research". *Developmental review*, 13, 54-91
- . Wechsler, D. (1958). *The measurement and appraisal of adult intelligence*. Baltimore: Williams y Wilkins.
- . Williamson, J.; Stokoe, I.H.; Gray, S.; Fish, M.; Smith, M. y McGhee (1964), "Old People at Home: The Unreported Needs", *Lancet*, 1, num. 1, pp. 1117-1120.
- . Watzlawick, P.; Weakeland J; y Fisch R. (1986). *CAMBIO formación y solución de los problemas humanos*: editorial Herder, Barcelona, Esp.

. Yuste, R.; Rubio, H.; Aleixandre, R.(2004). *Introducción a la psicogerontología*: ediciones Pirámide. Madrid, España.

. Zimmermann, M. (1998). *Psicología ambiental y calidad de vida*: Computextos laser, Bogotá Colombia.

Cédula de identificación

- a) Edad
- b) Sexo
- c) Escolaridad
- d) Estado civil
- e) Nivel socioeconómico
- f) Lugares de residencia
- g) Lugar de origen de los padres

GUÍA DE ENTREVISTA

- 1.- ¿Qué es para usted la vejez?
- 2.- ¿En su opinión, cuando se inicia la vejez?
- 3.- ¿Qué opinión tiene de otros viejos?
- 4.- Historia familiar:
 - 4.1 infancia
 - 4.2 juventud
 - 4.3 vida adulta
- 5.- ¿Cómo ha experimentado su propio envejecimiento físico en lo siguiente:
 - 5.1 envejecimiento cerebral
 - 5.2 envejecimiento sensorial
 - 5.3 aparato respiratorio
 - 5.4 aparato digestivo
 - 5.5 aparato urinario
 - 5.6 aparato locomotor
 - 5.7 aparato cardiovascular
- 6.- ¿Cómo ha experimentado emocionalmente su envejecimiento (tristeza, depresión, etc.)
- 7.- ¿Qué cambios internos ha experimentado, en cuanto a:
 - 7.1 personalidad
 - 7.2 inteligencia
 - 7.3 actitud
 - 7.4 emociones
- 8.- ¿Cómo han afectado en su vida los factores externos tales como:
 - 8.1 familia
 - 8.2 trabajo
 - 8.3 roles sociales
 - 8.4 jubilación
 - 8.5 duelos
 - 8.6 desempleo, otros

9. ¿Cómo definiría usted la calidad de vida?
10. ¿Para usted que es el envejecimiento exitoso?
11. ¿Qué actividades físicas realiza habitualmente?
12. ¿Cómo es su alimentación y descanso?
13. ¿Cuáles son sus gustos, pasatiempos, aficiones?
14. Describa una semana normal de su vida
15. ¿Quién cree usted que tiene mayores expectativas de vida, el hombre o la mujer, y por qué?