

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**TESINA**

HACIA UNA CULTURA DE LA VEJEZ BAJO UNA PERSPECTIVA  
PSICogerontológica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**ADRIANA SOTO ANDALÓN**

MTRA. MA. DEL REFUGIO CUEVAS  
TUTORA

12 DE SEPTIEMBRE DE 2007



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

Gracias a Papá *Dios* y a la vida por dejarme existir.

Gracias a mi *Madre M<sup>a</sup>. Guadalupe Andalón* presente en todo momento, guardadora de secretos y fuente inspiradora de amor, gracias por estar siempre conmigo y por enseñarme tantas cosas, entre ellas vivir y disfrutar todos los pequeños instantes de existencia, de esencia humana, de lo sencillo de una frase, de una oración a Dios, y de lo maravillosa que es nuestra familia.

Gracias a mi *Padre Carlos Soto* héroe de aventuras y experiencias, a quien dedico esta tesina con cariño y respeto, por estar siempre presente en mi vida y por enseñarme a caminar en este mundo.

Gracias a ti querida hermana *Alma Angélica*, por la guía espiritual, por ese toque de fortaleza y ese gran misterio que envuelve su incomparable amor a sus hijos. Dedicado a ese par de angelitos que día a día me enseñan el mágico mundo de las travesuras, para ti querida pequeña *Sandy*, para ti querido pequeño *Ricardo*.

Agradezco infinitamente el apoyo incondicional de la *Lic. Ana Judith Soto*, por todas las facilidades otorgadas (aportación de materiales, sus atinados argumentos y su invaluable afecto), por la motivación, apoyo emocional, comprensión y por ser fuente inspiradora del Conocimiento Humano, gracias a mi pequeña princesa *Lupita Anahí*, fuente de amor y ternura; agradezco al apoyo incondicional de *Cesarín* por mostrarme tenacidad y esfuerzo por su intensa búsqueda hacia la felicidad.

Gracias a *Karla Cereza* por creer en mi y por las demostraciones de afecto.

Gracias a ti *Aurorita* por iluminar mi sendero con tu luz, por la guía espiritual, tu amor incondicional, por mostrarme que se puede disfrutar de la vida pese a su dolor, por tu protección y cuidados.

Gracias a mi Tía *Susy* por demostrarme su capacidad de educar, dirigir y sobresalir en momentos difíciles, a mi Tío *Luís Maldonado* por su gran capacidad de humildad, generosidad, alegría, sabiduría y su incomparable amor a Dios.

Gracias a esa Gran Amiga, a la mejor de todas, por estar siempre conmigo, por no dejarme ir, por compartir tu valioso tiempo, por tu cariño, por tu tenacidad por demostrarme el sentido en mi vida, esperando que disfrutes este logro tanto como yo, a ti Socia, Cómplice y Comalle. *Mary*.

Gracias a mi gran familia tan importante para mí, dedicado a cada uno de ustedes, gracias por estar conmigo, ayudarme a crecer, por sus cuidados y sus palabras de aliento y consuelo, a mis Tíos: Rosendo, Hilarión, Florentino, Luís, Toño, Gabriel y Gloria, y a mis Primos: Beto, Tony, Roberto, Mayra, Marco, Diego, Nidia, Miguel, Chayito, Laura, y a mi gran compañera de juegos Noemí, a todos ellos mi amor y agradecimiento.

*Adriana Soto Andalón.*

## AGRADECIMIENTOS.

GRACIAS a la *UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO*, por dejarme ser parte de la gran familia universitaria, por guiar mi vida académica y por consolidar mi formación profesional.

Gracias a cada uno de mis sinodales por todo el esfuerzo de entenderme, por su incomparable paciencia, por las apreciables correcciones para la culminación de esta investigación, y sobre todo por abrir posibilidades hacia la atención a los Adultos Mayores.

Gracias a mi tutora de tesina la *Maestra Ma. Del Refugio Cuevas* por toda la paciencia, comprensión y cariño demostrado en cada momento para la realización de esta investigación, por sus consejos, su entusiasmo y sobre todo su calidez humana.

Gracias a la *Maestra Manuela Meztlí Alarcón* por sus enseñanzas, experiencias compartidas, por su invaluable afecto y por ser uno de mis principales pilares profesionales, a la cual admiro y respeto, porque me ha enseñado y demostrado que el tiempo es oro.

Gracias a la *Maestra Alejandra Luna*, sus observaciones, por la apertura hacia la revisión de la tesina, por su voto de confianza y sobre todo por creer en mi.

Gracias al *Maestro Alfonso Correa* por apoyarme en mi proceso de titulación, por brindarme su tiempo y su preocupación por la culminación de esta investigación.

Gracias al apoyo generoso de mi guía académico y laboral, al *Maestro Clemente Barragán Velásquez*, responsable de esta aventura llamada VEJEZ, por mostrarme el camino a seguir en la aceptación de nuestra propio envejecimiento, gracias por contar con su apoyo en cada momento que lo necesito y por demostrar tenacidad y esfuerzo por la intensa lucha de una cultura a favor de la vejez.

Gracias a cada uno de mis maestros que han compartido sus conocimientos y que han dejado huella en mí para ser profesional, responsable, con valores y calidez humana; por su dedicación y esfuerzo.

Patricia, Norma Bautista, Celso Gómez, Margarita, Ma. De los Angeles Mendizabal, Nohemi Becerra, Teresa Falcón, Silvia Campos, Hector, Oscar Lara, Alfredo Jimenez (gracias por conocer el mágico mundo del arte escenico), Felix Salamanca, Alejandro Escoto, Yolanda, Juan Carlos del Razo Becerril, Jesus Barroso, Dení Salazar, Vicente Cruz, Salvador García, Gerardo Villalvazo, Ana María Rosado, Maestra Guillen, Cecilia Amezquita, Enriqueta Figueroa, Julieta García, Alma Patricia, Alberto Solís, Elizabeth Mora, Angela Salazar, Hilda Espinoza, Armando Chavez Chavez, Carmen Nuñez Castro, Beatriz Pérez Pérez, Carmen Juarez Toledo, etc.

Adriana Soto Andalón.

## AGRADECIMIENTOS

Gracias por estar conmigo cada momento que te necesito, por tus testimonios, por tus palabras, tu preocupación por guiarme al camino con el supremo, a ti. *MISIONES*

Gracias a mis mejores amigos *Roberto Romo* por estos 14 años de amistad; y *Gerardo Calzada* por sus risas, canciones, por compartir tus sueños y afecto.

Gracias a mis compañeros de viaje que han marcado mi existencia y mi camino por esta vida. Towy, Chiquis, Leticia Flores, Alejandra Aquino, Alejandra Estrada, Luíś Martínez, Rubén Medina, Belem, Luíś Hormigo, Edith González, Brenda Yunuen, Iván, Pedro Blancas, Elizabeth Castro (por tu gran amistad y sensibilidad), Aleida Alavez, Leticia Salinas (gracias por tu honestidad y por los buenos ratos en la Universidad), Patricia Ramírez (gracias por estos 10 años de amistad, por tu sencillez y cariño incondicional), Carlos Sixto (gracias por tu aprecio, sugerencias y compartir tu conocimiento), Jenny López (gracias por ser como eres, por tu libertad y tu buena vibra), Gabriela Sierra (gracias por estar en momentos tan difíciles para mi y por ser profesional a seguir), Carlos Gandarilla, Raúl Ortiz, Jaime Luna, Wally, Karen, Ruy, Spaiky, Angélica Fernández Chávez (gracias por tu cariño, sencillez, por tu apoyo y por coincidir en este mundo), Carlos Salazar, Gloria Herrera (gracias por mostrarme tu tenacidad y franqueza), Marcela, Mauricio Hernández, teacher, Violeta Sánchez, Luíś Santos, Leidy, Gary, Nadia (gracias por esos momentos compartidos en nuestros viajes, por su amistad y por tu alegría impregnada en toda la oficina), Patricia Pascual (gracias por tu tiempo y preocupación, por ser especial en mi camino hacia mi encuentro), Elvia Millán, Laurita Noyola (gracias por escucharme y por todos tus consejos) y Víctor (gracias por todo el apoyo recibido, tus atenciones y por nuestras reuniones de trabajo matutinas), a cada uno de ellos *¡MIL GRACIAS!*

Gracias a las familias *Vázquez Ugalde*, y *Escobar López* por todo el aprecio, apoyo emocional y muestras de cariño brindadas a mi familia, gracias por tantos años de amistad.

Gracias a las Instituciones. Subdelegación Territorial Paraje San Juan, Sistema para el Desarrollo Integral para la Familia del Distrito Federal, Albergue *La Coruña*, *Ventana Cultural*, Instituto Federal Electoral Distrito XX y el Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social del Estado de México, por confiar en mi y por ser parte de su gran familia Laboral.

*Adriana Soto Andalón.*

## INDICE

<b>RESUMEN</b>	6
<b>INTRODUCCION</b>	7
<b>PROBLEMATICA</b>	9
<b>OBJETIVO</b>	9
<b>METODOLOGIA</b>	9
<b>CAPITULO I</b>	
CARACTERISTICAS FISICAS DEL ADULTO MAYOR	10
A. Teorías Celulares del Envejecimiento	11
B. Teorías de los Sistemas de Órganos del Envejecimiento	11
C. Teoría del Envejecimiento de los Sistemas Orgánicos	11
D. Cambios Orgánicos en el Envejecimiento	12
E. Envejecimiento Normal	18
F. Envejecimiento Patológico	19
G. Transición Epidemiológica	19
1. Enfermedades Transmisibles	20
a. Neumonía	21
2. Enfermedades Crónico – Degenerativas	21
a. Enfermedades del Corazón	21
b. Tumores Malignos	22
c. Diabetes Mellitus	22
d. Enfermedades Cerebro – Vasculares	23
e. Cirrosis	24
f. Enfisema	24
g. Asma	24
h. Desnutrición	24
i. Nefritis	25
j. Infecciones Intestinales	25
k. Úlceras Pépticas	25
l. Lesiones y Accidentes	26
<b>CAPITULO II</b>	
CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL ADULTO MAYOR	28
A. CORRIENTES PSICOLÓGICAS	29
1. Conductismo	29
2. Psicoanálisis	29
3. Enfoque Psicodinámico	30
B. Cambios Cognoscitivos	34
1. Memoria	35
2. Aprendizaje	36
3. Inteligencia	36
4. Creatividad	37
5. Lenguaje	37
C. Cambios Afectivos y de Personalidad	37
1. Afecto	38
2. Autoestima	38
3. Personalidad	38
4. Pérdidas y Duelo	39
a. Etapas del Duelo	40

1)	Negación e Incredulidad	40
2)	Enojo, Ira y Rabia	40
3)	Negociación y Regateo	41
4)	Tristeza y Depresión	42
5)	Resignación y Alivio	42
6)	Aceptación	42
b.	Duelo Normal	42
c.	Duelo patológico	43
D.	Envejecimiento Psicológico Normal	44
E.	Envejecimiento Psicológico Patológico	44
1.	Demencia	44
a.	Sintomatología	45
b.	Criterios DSM-IV para Dx Demencial	46
c.	Causas	47
d.	Clasificación de las Demencias	47
2.	Depresión	49
a.	Sintomatología	49
b.	Criterios DSM-IV para Dx del Trastorno Depresivo Mayor	50
c.	Causas	51
3.	Suicidio.	52
a.	Conducta Suicida en Adultos Mayores	52
b.	Factores de riesgo	54
<b>CAPITULO III</b>		
<b>CARACTERISTICAS SOCIALES DEL ADULTO MAYOR</b>		57
A.	Transición Demográfica	57
1.	Envejecimiento Demográfico	59
2.	Factores que Intervienen en el Envejecimiento Demográfico	60
3.	Proyecciones Poblacionales	62
B.	Teorías que explican el Envejecimiento Social	63
1.	Teoría de la Desvinculación	64
2.	Teoría de la Actividad	65
3.	Teoría del Contexto Social	66
4.	Teoría de la Continuidad	67
5.	Teoría de la Ancianidad como Subcultura	67
6.	Teoría de los Ancianos como Grupo Minoritario	67
7.	Teoría de la Estratificación Social	67
C.	Proceso del Envejecimiento Social	68
1.	Socialización	68
a.	Aceptación	69
b.	Acomodación	69
c.	Adaptación	69
d.	Asimilación	70
e.	Integración	70
f.	Respuesta Social	70
1)	General	71
2)	De los Afectados	71
g.	Familia y Vejez	71
1)	Teorías que explican a La Familia	73

a)	Teoría Estructural	73
b)	Teoría Interaccional	73
c)	Teoría del Intercambio	73
2)	Roles Familiares	74
3)	Entorno Familiar Mexicano	75
D.	Cambios Sociales	77
1.	Jubilación	78
a.	Efectos de la Jubilación	79
b.	Procesos de Jubilación	80
2.	Rol y Estatus	81
3.	Cultura y Vejez	83
4.	Opinión Pública y Ancianidad	84
5.	Ocio y Tiempo Libre.	85
6.	Economía	87
a.	Prestaciones Económicas	88
E.	Envejecimiento Social Normal	88
F.	Envejecimiento Social Patológico	89
1.	Discriminación	90
2.	Mitos y Prejuicios	92
3.	Maltrato	95
a.	Factores Desencadenantes	95
b.	Tipos de Maltrato	96
1)	Maltrato físico	96
2)	Maltrato psicológico	97
3)	Abuso sexual	97
4)	Maltrato y abandono emocional	97
5)	Abuso Patrimonial	98
6)	Negación de derechos	98
7)	Negligencia o abandono	98
8)	Maltrato social	98
9)	Restricciones físicas, químicas y psicológicas	98
G.	En Defensa de sus Derechos	99
1.	Ley de los Derechos de las personas Adultas Mayores del Distrito Federal.	99
2.	Redes de Apoyo	109
a.	Espiritualidad	110
b.	Apoyo familiar	111
c.	Grupos de tercera edad	112
d.	Apoyo Internacional	117
e.	Apoyo Institucional Nacional	119
f.	Apoyo Institucional en el Distrito Federal	121
<b>CAPITULO IV</b>		
PERSPECTIVA PSICOGERONTOLOGICA, HACIA UN MODELO DE INTERVENCIÓN		124
A.	Psicología del Envejecimiento	126
1.	Breve Reseña Histórica	126
B.	Intervención Psicogerontológica	128
1.	Consideraciones Especiales	130



2.	Valoración Psicogerontológica	136
a.	Entrevista	136
b.	Examen Mental	138
c.	Evaluación Psicométrica	139
d.	Integración del Reporte Psicogerontológico	140
3.	Prevención: Un llamado al Auto cuidado	141
4.	Atención Psicológica	143
5.	Rehabilitación Biopsicosocial	145
a.	Terapia Ocupacional	146
	<b>ANÁLISIS</b>	151
	<b>CONCLUSIONES</b>	153
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	156
	<b>ANEXOS</b>	160

## **RESUMEN**

A lo largo de la presente investigación se plantea brevemente la situación psicológica, física, poblacional, política y social en la que prevalece el Adulto Mayor no institucionalizado en México, de manera que sea un preámbulo de corte teórico, donde se resaltaré la importancia del estudio del envejecimiento en un contexto social. El objetivo es desarrollar una introducción al estudio psicogerontológico, sugiriendo una ampliación en el campo de acción de la psicología hacia la atención e intervención de este sector poblacional que va en aumento.

## INTRODUCCIÓN

El ser humano a lo largo de su vida pasa por diferentes etapas de crecimiento, la manera en como sean experimentadas, es lo que dará la satisfacción de toda una vida al llegar a la vejez, en este caminar, las relaciones interpersonales y en particular las relaciones familiares pueden ser un detonante para que el adulto mayor se sienta en paz y a gusto con su entorno, o bien se sienta insatisfecho y fuera de contexto.

Llegar a ser viejo es una experiencia por la cual todos tenemos posibilidades de transitar, la forma en que concibamos a la vejez será la pauta para desarrollarnos, y las actitudes que adoptaremos marcarán la realización de ciertas actividades que pueden ir desde un cuidado personal hasta una productividad que se convierte en una meta.

De ahí que reconocer el importante papel que tiene el viejo al interior de la familia, se convierte en uno de los principales objetivos de la presente investigación documental, esta representa un esfuerzo por concretar teorías, propuestas, experiencias e investigaciones académicas y especializadas en torno al proceso de envejecimiento.

El tema de la vejez día a día es de especial interés a nivel mundial, lo que a dado origen a la necesidad de desarrollar políticas adecuadas de atención al adulto mayor, la población de edad avanzada ofrece hoy una diversidad mayor que la que presento en cualquier otra etapa de la historia de la humanidad.

Cabe señalar que en México, al igual que en muchos países ocurre el proceso llamado Transición Epidemiológica, por medio de la cual se desplazo como principal causa de muerte a las enfermedades infecto-contagiosas por los padecimientos crónico-degenerativos.

Siendo este un sector poblacional cada vez más significativo, pero que en términos generales esta expuesto a situaciones de asimetría y exclusión social, lo cual se traduce en que su mayor esperanza de vida no se acompaña de una mejor calidad de vida.

Es por ello que es indispensable crear una cultura a favor de la vejez, tomando en cuenta todos los ámbitos de estudio e investigación; en la educación superior, e incluso niveles de postgrado, las cuales deben fortalecer procesos de investigación en el campo de la Geriatria, Psicogeriatria, Psicogerontología y Gerontología, comprometiendo diferentes disciplinas y profesiones; cada uno con sus aportes, evitará que la desinformación se repita para los viejos del mañana, y de esta manera podrán erradicarse los estereotipos erróneos que actualmente señalan al viejo y a cambio se dará paso

a una política educativa y de atención, acorde a los cambios y transformaciones demográficas que experimenta nuestro mundo.

Sin embargo, la capacidad para satisfacer las necesidades de salud, cuidados y desarrollo de un número cada vez mayor de adultos mayores no ha crecido a la par que la esperanza de vida, dejando descubierta la atención e intervención de este grupo vulnerable.

El contexto del envejecimiento ha cobrado importancia en nuestros días supone en reto para la ciencia y la sociedad, y en particular para la psicología, que debe dar respuesta a los problemas comportamentales de este grupo de edad, y tratar de establecer recursos preventivos que contribuyan a mejorar la calidad de vida y el bienestar en la vejez. El cambio demográfico producido en México nos sitúa ante la necesidad de atender las demandas del alto crecimiento poblacional; es decir, preparar respuestas institucionales y sociales para encarar los desafíos presentes y futuros que representa el envejecimiento demográfico.

Por lo tanto la presente investigación tiene la intención de describir las características poblaciones, físicas, psicológicas y sociales bajo la perspectiva de la psicología social, con la finalidad de ampliar mas el panorama actual que tenemos sobre la vejez.

## **PROBLEMÁTICA**

La pirámide poblacional ha cambiado su forma significativamente; implica que cada vez hay más adultos mayores, actualmente se puede observar que no existe suficiente investigación en el ámbito Psicogerontológico, a la vez que no hay suficientes elementos avocados a la enseñanza de habilidades para la intervención a esta población, por lo que podemos mencionar que no estamos capacitados para enfrentar la problemática de este grupo étnico.

## **OBJETIVO**

El objetivo de la presente investigación teórica, es desarrollar una introducción al estudio psicogerontológico, de manera que sea un preámbulo de corte teórico, donde se resaltara la importancia del estudio del envejecimiento en un contexto social.

## **METODOLOGIA**

Se realizó una revisión documental; consultando diversas fuentes bibliográficas como lo son: libros, artículos publicados en revistas y vía internet, reportes de investigación, memorias de congresos, tesis de licenciatura y maestría, publicaciones de circulación limitada y bases de datos especializados en Psicogerontología, proyecciones poblacionales y acciones gubernamentales a nivel nacional; realizando un análisis de contenido de los mismos; para dar pie a la introducción en el estudio del proceso del envejecimiento y así poder ampliar el campo de acción del psicólogo.

# CAPITULO I

## CARACTERISTICAS FISICAS DEL ADULTO MAYOR



Fig. 1 Los cambios físicos, influyen en nuestra apariencia.<sup>1</sup>

La mayoría de los seres humanos alrededor de 50 años, se percatan de que sus cuerpos ya no lucen, ni se sienten, ni se desenvuelven como solían hacerlo. Estos cambios desempeñan un papel importante ya que modifican los tipos de actividades sociales, intelectuales y personales que realizan los viejos<sup>2</sup>. Tales cambios pueden establecer límites en las clases de empleo y pasatiempos que buscan, en dónde pueden vivir, cómo se alimentan y otros detalles de la vida cotidiana; por lo que no se puede entender el curso del envejecimiento sin comprender los cambios físicos, psicológicos y sociales que ocurren en su devenir cronológico.

El cuerpo u organismo físico constituye el punto de partida de cualquier fenómeno vital; la vida social no puede existir sin la vida orgánica. Las ciencias de la salud son las que trataron en primera instancia el tema del envejecimiento y sus consecuencias; ha sido la medicina desde sus orígenes la que primero se interesó por la senectud. El tradicional desfase de conocimiento entre ciencias naturales y sociales se produce también en el estudio del envejecimiento, siendo la cantidad de aportaciones y su historia mayor en el campo biológico que en el psicosocial. Por tal motivo nos referiremos al ámbito biológico brevemente, sólo por mencionar los cambios físicos más significativos ocurridos en esta edad para enfocarnos concretamente al ámbito psicológico y social.

El envejecimiento al igual que el crecimiento o desarrollo, es el resultado de muchos factores que actúan juntos; por lo que se han establecido varias teorías para explicar los cambios biológicos y fisiológicos que ocurren a medida

---

<sup>1</sup> Fotografía tomada por la autora de la Tesina (Sra. Araceli, Integrante del grupo Esperanza de vivir en la Col. Ejército de Oriente).

<sup>2</sup> Se utilizará el termino "VIEJO", no de manera despectiva, si no en función de la acción y el efecto del paso del tiempo en el ser humano.

que envejece la gente (*Shock, 1977*). Algunas de estas teorías se concentran en las unidades más pequeñas de la vida: las células. Consiste en explicar el envejecimiento como un resultado de los minúsculos cambios que ocurren dentro de las células a medida que envejecen. Otro grupo de teorías trata acerca de los órganos y sistemas particulares del cuerpo (*el corazón y el sistema circulatorio son los más comunes*) y los cambios que estos experimentan con la edad. Finalmente las clases más generales de teorías consideran al cuerpo como un todo, esto es, como un sistema completo cuyas operaciones internas cambian en forma sistemática al avanzar la edad.

#### A. TEORIAS CELULARES DEL ENVEJECIMIENTO.

Proponen que al avanzar la edad, las células del cuerpo mueren y no son reemplazadas, es decir, una célula humana crece y se divide (*se reproduce*) sólo un cierto número de veces; el número depende de qué clase de células se trate.

Los estudios con células animales han mostrado que las células de los animales más viejos se dividirán menos veces que las células tomadas de los más jóvenes (*Stock, 1977*).

Una célula particular está programada para vivir sólo un cierto tiempo. Las células de algún modo se ven dañadas después de cierto periodo de tiempo, y este daño acumulado hace que ellas dejen de reproducirse. El daño podría ser causado por la radiación, por la síntesis inadecuada de las proteínas celulares o por la nutrición inapropiada por medio de un sistema circulatorio desgastado.

#### B. TEORÍAS DE LOS SISTEMAS DE ÓRGANOS DEL ENVEJECIMIENTO.

Se concentran en la importancia del sistema circulatorio, los vasos sanguíneos llevan sangre con su oxígeno y nutrientes a todas las partes del cuerpo; al avanzar la edad, existen ciertos cambios predecibles en estos vasos sanguíneos, esto es, se vuelven quebradizos, menos flexibles y son más estrechos debido a depósitos de los ácidos grasos (*como el colesterol*), lo que a su vez significa que su funcionamiento será reducido o alterado.

#### C. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO DE LOS SISTEMAS ORGÁNICOS.

Las teorías más elaboradas del envejecimiento son las que definen al cuerpo humano en su totalidad como un sistema complejo, dado que proporcionan una forma general de describir series de hechos interrelacionados; tratan de explicar el envejecimiento en términos de las relaciones entre los diferentes órganos y sistemas. El cuerpo humano realiza una serie amplia de respuestas químicas cuando es invadido por algún agente externo (*como un virus de la gripe*). Estas reciben el nombre de RESPUESTAS INMUNOLÓGICAS, y dependen de cambios en la química de la sangre, la temperatura del cuerpo y muchos otros factores. Hay cada vez más, pruebas de que a medida que avanza la edad, la eficiencia de estas respuestas

inmunológicas se reduce un poco (*Shock, 1977*). Esto significa que las personas más viejas pueden ser menos capaces para enfrentarse a una enfermedad en circunstancias en las que una persona más joven seguiría estando bien. Otro aspecto importante trata sobre la capacidad del cuerpo para destruir sus propias células cuando son imperfectas. Cuando la respuesta inmune reduce su eficacia algunas de estas células imperfectas, incluyendo las células del cáncer, pueden sobrevivir y provocar enfermedades.

No hay una sola teoría del envejecimiento que explique todos los cambios que se observan. Las teorías celulares, de los órganos, de los sistemas, son convincentes, pero requieren de muchas investigaciones antes de que puedan ser del todo rechazadas o aceptadas. Por el momento, ellas sirven para recordarnos cuán complejo es realmente el proceso del envejecimiento.

Se expondrán algunos cambios físicos que ocurren durante el envejecimiento, inherentes a las teorías que tratan de explicarlo e independientemente de alguna causa en específico, posteriormente se mencionarán algunas de las consecuencias como son las enfermedades.

#### D. CAMBIOS ORGÁNICOS EN EL ENVEJECIMIENTO.

En esta etapa del desarrollo humano, se presentan una serie de cambios observables en el peso, la talla, postura y altura, así como también la redistribución de grasas y cambios en la piel.

Los cambios en la piel (*arrugas*) son resultado de una pérdida de tejido adiposo bajo la capa de la dermis y de la exposición al sol durante varias décadas, "las arrugas se producen por atrofia y cambios en los tejidos elásticos de la piel, la luz solar acelera su aparición..." (*Confort, 1986*).

"El sistema cardiovascular se altera ya que las arterias y venas tienden a estrecharse y adelgazarse provocando que la presión arterial suba y que el corazón trabaje con mayor intensidad..." (*Jiménez, 1990*).

El sistema nervioso central se ve afectado por la disminución del número de células nerviosas y del riego sanguíneo afectando funciones como la memoria, la coordinación motriz, la orientación del tiempo y espacio, el aprendizaje, el lenguaje, la afectividad. La capacidad respiratoria disminuye aumentando así la posibilidad de desarrollar bronquitis, asma o enfisema pulmonar.

Dentro del aparato digestivo puede presentarse disminución de la movilidad intestinal, provocando indigestión y estreñimiento pudiéndose desarrollar úlceras y gastritis. Las glándulas salivales que están en nuestra boca se vuelven menos activas, por lo que se experimenta una sensación pastosa; los ácidos y las enzimas digestivas del estómago son secretadas en menores cantidades. Estos dos cambios significan que los alimentos pueden ser masticados menos adecuadamente por los viejos.



Algunos procesos internos reducen su velocidad como los riñones, que toman más tiempo para filtrar la sangre, el reflejo de la vejiga es más lento, inclusive el crecimiento de uñas y el cabello tarda más, en la mujer el útero y la vagina se reducen de tamaño, la vejiga en ocasiones muestra reducción de su tamaño, lo cual puede contribuir a la incontinencia en los ancianos. "Los huesos largos se acortan, los tejidos que los mantenían unidos (*tendones, ligamentos y músculos*) se comprimen y aplanan..." (*Tonna, 1977*). En esta etapa de la vida, nuestro cuerpo se vuelve cada vez más débil, esto es debido a que los huesos se tornan más frágiles y parecen quebrarse con mayor facilidad, esto es el resultado del desgaste normal o como resultado del proceso evolutivo

El cambio más significativo es la disminución de la fuerza, ya que existe un adelgazamiento del tejido muscular, el cual se reemplaza por tejido cicatrizado; no obstante el tejido muscular restante parece debilitarse, de tal modo que al realizar labores de jardinería y domésticas se cansan con mayor facilidad. No solo los músculos de los brazos y las piernas son afectados sino también los músculos del pecho y del diafragma, que se utilizan para respirar, trayendo consigo algunas dificultades respiratorias.

"Tanto la vista como el oído se hacen más débiles con la vejez, el cambio visual más común es una tendencia a la hipermetropía<sup>3</sup>, y a muchas personas de edad madura les molesta tener que empezar a usar lentes en una etapa tan tardía de su vida..." (*Bee y Mitchell, 1987*).<sup>4</sup>

Son menos las personas que pierden la vista al pasar de los años que las que se quedan sordas e incluso estos casos podrían prevenirse en su mayoría. Uno de los cambios normales que sucede al avanzar la edad, es que el ojo pierde su capacidad de enfocar como lo hace en la juventud de tal manera que es necesario usar lentes.

Con el paso de los años se deteriora la audición, consistiendo en un descenso en la capacidad de oír las notas más altas o muy bajas. En ocasiones se llega a perder la audición de forma paralela, en ambos oídos sin que sepamos con exactitud a que causas se debe este hecho.

Las pérdidas normales del oído con la edad parecen en su mayoría el resultado de la generación de los elementos del sistema auditivo. Tal degeneración es peor en los adultos que constantemente se han expuesto a niveles de ruido en su trabajo o en sus tiempos de ocio.

---

<sup>3</sup> Defecto de refracción caracterizado porque el ojo actúa como un sistema óptico con escaso poder de convergencia, por lo cual los rayos que llegan paralelos al eje óptico y que deberían formar su imagen en la retina lo hacen por detrás de ésta. Por tanto, al no coincidir la retina con el foco principal posterior a la imagen de un punto no corresponde otro punto, sino un círculo de difusión. La imagen retiniana es la suma de otros círculos, por lo que resulta borrosa. (Sánchez, 1989).

<sup>4</sup> Bee, H. L., Mitchel, S. K. (1987). Desarrollo de la persona. México: Harla.

Es importante mencionar que el envejecimiento afecta a los órganos y sistemas del organismo a diferentes ritmos haciendo que sea particular en cada persona. Planteándose que esta determinado además por agentes biológicos, sociales y psicológicos, factores como: la higiene, la nutrición, la personalidad, la actividad, el estado de ánimo y el contacto social, la historia de vida, la capacidad de adaptación, la jubilación, las pérdidas de seres queridos, el rol dentro de la sociedad, la familia y factores ecológicos. Con la disponibilidad de los métodos de neuroimagen se ha podido confirmar la disminución del volumen cerebral en viejos sanos demostrando así que existe un cambio en la estructura cerebral. Las técnicas de neuroimagen muestran una atrofia cortical, con aumento del volumen de los ventrículos laterales, hiper-intensidad en la sustancia blanca peri ventricular y en la sustancia gris sub-cortical, ganglios basales, tálamo y puente. Estos cambios se han relacionado con el envejecimiento y con un mayor riesgo de patología vascular cerebral.

La pérdida neuronal, aunque en proporciones muy variables, está completamente documentada durante el envejecimiento normal. Afecta principalmente a zonas de la corteza cerebral, hipocampo, sustancia negra y células de Purkinje del cerebelo, mientras otras zonas permanecen inalteradas con la edad. La disminución del número y tamaño de las células nerviosas con la edad no se asocia a la pérdida de función. La edad condiciona una disminución pre y post sináptica en la concentración de neurotransmisores y de la densidad de neuro-receptores, aunque no hay evidencias de que esto suponga una interrupción de la neuro-transmisión que afecte a las funciones cerebrales.

El envejecimiento se asocia con cambios en el electroencefalograma caracterizados por el predominio de ondas lentas (*6-8 ciclos por segundo*) y la aparición de focos anormales sin correlato sintomatológico. También se han detectado cambios en los potenciales evocados auditivos, sugestivos de un enlentecimiento en la transmisión neuronal.

En cuanto a las variaciones en los ritmos circadianos de los ancianos; los ritmos de secreción de cortisol se alteran con la edad, pero el sueño es el ritmo circadiano más característicamente afectado por el envejecimiento. Aumentan los episodios de insomnio durante la noche y las dificultades para conciliar el sueño y disminuye el sueño lento (*fase 4*). El sueño MOR (movimientos oculares rápidos) también disminuye y se reduce la latencia.

Las personas mayores tienden a mostrar más actividad y energía por la mañana y se despiertan antes adelantándose el ritmo de secreción de cortisol y de la temperatura basal, estos cambios se han relacionado con la secreción de vasopresina.

Los cambios esqueléticos son especialmente importantes a causa de su impacto en la vida cotidiana, son progresivos y afectan a cualquier ser humano, con un inicio aproximadamente a los 40 años, la densidad de nuestros huesos empieza a decrecer. Los huesos se vuelven más porosos, quebradizos y frágiles. El grado hasta el cual somos propensos a este proceso, denominado

*Osteoporosis*, "en el último periodo de la vida parece estar influido tanto por la genética como por el estilo de vida *la practica de ejercicio y la ingestión de calcio y vitaminas en nuestros años precedentes de la vida...*", (Adams, 1977; Whitbourne, 1985).

El género también desempeña un importante papel; para empezar, dado que las mujeres presentan unos huesos más frágiles y menos densos y, puesto que la depleción de estrógenos que se produce en la menopausia parece acelerar este cambio esquelético, el ritmo de la pérdida ósea puede ser el doble de elevado para las mujeres que para los hombres... (Whitbourne, 1985).

Aunque en sí misma no constituye un riesgo para la vida, la osteoporosis es una causa indirecta primordial de incapacidad y muerte dado que los huesos son porosos y propensos a fracturarse con la caída más insignificante. Por consiguiente el impacto psicológico que genera el padecimiento de la osteoporosis, junto con la incapacidad física que puede provocar; constituyen un cambio físico y psicológico muy importante, en quien la padece. A lo largo de la vida, nuestras articulaciones están sujetas a presiones cada vez que nos movemos, corremos o nos estiramos. Este desgaste continuo provoca en último término, la erosión de la envoltura protectora de las extremidades de los huesos, un proceso que se denomina osteoartritis. Cuando la enfermedad es grave, la exposición resultante del hueso contra el hueso en cada articulación provoca dolor, rigidez y pérdida de movilidad.

Entre los cambios físicos cabe destacar los cambios o disminuciones de las capacidades sensoriales. Las modificaciones en las capacidades de la visión, audición, gusto, olfato y tacto suponen dificultades y modificación en la percepción del mundo, de los demás y de si mismo; dichos cambios pueden ser:

a) VISIÓN:

- ⌘ Disminución de la agudeza visual.
- ⌘ Reducción de la amplitud de los campos visuales.
- ⌘ Disminución de la capacidad de adaptación a la oscuridad.

b) OÍDO:

- ⌘ Deficiencia gradual de la agudeza auditiva conforme avanza la edad.
- ⌘ Disminución de la capacidad para percibir, identificar, discriminar y localizar con precisión el origen de los sonidos.
- ⌘ El aparato vestibular pierde su capacidad para conservar equilibrio postural.

c) GUSTO Y OLFATO:

- ⌘ Disminución de corpúsculos gustativos por papila
- ⌘ 89% de las personas jóvenes tienen una sensibilidad olfativa normal, en comparación con el 22% de las personas mayores.
- ⌘ Gusto, olfato y audición disminuyen debido a la degeneración celular del lóbulo parietal.

A nivel general se mencionarán los cambios más significativos, ubicando los efectos naturales y sus factores aceleradores en un envejecimiento patológico, observar el cuadro 1.

### CUADRO 1

#### CAMBIOS FÍSICOS SIGNIFICATIVOS DURANTE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

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

Fuente: Enciclopedia Microsoft, Encarta 2001.

Cabe mencionar que la edad de inicio del envejecimiento aún no se encuentra delimitada, ya que cada organismo envejece a su manera, de acuerdo a las características del estilo de vida previo. Por otra parte, el proceso de envejecimiento sexual se inicia mucho antes y tiene una evolución lenta y continua, con una gran variabilidad interindividual (*Shneider y Rowe, 1990*).

En la mujer, la etapa biológica que representa la menopausia (*cese total del ciclo de fertilidad*), y en concreto los años posmenopáusicos, señalan el fin de los estados procreativos y, por tanto una transición a otra fase en el ciclo biopsicosocial de la vida, creando nuevas condiciones para la actividad sexual. Los cambios más bruscos acontecen en la vagina, como consecuencia de la disminución de estrógenos (*hormonas sexuales femeninas que producen cambios de crecimiento*).

Para el hombre el proceso es más regular, los cambios más importantes afectan a la capacidad de erección, frecuencia del coito y duración del periodo refractario (*Kaplan y Sager, 1971*). Pasando así por la andropausia (*fin de la virilidad*), se manifiesta con sobrepeso, erecciones blandas, disminución del deseo sexual, irritabilidad, nerviosismo, insomnio, depresión, fatiga, dolores musculares, debilidad, sudoración, disminución de erecciones en las mañanas, eyaculación rápida, impotencia o problema de próstata.

Estas nuevas condiciones fisiológicas, propias del proceso de envejecimiento sexual, en sí mismas no suprimen la necesidad y la capacidad para la actividad sexual (*Comfort, 1980*). Son numerosos los estudios que demuestran que la actividad sexual continúa en la vejez, incluso hasta edades muy avanzadas. Se puede observar en el cuadro número 2, de manera breve los cambios sexuales en la vejez.

## CUADRO 2

### CAMBIOS SEXUALES SIGNIFICATIVOS EN LA VEJEZ

MUJER	HOMBRE
Disminución de Estrógenos.	Disminución de Testosterona.
Disminución del tamaño de la vagina, se estrecha y pierde elasticidad.	Disminución de la producción de esperma.
Menor lubricación de la vagina.	Erección más lenta, necesita mayor estimulación, el pene disminuye en turgencia.
Menor vaso congestión del clítoris, labios y plataforma vaginal en general durante la respuesta sexual.	Los testículos se elevan menos y más lentamente en la respuesta sexual.
Fase de excitación sexual más lenta.	El periodo refractario se alarga ( <i>puede durar incluso una semana o más</i> ).
Los senos disminuyen de tamaño y turgencia.	El orgasmo puede ser más corto y menos intenso.
El orgasmo puede ser más corto y menos intenso.	

#### E. ENVEJECIMIENTO NORMAL.

El envejecimiento normal constituye una vejez saludable, con limitaciones funcionales, poco significativas o bien una disminución funcional del organismo. El envejecimiento como proceso vital de acumulación de años no tiene porque ser un proceso patológico. Mucha gente se sorprende al comprobar que personas jubiladas desempeñan actividades físicas e intelectuales con plena efectividad; un prejuicio ampliamente difundido asimila cese en el trabajo con inactividad personal, social y enfermedad.

Resulta imposible establecer diferencias entre sujetos de distintas generaciones o cohortes, ya que las definiciones de salud o competencia vital varían según la época y circunstancias debido a la naturaleza subjetiva y cultural de la propia definición de salud, pero queda claro que la salud y la enfermedad quedan evaluadas por las circunstancias históricas, geográficas, culturales y sociales, y resulta difícil definir lo que constituye una vejez normal desde el punto de vista físico, pues lo que para unos constituye enfermedad y limitación para otros, supone mera molestia que no impide desempeñar los

mismos roles que en la vida adulta. Con el paso de los años, la estructura física de la persona experimenta decrementos en su capacidad funcional, disminuciones en la velocidad de reacción, y en su capacidad de enfrentarse a estímulos externos, pero esta reducción general de los ritmos orgánicos no supone ineptitud para la mayoría de las funciones de la madurez, ya que aptitud y fuerza física son menos importantes en una sociedad cada vez más mecanizada.

Una definición útil asocia una vejez normal con aquella condición física carente de enfermedad aguda. Un concepto relacionado con el de salud en la vejez es el de longevidad<sup>5</sup> o declive de la vida humana teniendo en cuenta no sólo la extensión de la vida en número de años sino también en calidad de vida.

Las causas de una vejez saludable orgánica deben buscarse en factores originales y hereditarios de cada persona, y en factores del medio ambiente material y psicosocial. Se comprueba en la vejez, como en otras etapas de la vida, la interdependencia de los factores físicos, psicológicos, sociales y culturales, los cuales en su conjunto se podrá entender y estudiar la complejidad humana. Una vez más hay que acudir al enfoque interdisciplinario, ya que cada ciencia natural o social, puede aportar algo a la explicación del resultado final.

Hay quienes sostienen que la forma de envejecer actual es radicalmente distinta a la de hace tan sólo unas décadas. Antes se producía un descenso progresivo en la capacidad global del organismo, hoy parece que la aptitud vital se prolonga durante más años, el proceso final de decadencia dura menos y la caída final es más súbita; con lo que se ha añadido calidad de vida al envejecimiento al haberse reducido el número de años en los que se manifiestan las limitaciones orgánicas.

## F. ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO.

La vejez no es una enfermedad en sí misma, pero la probabilidad de enfermar la misma enfermedad origine consecuencias negativas en el organismo es mucho mayor que en otras etapas de la vida. Ello se refleja en la diferenciación habitual entre enfermedad aguda y crónica, entendiéndose por aguda la de corta duración y cuyo desfase puede prevenirse, mientras que la enfermedad crónica se caracteriza por su larga duración y lleva asociada una limitación residual. La incidencia de enfermedad aguda es menor entre los ancianos, pero cuando les afecta, tardan más en curarse y las consecuencias son más graves que en otras edades. Por otra parte, la enfermedad crónica está más extendida entre los ancianos y sus efectos son acumulativos, ya que se superponen las limitaciones que ocasiona en los organismos y sistemas, disminuyendo la resistencia global frente a la agresión externa.

---

<sup>5</sup> Se define como larga vida o existencia.

Cuando a una condición crónica se añade un episodio agudo, las consecuencias son lógicamente mucho más graves, el organismo tiene menor resistencia y aumentan las probabilidades de muerte.

Entre las consecuencias de la enfermedad crónica, se encuentran los factores psicosociales, mismos que aparecen tanto atribuibles al sujeto como a la sociedad: soledad, falta de un rol social activo, ausencia de obligaciones, exceso de tiempo desocupado, los cuales han sido más investigados, probando su importancia en la disminución de la resistencia orgánica frente a la enfermedad. La terapéutica para mejorar las defensas del viejo escapa con frecuencia a la competencia o interés del médico reflejado en la afirmación tantas veces repetida por los facultativos: "¿Qué quiere usted?, ¡Son los años!", lo cual es un perfecto diagnóstico científico pero puede esconder una falta de interés terapéutico o de medidas rehabilitatorias.

#### G. TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA.

En México, al igual que en muchos países ocurre el proceso llamado transición epidemiológica, por medio de la cual se desplazó como principal causa de muerte a las enfermedades infecto-contagiosas por los padecimientos crónico-degenerativos y las lesiones o accidentes (Benítez, 1999).

Hace 50 años el número de viejos en la sociedad no era importante porque no era común ver muchos; la baja expectativa de vida no permitía que una gran cantidad de personas sobrevivieran más allá de los 40 o 50 años de edad (Lozano, 1999). Sin embargo, Este es un sector de la población cada vez más significativo, pero que en términos generales está expuesto a situaciones de asimetría y exclusión social, lo cual se traduce en que su mayor esperanza de vida no se acompaña de una mejor calidad de vida.

El predominio de las mujeres en el envejecimiento es una peculiaridad que se debe a su mayor supervivencia. La esperanza de vida al nacer para ellas es de 77 años en promedio, en cambio para los hombres es de 72 años. De cada 10 personas adultas mayores en el Distrito Federal, 6 son mujeres. En la Ciudad de México existen cerca de 400 mil mujeres con 60 años y más, esto significa que una de cada 5 mujeres adultas mayores del país vive en el D. F. Esta mayor sobre vivencia las expone a padecer por tiempos prolongados enfermedades crónico-degenerativas que en ocasiones derivan en discapacidad (Lozano, 1999).

Respecto a las enfermedades que son causa de muerte por orden de prevalencia en hombres y mujeres de 65 años y más, encontramos que ambos mueren casi por las mismas causas, aunque algunas cambian el lugar de incidencia como lo muestra el siguiente cuadro.

### **CUADRO 3**

#### **PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL DISTRITO FEDERAL**

HOMBRES	MUJERES
Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
Tumores malignos	Diabetes Mellitus
Diabetes mellitas	Tumores Malignos
Enfermedades cerebro-vasculares	Enfermedades cerebro-vasculares
Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas	Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas
Cirrosis y otras enfermedades del Hígado	Influenza y Neumonía
Accidentes y lesiones	Enfermedades del Hígado
Influenza y Neumonía	Desnutrición
Insuficiencia Renal	Insuficiencia Renal
Bronquitis, Enfisema y Asma	Accidentes
Desnutrición	Bronquitis, Enfisema y Asma
	Infecciones Intestinales

FUENTE: INEGI. Defunciones Generales de 65 años y más, por sexo. México:2005.<sup>6</sup>

A continuación describiremos brevemente algunas de las enfermedades más significativas en la población de edad avanzada en el Distrito Federal, ya que algunas de ellas causan invalidez en quien las padece.

## 1. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

Una de las enfermedades más importantes y causa de mortandad en la población de la tercera edad en el D. F. es la:

### a. NEUMONÍA

Es la infección de las vías por las que entra el aire en los pulmones (*bronquios*) suele aparecer en forma de complicaciones de la bronquitis donde se producen lesiones pulmonares (*cicatrización*) y enfisemas y puede llegar a originar insuficiencia cardiaca, gripe o el cáncer de pulmón en el peor de los casos. A veces surge tras una operación y es peligroso potencial en cualquier enfermedad sufrida por una persona en etapa de vejez (Lozano, 1999).

## 2. ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS.

Se refiere a las enfermedades no transmisibles, prolongadas y progresivas, donde sus efectos son acumulativos, ya que se superponen las limitaciones que ocasiona en los órganos y sistemas, disminuyendo la resistencia global frente a la agresión externa, sus consecuencias son mucho más graves puesto que el organismo tiene menos resistencia y aumenta la probabilidad de muerte.

### a. ENFERMEDADES DEL CORAZÓN

Se les conoce como padecimientos cardiovasculares, generalmente se les nombra así a toda la familia de desórdenes que comprenden al corazón y los vasos sanguíneos, como lo son:

<sup>6</sup> <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob51&=3228> (15/06/2007, 14:30 hrs.)



- a) Ataque al corazón: Ocurren debido a que el músculo del corazón no logra recibir suficiente oxígeno o sustancias nutritivas de la corriente sanguínea, usualmente debido a algún daño en las arterias que suministran la sangre al corazón.
- b) Insuficiencia Cardíaca: Es la incapacidad del corazón para bombear por todo el cuerpo las cantidades de sangre precisas, debido a esto, aparece retención de líquidos. Puede ser causado por aleteo auricular, trombosis coronaria, enfermedad vascular cardíaca, hipertensión, cicatrices de enfisema en los pulmones o bronquitis crónica.
- c) Apoplejía: Formación de un coágulo de sangre en el cerebro; es decir, el flujo de sangre al cerebro se interrumpe y sin este suministro, las células del cerebro mueren, dependiendo de que lugar del cerebro ocurre el ataque, el paciente puede sufrir de parálisis, pérdida del habla, pérdida de la sensación u otros síntomas.
- d) Hipertensión: Es el aumento de la presión ejercida por la sangre al interior de las arterias, lo que se debe a que éstas van perdiendo elasticidad, disminuyendo el riego sanguíneo y provocando que el corazón trabaje más, la mayoría de los casos se debe a una mala alimentación que tienen como consecuencia la obesidad y/o exceso de colesterol. Dicha enfermedad aumenta el riesgo de padecer ataque cerebral, trombosis coronaria o insuficiencia cardíaca.
- e) Arteriosclerosis: Es un padecimiento por el cual el interior de los vasos sanguíneos se estrechan debido a que las partículas de grasa y el colesterol se depositan en las paredes, cerrándose en parte o totalmente.

b. TUMORES MALIGNOS (*CANCER*).

Es la multiplicación anormal de las células que produce un desarrollo patológico de los tejidos. Existen más de 100 distintos tipos de cáncer y cada uno de ellos se define por el sitio anatómico de origen y la clase de células que afecta, pero aunque hay diversos tipos de cáncer tienen como característica común la proliferación incontrolable de células cancerosas, la invasión de las mismas a otros tejidos y difieren en sus rasgos clínicos. En la población de la tercera edad en el Distrito federal, los principales cánceres malignos que provocan la muerte son:

**CUADRO 4**

**PRINCIPALES CÁNCERES MALIGNOS**

HOMBRES	MUJERES
Tráquea	Seno
Bronquios	Cerviz
Pulmón	Estómago
Próstata	Tráquea
Estómago	Bronquios

Hígado	Pulmón
Páncreas	Páncreas
Colon	Colon
	Recto

FUENTE: CONAPO. La población en las edades avanzadas. Situación demográfica en México. 1998.

### c. DIABETES MELLITUS.

Es una enfermedad que trastorna la manera en que el cuerpo prepara el azúcar que circula en la sangre para suministrar energía a todo el organismo; para ello, necesita de la insulina, una hormona que produce el páncreas y que ayuda a que ingrese la glucosa de la sangre en cada una de las células del cuerpo. Cuando el cuerpo no produce suficiente insulina, el azúcar no se absorbe y sus niveles aumentan peligrosamente en la sangre. En algunas ocasiones, parte de este azúcar se elimina por la orina. "Esta enfermedad la padecen el 40 % de las personas de 60 años y más, a nivel nacional, de cada 3 mujeres, 2 hombres padecen diabetes<sup>7</sup>".

Es una enfermedad hereditaria, esto es, que se hallan antecedentes de su existencia en la familia. Este padecimiento está asociado con el tipo de dieta, la obesidad, la falta de ejercicio y la edad.

Los principales síntomas son sensaciones de debilidad y fatiga, sensación de hambre y necesidad de mayor consumo de comida. Esto se debe a que el cuerpo no está utilizando adecuadamente los alimentos, como consecuencia se pierde peso y aumenta la demanda de tomar agua ya que el organismo la necesita para disolver el azúcar que no fue absorbida por las células la cual pasa directamente a la orina. Otros síntomas que pueden presentarse son: visión borrosa, depresión, somnolencia y confusión mental.

### d. ENFERMEDADES CEREBRO-VASCULARES.

Son aquellas que tienen su origen en una deficiente circulación sanguínea en el cerebro, esto es, existen alteraciones en la irrigación sanguínea del cerebro, tales trastornos adoptan básicamente 2 modalidades:

a) **Obstrucción del flujo sanguíneo:** Donde la causa más frecuente es por la creación de placas arterioscleróticas en las paredes arteriales, obstruyen el paso de la sangre, dando origen a una zona isquémica y a un infarto del área irrigada por la arteria correspondiente.

a.1) Embolia Cerebral: Es la oclusión de un vaso encefálico a causa de un émbolo, representado por un coágulo sanguíneo graso o gaseoso, casi siempre resultante de enfermedades cardíacas o trastornos vasculares extra-cerebrales.

---

<sup>7</sup> Pichardo Fuster, Servicios de Salud Hospitalaria, costos y demandas de la población envejecida, Seminario sobre envejecimiento demográfico en México, Colmex-Somede, Octubre 1993, Manuscrito.

a.2) Accidentes Isquémico Transitorios: Se presenta cuando la obstrucción es transitoria y desaparece en un lapso menor de 24 horas, los accidentes isquémicos transitorios pueden anteceder a un accidente mayor, o ir creando zonas múltiples de pequeños infartos, lo que da origen a un cuadro de deterioro en la actividad intelectual del paciente (*demencia arteriosclerótica o por infartos múltiples*) como dificultad para hablar, debilidad temporal o parálisis unilateral, vértigo, visión borrosa, pérdida de la audición, entre otras.

a.3) Necrosis (Infarto) del tejido encefálico: Causada por una privación súbita de la circulación sanguínea en una región del encéfalo si la insuficiencia vascular dura por más de unos minutos. El aporte inadecuado de oxígeno y glucosa en el sitio de la lesión (*infarto*) es la causa esencial de un ictus (*aparición súbita de déficit neurológico focal*).

b) **Accidentes Hemorrágicos**: Resultan de la ruptura de un neurisma, típicamente la persona presenta cefalea severa, a menudo náuseas, vomito y pérdida de conciencia, después de lo cual se evidencian signos meníngeos. La sintomatología hallada depende de la extensión de la hemorragia y en consecuencia de la zona afectada.

#### e. CIRROSIS.

Enfermedad del hígado, caracterizada por granulaciones de color rosado y por la destrucción de las células hepáticas. Se debe generalmente (*no en todos los casos*) a una ingestión excesiva de alcohol, y en casos contados a una infección de los conductos biliares o hepatitis infecciosa. Las complicaciones son entre otras: la ictericia que puede aparecer en una fase tardía de la enfermedad, y la ruptura de una vena del esófago, que provoca una hemorragia masiva.

#### f. ENFISEMA.

Es una dificultad respiratoria que aumenta en forma progresiva, dificultad para expandir el tórax; a menudo hay tos ligera, aparecen ataques repetidos de bronquitis que con frecuencia se acompañan de sibilancias<sup>8</sup>. Esta aparece debido a una desorganización del tejido pulmonar que origina una reducción de la superficie útil y la elasticidad de los pulmones. La enfermedad es más común en personas con bronquitis crónica y en las fumadoras. Puede aparecer insuficiencia cardíaca debido a la lesión pulmonar que impide el flujo normal de sangre.

#### g. ASMA.

Episodios de respiración difícil y jadeo, a veces se asocia con tos, puede aparecer al entrar en contacto con una sustancia a la que es alérgico o por una infección, el asma de comienzo tardío, después de los 50 años no suele deberse

---

<sup>8</sup> Ruidos al respirar. (Encarta, 2003)

a alergia, los síntomas principales son: tos seca y persistente junto a respiración dificultosa sin jadeo.

#### h. DESNUTRICIÓN.

En el viejo se debe comúnmente a dos causas:

- a) Insuficiente alimentación, se debe a la dificultad para ingerir alimentos por parálisis, problemas de masticación por estados depresivos, aislamiento social o dificultades económicas.
- b) Disminución en la asimilación o utilización de los alimentos, es ocasionada por trastornos en el metabolismo.

Los síntomas de desnutrición que pueden presentarse, además de la disminución de peso corporal son: sensación de frío, hipotermia, hipoglucemia, resequedad de la piel y las mucosas y estreñimiento.

Inicialmente se recomienda acudir al médico, aunque se puede ir resolviendo con una alimentación completa, variada y equilibrada por vía oral (González, 1999).

#### i. NEFRITIS.

Es la denominación general de los procesos infecciosos o inflamatorios del riñón, puede afectar también los espacios situados dentro del riñón, produciendo problemas en la absorción de agua y sales. Las enfermedades del tejido renal pueden deberse a una reacción alérgica o a alteraciones de los vasos sanguíneos, o ser consecuencia de tensión arterial elevada. Ciertos fármacos pueden lesionar también los riñones puede producirse afectación renal por un aumento de la concentración del calcio en la sangre debido a trastornos de las glándulas paratiroides o a otras enfermedades como la gota. La NEFROLITIASIS, es la formación de piedras o cálculos en el riñón y la NEFROSIS es a causa de la degeneración en la que no existe inflamación; por último tenemos el SINDROME NEFROTICO, en cual se ubica como un trastorno renal en el que se excreta una cantidad excesiva de proteínas en la orina, dando lugar a un descenso del nivel de proteínas en la sangre.

#### j. INFECCIONES INTESTINALES.

- a) DIARREA: Es una manera que tiene el organismo de desechar lo que le está haciendo daño. Esta tiene muchas causas, pero las principales son por infección intestinal causada por amibas, bacterias u otros microorganismos que pueden estar en el ambiente, en las verduras y en las frutas mal lavadas, pescado y mariscos crudos; también al consumir comida descompuesta, situación que experimentan en ocasiones los viejos por conservar mucho tiempo la comida en el refrigerador, unido a esto a una disminución del olfato o del gusto. La diarrea puede ser leve o grave, especialmente si también interviene el vómito. El peligro más

inmediato es la deshidratación la que se tiene que evitar tomando líquidos.

- b) ENFERMEDAD DIVERTICULAR: diarrea o estreñimiento, dolor en la parte inferior del abdomen, hemorragia rectal, en los casos graves existe fiebre, en los crónicos, los síntomas aparecen de forma intermitente. Es una infección de los fondos de saco ciego (*divertículos*) que se forman en la pared del intestino grueso, es relativamente común en los viejos.

#### k. ÚLCERAS PÉPTICAS (*GÁSTRICAS*).

Se le denomina úlcera péptica, puesto que ataca el tracto gastrointestinal, en esta situación, la pepsina y el ácido clorhídrico que contiene el jugo gástrico actúan sobre el revestimiento del duodeno o del estómago; como consecuencia de ello se destruye el tejido en estos órganos.

La región más común de úlcera péptica es la primera parte del duodeno, justo a la salida del estómago. La úlcera que se produce en esta zona se llama duodenal. La úlcera gástrica se desarrolla en el estómago; en ambos tipos el paciente se queja de ardor o dolor en la parte superior del abdomen.

La destrucción del revestimiento del duodeno o del estómago en el sitio de una úlcera, puede llegar a tener consecuencias graves, como una hemorragia, que acaso no se descubra hasta que se haya producido una serie pérdida de sangre, también pueden perforarse las paredes del duodeno o del estómago y provocar una peritonitis, algunas úlceras se vuelven malignas que se convierten en cáncer.

#### L. LESIONES Y ACCIDENTES.

En la medida en que los viejos pierden agudeza en la vista y en el oído se hacen más propensas a los accidentes, las artritis, las enfermedades neurológicas y las dificultades con la coordinación y el equilibrio puede hacer que estar de pie o caminar se vuelva una situación inestable. Otras enfermedades, las medicinas y el alcohol causan somnolencia y distracción lo que puede ocasionar un accidente.

Paralelamente a los cambios que va sufriendo el organismo como los circulatorios, en los músculos, los huesos y las articulaciones, asociados al envejecimiento, también se van reduciendo la fuerza, la coordinación y la velocidad en el movimiento ocasionando que se deteriore el equilibrio. Este sentido también se afecta por algunas enfermedades, o por una estancia prolongada en la cama o en la silla de ruedas. Un equilibrio deficiente tiene como consecuencia la incapacidad para caminar de una manera segura.

Respecto al proceso de envejecimiento, la esperanza de vida o expectativa de vida representan las únicas posibilidades de intervención para lograr un envejecimiento exitoso. Específicamente en el rubro del micro ambiente donde más puede hacerse, es el que se refiere en gran parte al

ESTILO DE VIDA de cada persona; es decir, el patrón de conducta de vida diaria, que está condicionado por múltiples factores que en un momento dado inducen a comportarse de cierta manera, y que tiene una gran influencia sobre la salud.

El estilo de vida no es salud ni enfermedad, sino el conjunto de hábitos y actitudes; por ejemplo: los alimentos ingeridos en la casa o en la calle, es el control adecuado del peso que depende de una alimentación deficiente o equilibrado además son todos aquellos hábitos como el tabaquismo, la ingesta de bebidas alcohólicas o el consumo de otras sustancias tóxicas al organismo, es la forma en que se practica un ejercicio físico regular o llevar una vida sedentaria, es estar aburrido o salir a hacer algo agradable, es la manera en que se aplican las medidas de seguridad al usar transporte público o conducir un automóvil, es la forma en como se maneja la tensión y la soledad, es saber como distraerse, es el respeto que se siente por uno mismo, por la vida, por el trabajo, por los familiares y por los semejantes. Es ser capaz de sacrificar algunas cosas para adaptarse a vivir con los demás.

Al estilo de vida se le considera en primer lugar, de una forma genérica en la que se le conceptualiza como una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo o bajo una mezcla de responsabilidad del individuo y la administración pública, según el ámbito cultural. En esta conceptualización podrían incluirse las definiciones de Singer (1982) y Ardell (1979). El primero dice que es "una forma de vivir o la manera en la que la gente se conduce con sus actividades día a día", mientras que Ardell, al aplicarlo a la salud, lo delimita como "aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud".

Desde esta misma perspectiva, algunos autores, han propuesto la idea de dos estilos de vida:

1.- Estilo de vida saludable con dos dimensiones que califican como: a) sobriedad, definida por comportamientos que implican no fumar, tomar alimentos saludables, abstinencia de alcohol, etc., y b) actividad o dimensión definida por la participación en deportes y ejercicio regular, mantenimiento de un bajo índice de masa corporal, etc., y

2.- Estilo de vida libre caracterizado por comportamientos totalmente contrarios al anterior: consumo de alcohol, toma de alimentos no saludables y despreocupación por la apariencia física (Oblitas, 2004)<sup>9</sup>.

Sin embargo, el estilo de vida puede modificarse en cualquier etapa de la vida ya que este resulta de un proceso constante de ajuste o adaptación al medio y a las circunstancias en que se vive.

---

<sup>9</sup> Oblitas, L. A. (2004). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thomson. Pp 29.

## CAPITULO II

### CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL ADULTO MAYOR



Fig. 2 Amor y compañía en La pareja<sup>1</sup>.

La psicología estudia la forma en que percibimos la realidad y la entendemos, la forma en que la sentimos y valoramos; esta relación con los demás y el entorno. A saber, la personalidad, las funciones cognitivas, la capacidad sensorial y la psicomotriz, la capacidad de aprendizaje y la creatividad, la comunicación, la interacción social con los semejantes y la psicoafectiva serán algunos de los componentes principales del ser humano en cualquiera de los momentos del ciclo vital la cual supone una serie de cambios, en parte adaptativos.

El envejecimiento psicológico se define como la acción y efecto del paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas. Por lo que actualmente en el ámbito psicológico se estudia la realidad física de envejecer centrándose en los aspectos conductuales del cambio psicológico. Exploran en profundidad el modo en que envejecer afecta la memoria, el pensamiento y la inteligencia, se investiga sobre la personalidad, las relaciones familiares y el impacto de acontecimientos importantes relacionados con la edad, la jubilación y la viudez; se examina sobre las alteraciones mentales –sus características, causas y posibles intervenciones, también se instruye sobre la muerte, el final inevitable de todo ser viviente.

#### A. CORRIENTES PSICOLÓGICAS.

---

<sup>1</sup> Fotografía tomada por la autora de la Tesina (Integrantes del grupo Oyamel en Tlahuac).

A lo largo de este capítulo se examinarán sistemáticamente la teoría, la investigación y la práctica psicológica en cada una de estas áreas esenciales. En un intento por comprender a esta etapa de la vida llamada envejecimiento, se han aplicado diversas teorías orientadas psicológicamente.

Las diversas corrientes como el conductismo, el psicoanálisis y el enfoque psicodinámico, cubren todo el espectro desde los modelos del mecanismo de funcionamiento de la memoria hasta intentos de justificar las reacciones emocionales al acontecimiento doloroso de la pérdida del cónyuge. En medio de esta diversidad, sin embargo, sobresalen unas pocas teorías; y aunque en geriatría se utilizan muchas técnicas de investigación, son de especial importancia las utilizadas para valorar el cambio del desarrollo.

El conductismo y la teoría psicoanalítica son dos de los enfoques más influyentes de la conducta humana; por consiguiente no debe sorprender que estas teorías a menudo se apliquen para comprender la conducta de los individuos de edad avanzada. No obstante, dado que se trata de informes generales del modo de funcionar del ser humano, ninguna de estas importantes teorías posee conceptos específicos que describan la última etapa de la vida.

Los mismos principios generales que rigen el funcionamiento psicológico a cualquier edad se aplican también a la edad avanzada.

## 1. CONDUCTISMO (*Teoría del Aprendizaje*).

Para los creadores de esta teoría, un solo axioma reproducía la esencia de su visión revolucionaria del mundo -El entorno determina las acciones humanas-. Para entender la conducta, debemos buscar las recompensas a las que una persona está expuesta en el mundo exterior. Argumentan que la conducta es modificable, no está determinada por genes o datos conocidos inmutables al nacer, se concentran en lo que pueden medirse directamente, prefiriendo las acciones a las sensaciones, necesidades y fantasías. Restan importancia al pasado: la clave para cambiar una conducta no se basa tanto en explorar la historia de un individuo como en cambiar su vida actual.

## 2. PSICOANÁLISIS.

Consideran que lo que ocurre en la infancia es importante para la salud psicológica. Característicamente opinan que la personalidad se forma básicamente en una edad temprana (*a los 5 años ó antes*) y después permanece relativamente estable durante toda la vida. Consideran que la personalidad tiene una estructura definida.

Presenta aspectos conscientes e inconscientes; el estrato más profundo de la personalidad, el inconsciente, constituye un determinante muy importante de la conducta humana.

Además de poseer componentes conscientes e inconscientes, la personalidad está constituida por 3 partes:



- a) ELLO: Está presente al nacer, es la masa de instintos, deseos y necesidades que tenemos cuando llegamos al mundo.
- b) YO: Mayormente consciente, orientada a la realidad de la personalidad, se forma cuando el niño se da cuenta de que sus necesidades no pueden ser satisfechas de inmediato, las funciones del yo se relacionan con la lógica, el razonamiento, el pensamiento y la planificación; en otras palabras deteniendo lo que deseamos de una forma ordenada y realista.
- c) SUPERYO: Es el brazo moral de la personalidad, la internalización inconsciente de las prohibiciones, normas e ideales de los padres y de la sociedad.

Por consiguiente, de acuerdo con la teoría tradicional, los acontecimientos estresantes endémicos en el último periodo de la vida (*enfermar, quedarse viudo o jubilarse*) constituyen pruebas del funcionamiento psicológico. Estas situaciones de estrés ponen a prueba la capacidad del yo para adaptarse; en este caso, si nuestras experiencias infantiles no han sido ideales, tenemos más posibilidades de utilizar mecanismos de defensa para afrontar esos hechos estresantes y de desarrollar problemas psicológicos.

Así pues para los psicoanalistas tradicionales, la manera de comportarse de un individuo cuando es viejo es coherente con un patrón conductual o estilo de personalidad de toda la vida (*Berezin, 1972*). El último periodo de la vida es una época de estrés extremo y, por esta razón de una elevada posibilidad de alteraciones psicológicas. Para entender la conducta, debemos examinar lo que se esconde debajo de las apariencias ¿Qué necesidades, fantasías y deseos inconscientes están motivando la respuesta superficial del individuo?

### 3. ENFOQUE PSICODINÁMICO.

Erick Erickson (*1968*), usó una combinación de ideas psicoanalíticas e ideas acerca de las experiencias sociales vinculadas con la edad para construir una teoría de etapas más formal del desarrollo social y de la personalidad.

La teoría de Erickson pretendía ser universal (*aplicable a todas las personas, de todas las culturas*), creía que las etapas se desenvolvían en la misma secuencia para todos y que, durante cada etapa la persona es en especial vulnerable a ciertas influencias y menos sensible a otras. Erickson identificó 8 etapas en el ciclo de vida, como lo muestra el cuadro 4 cada etapa implica una crisis de desarrollo central y el éxito de uno al afrontar la crisis se considera que afecta el desarrollo más general de uno durante y después de la etapa. La estructura de la personalidad es resintetizada cuando se resuelve cada etapa, conforme los primeros desarrollos se integran con los posteriores.

## **CUADRO 4** ETAPAS DEL CICLO DE LA VIDA<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Construido a partir de la información contenida en: *Identity: Youth and Crisis*, (Norton, Nueva York, 1968).

ETAPA	EDAD	CONFLICTO CENTRAL	IMPLICACIONES PRIMARIAS PARA EL DESARROLLO OPTIMO
1	Lactancia	Confianza vs. Desconfianza	Desarrollo de seguridad general, optimismo y confianza en los demás.
2	Infancia	Autonomía vs. Vergüenza	Desarrollo de un sentido de autonomía e independencia segura.
3	Niñez temprana	Iniciativa vs. Culpa	Desarrollo de iniciativa en la exploración y manipulación del ambiente.
4	Niñez Intermedia	Industria vs. Inferioridad	Disfrute y dominio de las tareas de desarrollo de la niñez.
5	Adolescencia	Identidad vs. Confusión del rol	Logro de un sentido de identidad y dirección estable y satisfactorio.
6	Edad Adulta temprana	Intimidad vs. Aislamiento	Desarrollo de la capacidad para mantener relaciones íntimas.
7	Etapa Adulta	Generosidad vs. Estancamiento	Satisfacción de necesidades personales y familiares complementadas por el desarrollo de interés en el bienestar de los demás y en el mundo en general.
8	Vejez	Integridad vs. Desesperación	Reconocimiento y adaptación a la vejez y al prospecto de la muerte con una sensación acerca del pasado y una buena disposición acerca del futuro ( <i>con base en el éxito consistente en etapas anteriores</i> ), lo cual proporciona una base real para la satisfacción al haber tenido una vida plena y buena, y para aceptar la muerte sin temores mórbidos o sentimientos de fracaso

En el proceso del desarrollo vital se atraviesa por diferentes etapas, cada una de las cuales va a implicar el cumplimiento de una serie de tareas de desarrollo, entendidas como: "Tareas que surgen en cierto periodo de la vida del individuo, cuyo cumplimiento exitoso lleva a la felicidad y al éxito, y cuyo fracaso produce la infelicidad del individuo, la desaprobación de la sociedad y la dificultad para cumplir tareas posteriores" (Havighurst, 1972). Cada sociedad define las tareas que deben ser cumplidas y la edad en que deben serlo. A continuación se mencionarán las tareas que se deben resolver en la vejez:

- I. Permanecer físicamente saludable y ajustarse a las limitaciones.
- II. Mantener un ingreso adecuado y medios de sostenimiento.
- III. Ajustarse a nuevos roles de trabajo.
- IV. Establecer condiciones adecuadas de vivienda y vida.
- V. Mantener la identidad y el estatus social.
- VI. Encontrar compañía y amistad.
- VII. Aprender a usar el tiempo libre de manera placentera.
- VIII. Establecer nuevos roles en la familia.
- IX. Lograr la integridad mediante la aceptación de la propia vida.

Erickson (1959) afirmaba que la principal tarea de la última etapa de la vida consiste en desarrollar la integridad del ego, lo que supone una revisión de la vida, ser capaz de aceptar los hechos de la propia existencia sin arrepentimiento y de enfrentar la muerte sin gran temor. Va a permitir que se aprecie la propia individualidad, los logros y satisfacciones, así como la

aceptación de los fracasos y desilusiones que se han enfrentado, es decir, significa estar contento con la propia vida y con lo que ha sido.

Psicológicamente, la personalidad del adulto mayor viene a ser en las primeras etapas del ciclo vital donde se van a cimentar las bases que van a consolidar una estructura caracterológica única en cada persona; de tal manera que se desarrollan estrategias de adaptación a las diversas circunstancias que se afrontan en la vida cotidiana.

Psicodinamicamente se dice que frente a los reajustes impuestos por el envejecimiento el yo, adopta diversas posiciones; puede estar rígido, en regresión o flexible.

La rigidez se expresa por el conformismo, mismo que se manifiesta como una resistencia al cambio, es cuando se dice que en la medida en que se respeten a los antiguos. En caso de fracasos, son frecuentes los movimientos de regresión, expresado en la sensibilidad a la adulación de algunos viejos, la vuelta a un continuo interés por el dinero o la utilización de trastornos somáticos para evitar un conflicto no resuelto.

Si el yo no es demasiado rígido, ni está demasiado afectado por una regresión, aún le es posible un cierto despliegue de medios, una vez pasada la crisis. Todo va a depender finalmente de su organización mental anterior.

Erickson es de los pocos autores que ha considerado el desarrollo como un continuo que abarca toda la existencia. Se trata de un proceso evolutivo, basado en una secuencia de hechos biológicos, psicológicos y sociales. En cada una de las fases de desarrollo, la persona debe afrontar y dominar un problema fundamental, dado por fuerzas contrarias (*crisis*). La última edad del hombre consiste en la culminación de las anteriores y su síntesis se alcanza, solo si se han atravesado adecuadamente las etapas anteriores; es decir, que se va preparando a lo largo de la existencia.

Los estudios psicológicos sobre el envejecimiento se han centrado en aspectos cognitivos, de personalidad y de estrategias de manejo.

Con el término cognitivo hacemos referencia a todo el espectro de las funciones intelectuales humanas que se han estudiado bajo distintos aspectos y denominaciones: percepción, memoria, razonamiento, toma de decisiones, resolución de problemas, integración de conocimientos complejos, etc. Especial interés se ha prestado al estudio de la memoria desde diversos modelos teóricos; se han distinguido diversos estudios en el procesamiento de la información: memoria a corto y a largo plazo, memoria primaria, secundaria y terciaria.

La determinación de muchas de estas capacidades se ve sesgada por factores como la edad cronológica, el ambiente y las características de las pruebas empleadas. Con el envejecimiento, las diferencias individuales en el rendimiento cognitivo se incrementan. Frecuentemente las personas con

niveles educativos altos y gran inteligencia muestran un mínimo declive en sus rendimientos con la edad. En general este deterioro es más acusado al enfrentarse con situaciones nuevas no relacionados con experiencias previas. Los rendimientos intelectuales están muy influenciados por la salud física y su deterioro no es inevitable. La edad interviene sobre todo en la fluidez de las habilidades, la resolución de problemas, la velocidad psicomotora y la memoria a largo plazo; estos cambios pueden prevenirse mediante la experiencia y el ejercicio de habilidades, de tal forma que en ciertas áreas del trabajo, los viejos pueden mantener sus niveles de creatividad y productividad. La vida productiva en los últimos años refleja una renuncia a la flexibilidad en la resolución de problemas a favor de la sabiduría acumulada derivada de la experiencia. Los problemas de memoria en los ancianos se reducen sustancialmente, reestructurando las pruebas de memoria para evitar el sesgo de la atención y mediante la introducción de pruebas contextuales (Martínez, 2000).

La manera en que se absorben los cambios cognoscitivos asociados a la edad y los medios que pongamos para remediarlos, condiciona nuestras actitudes hacia el envejecimiento. Frente a una concepción dual de los procesos cognitivos, desarrollo seguido por deterioro. La aparición de un deterioro cognitivo marcado en los viejos se ha relacionado con la proximidad de la muerte, más que con la edad cronológica, lo que se conoce como teoría del deterioro terminal. En términos prácticos, un rápido deterioro intelectual en un viejo no debe ser considerado como algo normal, sino como la señal de una posible enfermedad susceptible de tratamiento

Sobre el desarrollo de la personalidad existen diversas teorías. Según la teoría de los ocho estadios de Erickson en el desarrollo del Ego, los viejos alcanzan un estado de madurez en el que es posible la integración en la reconciliación y satisfacción con su vida, pasada a la desesperación y el disgusto por los fallos cometidos, (Belsky, 1996).

Por lo general, los rasgos de la personalidad se mantienen estables a lo largo del ciclo vital. En caso de producirse cambios, éstos suelen asociarse a acontecimientos de pérdida, fundamentalmente de salud y de soporte social, más que a la edad cronológica. Estas pérdidas hacen a los viejos más prudentes y cautelosos ante los problemas.

El envejecimiento psicológico es, desde este punto de vista la acción y efecto del paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas. A saber, la personalidad, las funciones cognoscitivas, la capacidad sensorperceptiva, y psicomotriz, la capacidad de aprendizaje y la creatividad, la comunicación, la interacción social con los semejantes y la psicoafectiva serán algunos de los componentes principales del ser humano en cualquiera de los momentos del ciclo vital, la cual supone una serie de cambios en parte adaptativos, estos cambios biológicos de las capacidades motrices de la función cerebral.

Los aspectos en gran parte se refieren al impacto emocional que se da en las personas como resultado de los cambios físicos y sociales que se experimentan en la vejez. Dichos cambios se pueden dividir en 2 grupos:

1. Los que se refieren a lo cognoscitivo; es decir, los que afectan la manera de pensar y las capacidades mentales, como son: la memoria, el aprendizaje, la inteligencia, la creatividad y el lenguaje.
2. Los que se refieren a la afectividad y la personalidad como lo son: la personalidad, las emociones, pérdidas y duelo, adaptación a la vejez, relaciones intra personales (*familia*).

Por lo tanto envejecer acarrea cambios en todas las áreas de la persona y conlleva a una disminución funcional generalizada, así como una disminución en la capacidad de adaptación del organismo a través del tiempo esto sucede en los individuos de distinta manera y a distintas edades.

## B. CAMBIOS COGNOSCITIVOS.

Las funciones cognoscitivas son aquellas funciones y procesos por los que el individuo recibe, almacena y procesa la información relativa a uno mismo, a los demás y al entorno; entre estas funciones destacan: la memoria, el aprendizaje, la inteligencia, la creatividad y el lenguaje.

### 1. MEMORIA.

Es la función cognitiva más importante, puesto que es básica para la resolución de problemas y para la adaptación al medio donde existe una pérdida o cambio de células cerebrales, y que aunado con el nivel de inteligencia, falta de hábitos para recordar y la falta de motivación, dan pie a que constantemente halla olvido de acciones cotidianas (*como la realización de algo, donde se ha dejado las llaves, o bien lo que se pensaba hacer*) dificultad para recordar nueva información, perder el tema de conversación, aumentando así la falta de concentración, dispersión, disminución en la velocidad de reacción y reducción de la habilidad para aprender. Su importancia radica en que es fundamental para el aprendizaje, ya que lo que no se puede recordar no existe, sea para resolver un problema o para proporcionar seguridad al auto concepto.

La memoria se clasifica por la proximidad de los hechos con el presente variando la facilidad de recuerdos de las diferentes clases de memoria:

- a) Inmediata o primaria: hasta los 30 segundos.
- b) Reciente: varios días.
- c) Remota o secundaria: pasado lejano recordado.

d) Vieja o terciaria: pasado lejano no recordado.

Se ha afirmado tradicionalmente que en la vejez se recuerda mejor los hechos lejanos que los próximos, la cual, sin dejar de ser cierto, lleva a analizar las condiciones ambientales en que se produjo el aprendizaje. Con la edad parece que se recuerdan mejor las cosas que se oyen que las que se ven, pero eso más que un reflejo de la capacidad de la memoria puede ser un reflejo de la diferente percepción de los sentidos. La naturaleza de la memoria según los sentidos ha originado la división entre la memoria visual o icónica<sup>3</sup>.

Otra clasificación interesante es la que divide la memoria según los recuerdos: "episódicos", acontecimientos únicos para el individuo (*matrimonio, viaje, etc...*) y recuerdos "semánticos", conocimientos comunes, compartidos, por toda la población (*normas de circulación, instrucciones de operación, de maquinaria, signos de atención públicos, etc...*)<sup>4</sup>.

Las causas por las que se producen la pérdida de memoria son complejas, existiendo una base biológica (*cambios o pérdidas de células cerebrales*) y factores psicosociales, probablemente más importante que las limitaciones somáticas entre las que destacan: nivel bajo de inteligencia (*recuerdan mejor los más inteligentes*), falta de hábito de recordar (*rutina en el trabajo o en la vida en general*), falta de motivación (*para que aprender si se va a olvidar*), o profecía que se auto realiza (*el individuo no aprende porque duda de la utilidad de los que va aprender se le ha dicho frecuentemente que va a olvidar lo que aprenda*).

## 2. APRENDIZAJE.

Los viejos necesitan un tiempo de reacción más largo, que regularmente se observa en situaciones como la entrevista con una persona mayor, la conducción de vehículos, etc. Pueden tener dificultades en la utilización de algunas técnicas de aprendizaje, como la asociación y la visualización.

Además existe una tendencia a ser más precavidos, tal vez POR MIEDO A FALLAR. Al igual que en la memoria se puede afirmar que en el aprendizaje, a mayor complejidad, rapidez y abstracción se da mayor dificultad y peores resultados en pruebas de ejecución. Algunos factores que influyen en los procesos del aprendizaje son: la motivación, tendencia a reaprender, asociación, repetición, refuerzo y la transferencia, por lo que el aprendizaje debe ser activo, con promoción al análisis de la situación análogo, proveedor de información, libre de estados o situaciones ansiógenas y sobre todo a considerar al aprendizaje como un proceso individual.

## 3. INTELIGENCIA.

---

<sup>3</sup> Murdock (1967). Recent Developments in short term memory. Quarterly journal of experimental psychology.

<sup>4</sup> Turving, N. (1972). Organization of memory, academy press. Nueva York.

Con la edad se deteriora la inteligencia, esto es, la agilidad mental, la capacidad de resolución en situaciones nuevas, a muy corto plazo, mientras que la inteligencia cristalizada mejora, pues está basada en los conocimientos adquiridos en la experiencia y en la capacidad de juicio. Los viejos presentan una mayor lentitud en la solución de problemas y elaboración de información y en tiempo de reacción ante los problemas y/o tareas nuevas.

El pensamiento se hace más flexible por lo que se mantiene la comprensión, la capacidad de juicio, vocabulario y algunos conocimientos generales; y se disminuye la memoria, la atención, concentración, rapidez de reacción y asimilación; por lo que es frecuente la repetición de las preguntas o instrucciones y se requiere de mayor tiempo en reconocer los elementos ó factores claves ante la solución de problemas.

La inteligencia según Catell<sup>5</sup>:

- a) Inteligencia Fluida: la cual representa la aptitud fisiológica y neurológica para resolver problemas nuevos y organizar la información en situaciones concretas, se basa en parte en la dotación biológica original de la persona, no tiene en cuenta las influencias de la cultura.
- b) Inteligencia Cristalizada: se basa en el producto de la educación, los conocimientos y la experiencia que adquieren los individuos en el seno de una cultura, esta aumenta, durante toda la vida sin que los psicólogos lleguen a un acuerdo para establecer una edad cronológica en que se estabilice.

En las investigaciones más recientes indican que el descenso de la capacidad intelectual en los viejos, no se produce en función de la edad cronológica sino en virtud de las influencias del medio ambiente. El decremento de la inteligencia global no parece de una forma general hasta los 60 u 80 años y aún en estas edades puede ser prevenido con un medio ambiente estimulante y que apoye al viejo para que mantenga sus aptitudes intelectuales. El único decremento intelectual inevitable se denomina "descenso terminal", se experimenta cerca de la muerte y se debe a causas orgánicas más que psicosociales.

#### 4. CREATIVIDAD.

Originalidad, unicidad, inventiva para resolver un problema, identifican la creatividad y convergen hacia una actitud apreciada por todo tipo de disciplinas, artísticas, literarias y científicas. La creatividad es una de las manifestaciones más nobles de nuestras facultades intelectuales y aunque no se conozca bien su origen genético o adquirido, se aprecia en sus manifestaciones en todas las áreas de la experiencia. La generación de nuevas ideas, preguntas y respuestas, a las mismas, no ocurre así en cuanto al desarrollo e implicaciones de dicho descubrimiento, pues esta capacidad continua invariable a cualquier edad, conociendo pues, a exponentes intelectuales, artistas y creadores que

---

<sup>5</sup> Mishara L. B. Riedel R. (1986). El proceso de envejecimiento. Madrid: Morata.

tienen edades avanzadas, ya que: "En ciencias naturales la creatividad es joven, mientras que en los saberes del hombre se necesita la experiencia para resolver problemas viejos".

## 5. LENGUAJE.

Los viejos tienden a utilizar frases más largas y más complejas, existe disminución en la discriminación y comprensión del lenguaje verbal, disminuye la capacidad de nominalización, y tienden a mostrar "errores semánticos", con tendencia a circunloquios, cambios de tema, recuerdan que han dicho pero les cuesta recordar "quien dijo que y a quien".

## C. CAMBIOS AFECTIVOS Y DE PERSONALIDAD.

Los cambios en este nivel influyen en nuestros sentimientos, emociones, creencias, valores, actitudes, conductas y personalidad en general. El desarrollo de las emociones y sentimientos es una de las principales facetas de la personalidad. Este desarrollo está determinado por las actitudes del individuo hacia la realidad lo que a su vez depende del contenido de su vida y de su trabajo. Todas las emociones son impulsos para activar planes instantáneos para enfrentarnos a la vida que la evolución nos ha inculcado.

### 1. AFECTO.

En cuanto a los problemas afectivos que se observan en el viejo, en ocasiones se deben a problemas de aceptación de la etapa de la vida que se está viviendo, a partir de que se ha introyectado, modelos estereotipados y prejuiciados, del viejo; es decir, que una vez que el sujeto se ubica como persona de la tercera edad, comienza a resignificar muchos conflictos no resueltos y comienza a confrontar la idea que tenía del viejo con el viejo que es ahora, derivando en muchas ocasiones en sentimientos de frustración y falta de aceptación del viejo que es, tendiendo al aislamiento, tristeza, la falta de comunicación, etc....

### 2. AUTOESTIMA.

Es una dimensión de nuestra personalidad, es una actitud de autocuidado a la salud física y mental, demostrando amor hacia sí mismo con gran sentido de responsabilidad y optimismo ante la vida, reconociendo las limitaciones, siendo también la clave del éxito o del fracaso. Depende en gran parte de la cultura y de los lineamientos sociales en que se vive, así de las primeras experiencias vividas en la infancia y al entorno familiar del apoyo, la estimulación, la intensidad afectiva y de los límites otorgados por las figuras paternas, dependerán del grado de autoestima, de manera que todo niño o individuo se valora a sí mismo tal como haya sido valorado.

Los problemas afectivos que se observan en muchas ocasiones se deben a problemas de aceptación de la vida que se está viviendo, una persona que se



ubica como de tercera edad, comienza a encontrar el significado de muchos conflictos no resueltos, y enfrenta la idea que tenía del viejo, con el viejo que es ahora; derivando en sentimientos de culpa y frustración, con falta de aceptación; tendiendo al aislamiento, tristeza, falta de comunicación, etc. En esta etapa de la vida los cambios físicos pueden limitar las relaciones sociales e incrementar el aislamiento; aunque también los aspectos psicológicos tienen mucha influencia como lo son los pensamientos, sentimientos, creencias, valores, actitudes, conductas y personalidad en general.

### 3. PERSONALIDAD.

Durante un tiempo se ha caracterizado la personalidad del viejo por un debilitamiento de rasgos y una disminución de la actividad social, una reducción de intereses, orientación hacia la meta y de la iniciativa. Sin embargo, la personalidad, previa del anciano debe servir como referente para comprender, las reacciones a los cambios biológicos y sociales que se producen con la edad.

Psicológicamente la personalidad del adulto mayor es el resultado de un proceso de desarrollo vital que de acuerdo con diversas teorías como los psicodinámicos o cognitivo – conductuales, donde en las primeras etapas del ciclo vital se han de cimentar las bases que van a consolidar una estructura caracterológica única en cada individuo; de tal manera que se desarrollan estrategias de adaptación a las diversas circunstancias que se afrontan en la vida cotidiana.

### 4. PÉRDIDAS Y DUELO.

La muerte es un fenómeno irreversible, un evento ineludible con el que termina el ciclo vital de todo ser viviente. La muerte como base Terminal y parte de la vida misma, como resultado del envejecimiento y deterioro progresivo orgánico y funcional, como resultado del daño producido por diversas enfermedades agudas o crónicas, cuya historia natural termina en la muerte a corto, mediano o largo plazo, conlleva a una pérdida, esta puede ser súbita, sin aviso o predecible mediante un accidente, y como tal hace surgir emociones, sentimientos y recuerdos, y para algunas esas experiencias puedan parecer sin importancia, mientras que para otros cambian el curso de sus vidas para siempre.

Cuando alguien o algo se va de nuestras vidas, experimentamos una serie de sensaciones físicas, emocionales y espirituales conocidos como duelo. Durante esta etapa aumenta considerablemente la posibilidad de pérdidas vitales significativas y de la viudez, que es la crisis más perjudicial del ciclo vital. Se dan pérdidas reales como la viudez, las pérdidas simbólicas, como la pérdida del rol profesional tras esta salida del mercado laboral.

El duelo es una reacción a la pérdida, representa una sensación implícita de inseguridad; los temores al abandono y sentimientos de vulnerabilidad salen a la superficie, obligándonos a enfrentarlos. El mundo en el cual basamos

nuestro sistema de creencias, metas y nuestras vidas en general, súbitamente está fuera de control.

Todos los seres humanos somos diferentes, cada uno de nosotros es un ser único, una composición de influencias múltiples. Cada persona es una acumulación de material genético, factores culturales, antecedentes familiares, experiencias personales, etc. y su forma de enfrentar los problemas es única; no obstante, el duelo sigue un patrón a su propio modo, es muy útil saber que los demás comprenden nuestros sentimientos.

Si se permite que la elaboración del duelo siga un curso "natural", es posible anticipar un marco característico de tiempo, los cuales van desde la ruptura de los antiguos hábitos, hasta una terminación óptima del reajuste, pasando por el inicio de reconstrucción de su propia vida y la búsqueda de amor y amistad.

#### a. ETAPAS DEL DUELO.

Las etapas no son rígidas, constituyen más bien un lineamiento flexible basado en lo que reportan generalmente las personas que han atravesado por un proceso de duelo. Para poder comprender de manera explícita el proceso por el cual la persona atraviesa el duelo, se analizará con más detalle estas etapas de los ajustes presentes y futuros que se necesitan para pasar a través de la pena hacia una mejor calidad de vida, a continuación se expondrán las diferentes etapas de duelo propuestas por Elizabeth Kubler Ross<sup>6</sup>.

##### 1) Negación e Incredulidad.

La primera reacción ante una pérdida es de absoluta incredulidad, una persona rara vez preparada para el acontecimiento y es tomada por sorpresa. Es un momento en que habitualmente, no se puede comprender el impacto de lo que a sucedido y no se acepta como algo real.

La negación es un bloqueo asociado a la conmoción, ambas surgen en paralelo, una con la otra, actúan como un amortiguador de la realidad de la situación.

Cuando se permanece en esta etapa, la persona no se hace cargo de los sentimientos de la nueva condición. Cuando se acostumbra a la gente, las cosas, los objetos, las situaciones laborales, etc. Y algo cambia, no se quiere aceptar, en lugar de eso, se niega su existencia. Mientras más tiempo dura la negación, más tardamos en enfrentar la pena.

Muchos de los que permanecen en la negación, comienzan a encontrar otras formas para adormecer su dolor, usando alcohol y drogas porque no quieren tener que sufrir todo el dolor y la tristeza de su tragedia.

---

<sup>6</sup> Gutierrez, S. C. (2001). La bioética ante la muerte. México: Gac. Med. Mex. Vol. 137 No. 3.

## 2) Enajo, Ira y Rabia.

La sensación de ser impotente y estar fuera de control son características del enajo, es muy común enojarse cuando alguien muere, porque la muerte es un hecho que no podemos controlar. Ante todo, la ira está dirigida a aquellos que se creen responsables de colocarnos en una situación semejante. Se está enojado con el muerto por dejarnos solos, con el cónyuge por causar el divorcio, con el jefe por aquel despido injustificado; en segundo lugar se culpa a Dios por la situación inoportuna, sintiéndonos la víctima de algún poder invisible que quiere castigarnos. Y por último se está enojado consigo mismo por la impotencia de no haber hecho más para mejorar las cosas.

Se puede desplegar un enajo en muchas formas, tales como rabietas o explosiones; o el enajo puede ser interno y causar depresión o desesperación. Algunas personas permanecen en un estado de enajo durante largos periodos y otros siguen enojados por el resto de sus vidas.

Pueden afectar las relaciones con los demás, pueden disminuir la capacidad de trabajar con eficiencia y lograr éxitos, y de encontrar confort en el alcohol y drogas, además de que mientras se repriman los sentimientos de enajo, es más fácil que estallen ocasionando consecuencias devastadoras, o si no se está preparado para el manejo del enajo, se puede expresar con violencia.

El enajo se puede expresar externamente como rabia o internalizarse y experimentarse en forma de depresión. Pero en el fondo el enajo es temor, temor a poder satisfacer las propias necesidades, a tomar decisiones, el miedo a no ser capaz de manejar la sobrevivencia financiera, emocional y física. La persona que proyecta su enajo hacia otros, corre el peligro de quedar atrapada en la amargura, el resentimiento y la enajenación.

## 3) Negociación y Regateo.

Es una etapa que se usa como una manera de controlar la situación, es otro tipo de mecanismo de defensa, donde se vive una realidad suspendida; es muy común cuando la persona no está presente en el momento de la pérdida y por consiguiente, sigue creyendo que eso no sucedió en realidad. La persona promete a Dios que se comportará de una forma particular y entonces todo volverá atrás; o algún milagro impedirá que las cosas sucedan. Los tratos como en la negación nos impiden enfrentar la realidad. Algunas veces la conmoción de la pérdida resulta demasiado para soportarla y nos refugiamos en esa clase de razonamientos.

Los tratos confortan temporariamente a algunas personas, mientras se acomodan a la verdad de la situación. Esta etapa de pena y pérdida es normal hasta un cierto punto, pero si se demora demasiado tiempo, puede impedir el mejoramiento y la capacidad para seguir con la propia vida. La

negociación prosigue en la mente como una ayuda para ganar tiempo antes de aceptar la verdad de la situación.

#### 4) Tristeza y Depresión.

La tristeza es la emoción más evidente después de una pérdida, se experimenta la más profunda desesperación y depresión; la persona comienza a encerrarse, alejándose de toda interacción social, se ubica en un aislamiento auto impuesto, en donde se siente totalmente solo y desvalido.

Es una de las etapas más duras para sufrir y puede durar un tiempo considerable. Se da cuenta de que la persona que se perdió, sea la pareja, padres, amigos o hijos, no estará físicamente entre nosotros. Sabemos que nunca se volverá a ver. Lo mismo ocurre cuando se pierde una mascota, la casa, el trabajo entre otras cosas.

#### 5) Resignación y Alivio.

En esta penúltima etapa de duelo queda por aceptar la idea de que algún día moriremos, nos resignamos a un inevitable final de nuestra vida y que sin acepción de nadie tendremos que llegar a padecer.

El concepto de muerte ha variado a través del tiempo, de acuerdo con la cultura, religión y pensamiento predominante de cada pueblo y de cada época, con la creencia o no de la vida después de la muerte, que conlleva la esperanza de una vida cuando la estancia terrenal haya llegado a su fin, y la manera de cómo resignarnos va en función de lo que creemos.

#### 6) Aceptación.

La aceptación es la meta final del proceso del duelo, donde ya se reconoce la situación por lo que es y significó, en variadas ocasiones todavía se experimenta sentimientos de dolor y pérdida, y de tanto en tanto se volverá a caer en la depresión, la culpa y los otros sentimientos; se entra y se sale del proceso de duelo, no existen reglas fijas, límite de tiempo, ni orden de procesamiento de los diferentes etapas del duelo.

Con la aceptación, se llega a entender que la vida presenta una cierta cantidad de situaciones que no se pueden cambiar o controlar en este punto, se comienza a mirar la vida, la gente y las situaciones implicadas de una nueva forma.

#### b. DUELO NORMAL.

El duelo normal existe una causa desencadenante, están presentes la tristeza y el retraimiento, y se da una aceptación de la pérdida sin reproches. Todo ello configura un proceso necesario (*Vaguas, 1998*).

#### FASES

##### 1ra. Fase:

- a) Conmoción y escepticismo.
- b) Se muestra ausente y confuso.
- c) Relaciones frías y distantes.
- d) Se instaura una barrera contra la pena.
- e) Posible estado de dolor agudo:
  - Molestias orgánicas de tipo nervioso
  - Sensación de rigidez, vacío estomacal y cansancio muscular
  - Sensación constante de malestar y tensión
  - Sentimiento de culpabilidad
  - Eventual hostilidad hacia la familia y amigos
  - Inquietud y dispersión en tareas

##### 2da. Fase:

- a) Recuerdos obsesivos de la pérdida.
- b) Aceptación paulatina de la realidad de la pérdida.
- c) Repentinamente y fuertes reacciones de dolor.
- d) Necesidad de relacionarse con los demás.

##### 3ra. Fase:

- a) La persona se adapta a la pérdida.
- b) Conciencia de la inutilidad de refugiarse en el pasado.
- c) Mejora las relaciones familiares y sociales.
- d) Maduración del significado de la propia vida.

#### c. DUELO PATOLÓGICO.

Cuando la persona no se ajusta al proceso de duelo normal, por lo que experimentan reacciones de duelo incoercible y prolongado y se convierten en personas deprimidas crónicas, donde se puede percibir:

- No aceptación de la pérdida.
- Reproches hacia el exterior y/o hacia si mismo.
- Mucha referencia a la pérdida.
- La pena se mantiene durante años.
- La respuesta emocional se retrasa durante meses o años.
- Eventuales trastornos psicósomáticos.
- Cambios bruscos entre calma e irritabilidad.
- Desorganización.
- Finalmente estado de depresión.
- Insomnio, auto desvalorización y auto recriminaciones.
- Síntomas hipocondríacos y/o fóbicos.
- Mareos y cefaleas.
- Síntomas de identificación con la pérdida.
- Incapacidad de sobreponerse y necesidad de ayuda terapéutica.

#### D. ENVEJECIMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL.

Es aquel en el que no existen síntomas de enfermedad psíquica y corresponde al que vive la mayoría de las personas, ya que los trastornos del psiquismo afectan sólo a una minoría de los viejos. El concepto clave del envejecimiento psicológico normal es el de salud mental, equilibrio, en relación con el medio ambiente.

La salud mental constituye el resultado de una serie de factores, y adaptaciones satisfactorias; no es solo individual, sino psicosocial, ya que se forma a través de la interrelación de los factores del medio social y de la personalidad individual originando un resultado único denominado personalidad psicosocial.

Los factores clave en la salud mental se han identificado como factores biológicos del medio ambiente, del estilo de vida y de la organización sanitaria.

## E. ENVEJECIMIENTO PSICOLÓGICO PATOLÓGICO.

La frontera entre lo normal y lo patológico resulta con frecuencia confusa en los aspectos orgánicos de la salud; en los aspectos psicológicos, la diferenciación entre salud y enfermedad resulta aún más difícil. La psique y sus manifestaciones constituyen realidades menos objetivas, y a diferencia de lo normal o patológico varía con la escuela, ideología del terapeuta, lugar geográfico, grado de desarrollo económico, etc.; por lo que lo patológico se va a manifestar o no en la conducta según su dotación psíquica, influencias del medio, factores de riesgo, etc.

Lo que hay que evitar son las etiquetas definitivas que clasifiquen a una persona como mentalmente sana o enferma, en virtud de diagnósticos inflexibles que pueden tener consecuencias fatales en el equilibrio de la persona y en sus posibilidades de realización social. Por tanto, antes de calificar a un viejo de mentalmente enfermo, hay que pensar en las graves consecuencias que puede tener para su futuro vital, ya que el etiquetaje puede suponer la autonomía personal y capacidad para vivir una vida independiente o la dependencia y ser internado en una institución. Sin embargo mencionaremos bajo el enfoque médico, tres de los trastornos mentales más frecuentes en los adultos mayores.

### 1. DEMENCIA.

Es un desorden progresivo de las funciones intelectuales tales como la memoria, el lenguaje y otras habilidades cognitivas. La demencia es un conjunto de síntomas que deterioran el razonamiento y afectan las actividades de la vida diaria; es decir, es un síndrome adquirido que se caracteriza por el deterioro de las funciones cerebrales superiores, en cuyo curso la conciencia permanece clara, es un proceso habitualmente que interfiere con el desempeño en las actividades de la vida diaria, laboral y social.

Este deterioro se caracteriza por el trastorno persistente de la memoria y de 2 o más funciones psicológicas, a saber: el lenguaje, las praxias, las gnosias, así como la abstracción, el juicio y la conceptualización, suele acompañarse, de cambios en la personalidad y/o en el estado emocional.

La naturaleza adquirida de este síndrome lo distingue del retraso mental, mientras que su persistencia, lo diferencia de estados confucionales adquiridos.

La prevalencia de los padecimientos demenciales se aproxima a un 5 o 7 % en los viejos, misma que aumenta con la edad, de tal manera que para adultos de 80 años, la prevalencia es superior al 20 %.

a. SINTOMATOLOGÍA.

A) Memoria: la memoria reciente se ve afectada: "¿dónde se dejaron las llaves?, ¿Qué se iba hacer?... ". Sin embargo en estos casos también la memoria a largo plazo se deteriora<sup>7</sup>, los problemas de memoria se deben diferenciar de problemas de atención, más propios de las depresiones.

B) Cambios de personalidad: Se refiere a una exageración y una mayor rigidez de rasgos previos o un cambio radical en los mismos. Puede aparecer rudeza, celos, falta de tacto y disminución de la capacidad de autocontrol.

C) Deterioro de los hábitos sociales, por ejemplo: en la comida y en los hábitos de auto cuidado y aseo.

D) Apatía y agresividad: Se manifiesta sobre todo en la comunicación no verbal.

E) Dificultades para el pensamiento abstracto el funcionamiento intelectual: Ahora le cuesta trabajo entender las cosas que hasta el presente podía entender, necesita más tiempo para entenderlas, rechaza enfrentarse a cosas desconocidas y presenta una disminución y dificultad en el funcionamiento social.

F) Desorientación témporo – espacial: Puede descubrirse el problema, por ejemplo cuando no encuentra el camino a casa, ó porque comienza a hacer cosas a deshoras como levantarse a media noche realizar actividades domesticas.

G) Tendencia al vagabundeo o a caminar insistentemente: Puede presentarse tanto en casa como afuera y acentuarse por las noches. A veces se ponen en marcha patrones válidos anteriormente, como prepararse para ir al trabajo.

H) Insomnio: Que puede aparecer unido a somnolencia diurna.

---

<sup>7</sup> Aún no ha sido clasificada en el DSM-IV a este trastorno de memoria senil no patológico, determinando por la edad. Son fallas de memoria de una persona normal cuyas facultades son comparables a las de una población de la misma edad y del mismo nivel cultural, son olvidos momentáneos, cuya información generalmente es accesible en otro momento. Aparecen problemas de memoria a corto plazo; estos problemas pueden llegar a ser disfuncionales para el sujeto y crearle importante ansiedad.

I) Incontinencia: Inicialmente es vesical y en fases más avanzadas incluso intestinal. No suele aparecer precozmente, en los primeros estadios de la enfermedad.

J) Trastornos delirantes y alucinantes: Pueden aparecer delirios paranoides de perjuicio y de persecución, acusaciones a los más cercanos de robarle, que justifican el olvido o pérdida de algún objeto, monedas etc. Desde los modelos explicativos psicodinámicos se entiende como una manera de defenderse, proyectando hacia el exterior la causa del olvido o pérdida, evitando así la justificación, por el propio comportamiento del problema.

K) Sintomatología depresiva: Aparece en las primeras fases como resultado de la conciencia del déficit. Es muy importante el diagnóstico diferencial entre depresión y demencia.

L) Apraxia: Dificultad de manipulación como son: el no poder abrocharse los botones y la utilización de los cubiertos.

M) Trastorno del lenguaje: Aparece afasia, dificultad para hacerse entender, pobreza del discurso, incoherencia en las verbalizaciones, disgresiones en los enunciados, fenómenos perseverativos, ausencia de control real sobre las verbalizaciones.

N) Agnosia: Dificultad en el reconocimiento y por tanto errores en la distinción de objetos, sonidos, colores, etc. Se denomina somatognosia cuando son las partes del cuerpo, y prosopagnosia cuando es el no reconocimiento de caras familiares algo muy ansiógeno para los cuidadores.

#### b. CRITERIOS DSM-IV PARA DX DEMENCIAL<sup>8</sup>

La presencia de los múltiples déficits cognoscitivos, se manifiesta por:

1. Deterioro de la memoria.
2. Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
  - a) Afasia: deterioro del lenguaje, que puede manifestarse por la dificultad en la pronunciación de nombres de sujetos u objetos.
  - b) Apraxia: deterioro de la capacidad de ejecución de las actividades motoras, a pesar de que las capacidades motoras, la función sensorial y la comprensión de la tarea están intactas.
  - c) Agnosia: Fallos en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta.
  - d) Alteraciones de la actividad constructiva (*de ejecución*).

---

<sup>8</sup> American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (D.S.M.IV) Ed. Masson, Washington, D.C., 1995



3. Los ítems anteriores han de ser lo suficientemente graves como para provocar un deterioro significativo de la actividad social o laboral y han de significar un déficit respecto al nivel previo de actividad.
4. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro continuo.
5. Se excluyen causas de enfermedad del sistema nervioso central, de enfermedades sistemáticas o inducidas por sustancias.
6. El déficit no aparece solo en el transcurso de un delirium.
7. La alteración no se explica mejor por un trastorno depresivo mayor o esquizofrenia.

c. CAUSAS.

- A) Degenerativas: Demencia senil, Enfermedad de Dic, Enfermedad de Parkinson.
- B) Lesiones ocupantes del aspecto intracraneal: Tumor, hematoma subdural.
- C) Traumáticas: Traumas craneales aislados y severos (*Ej. Por boxeo*).
- D) Infecciosas: Encefalitis, neurosífilis, sarcoidosis cerebral.
- E) Vasculares: Demencia multiinfarto, aterosclerosis craneal, oclusión carótida.
- F) Metabólicas: Uremia, fracaso hepático, diálisis renal.
- G) Tóxicas: Alcohol, envenenamiento con metales pesados.
- H) Anoxia: Anemia, fallo cardíaco, insuficiencia respiratoria crónica.
- I) Déficit vitamínico: B12, ácido fólico, tiamina.

d. CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS.

Clasificación de acuerdo al modelo médico.

**A) Evolutivo – Terapéuticas.**

Se pueden diferenciar las demencias tratables, reversibles, debidas a:

- ∞ Enfermedades metabólicas y carenciales, como la hipoglucemia o déficit de vitamina B12 y ácido fólico.
- ∞ Enfermedades vasculares inflamatorias.
- ∞ Intoxicación crónica por drogas.
- ∞ Enfermedades infecciosas, como la meningitis crónica.
- ∞ Procesos intracraneales, como la hidrocefalia normo intensiva.

**A.1) Tratables.**

Son poco reversibles, como las demencias multiinfarto, el alcoholismo y la demencia postraumática.

**A.2) No Tratables.**

Son irreversibles como la demencia Alzheimer, Corea de Huntington, Enfermedad de Parkinson, Esclerosis múltiple y la Enfermedad de Creutzfeldt – Jacob.

## **B) Clínico – Anatómicas.**

Se diferencian en localización pudiendo ser:

### **B.1) Corticales.**

- Déficit en: abstracción, orientación, juicio y memoria.
- Trastornos en: lenguaje, praxias y reconocimiento.
- Conducta: Acentuación de rasgos previos como la excentricidad, meticulosidad exagerada, expresión sexual exagerada y apatía.
- Afectividad: Labilidad e incontinencia emocionales.
- Signos más precoces: Afectación de memoria y cambios conductuales y afectivos.
- Prototipo: Enfermedad de Alzheimer.

### **B.2) Sub-corticales.**

- Ausencia de cuadro afasoapraxoagnóstico.
- Dificultades de memoria, abstracción y orientación. A diferencia de las corticales, debido a un retardo o inhibición de la función (*no por pérdida*).
- Conducta: Actividad retardada, descuido en la apariencia, aislamiento, disminución de atención al trabajo y relaciones interpersonales.
- Gran dificultad de concentración y acompañada de distracción.
- Verbalización: Se afecta precozmente, hipotonía (*disminución del volumen de la voz*) y disartria (*déficit en la articulación*).
- Bradicinesia.
- Trastornos motores: Cuadros parkinsonianos y ataxias.
- Prototipo: Corea de Huntington y Enfermedad de Parkinson.

### **B.3) Axiales.**

- Memoria reciente y aprendizaje.
- Trastorno en la retención muy grave, es decir, la persona olvida al momento.
- Ataxia y temblores.
- Generalmente la persona está un poco preocupada por el déficit mnésico y son cooperativos y plácidos, sin conductas anormales.
- Prototipo: Wernicke – Korsakoff.

### **B.4) Globales.**

- Presentan combinaciones de las precedentes. Es lo típico de la mayoría de demencias avanzadas, por ejemplo la Enfermedad de Alzheimer con años de evolución.
- La demencia multiinfarto puede aparecer como cortical o subcortical.

## 2. DEPRESIÓN.

De acuerdo con el DSM-IV<sup>9</sup>, la depresión se clasifica dentro de los trastornos del estado de ánimo que tienen como principal característica una alteración del humor.

La depresión se caracteriza por los siguientes síntomas, no todos se encuentran presentes al mismo tiempo, pero se pueden manifestar 5 de los siguientes síntomas por lo menos durante 2 semanas para hacer el diagnóstico de depresión.

a. SINTOMATOLOGÍA.

La depresión presenta las siguientes características:

- ⊗ Tristeza y desesperación.
- ⊗ Escasa autoestima.
- ⊗ Apatía, falta de motivación.
- ⊗ Problemas interpersonales.
- ⊗ Sentimientos de culpa.
- ⊗ Pensamiento negativo.
- ⊗ Pensamiento suicida.
- ⊗ Trastornos del hábito de dormir.
- ⊗ Desajustes en el apetito.
- ⊗ Pérdida del deseo sexual.
- ⊗ Incapacidad para sentir placer.
- ⊗ Fatiga y pérdida de energía.
- ⊗ Niveles fluctuantes de ansiedad.
- ⊗ Escasa concentración o atención.
- ⊗ Preocupación excesiva por la propia salud.
- ⊗ Abuso de alcohol o drogas.
- ⊗ Sensibilidad emocional excesiva (*irritabilidad*).
- ⊗ Cambios repentinos del humor.

La depresión debe considerarse particularmente cuando existe una historia breve (*semanas o meses*), y en pacientes retraídos o apáticos que parecen esquivos al proceso de evaluación.

b. CRITERIOS DSM-IV PARA DX DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.

Muchos de los trastornos del estado de ánimo siguen un patrón episódico con períodos de alteraciones del estado de ánimo alternando con amplios períodos de normalidad. Definiremos el episodio del estado de ánimo que se utilizará posteriormente como "bloque de construcción", para definir el Trastorno depresivo mayor.

---

<sup>9</sup> American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*D.S.M. IV*) Ed. Masson, Washington, D. C. 1995.

**Episodio Depresivo Mayor:** al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo acompañadas de un patrón característico de síntomas depresivos, en presencia de 5 (*o más*) de los siguientes síntomas, uno de ellos debe ser 1. Estado de ánimo depresivo, ó 2. Pérdida de interés, o de la capacidad para el placer. (*no se incluyen síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo*).

- I. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- II. Disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
- III. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- IV. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- V. Agitación o enlentecimiento psicomotores cada día.
- VI. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- VII. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (*que pueden ser delirantes*) casi cada día.
- VIII. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día.
- IX. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
  - Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
  - Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas.
  - No es debido al consumo de sustancias tóxicas, ni por la presencia del duelo.

Los trastornos depresivos mayores se codifican en base a si ha existido un único Episodio Depresivo Mayor o si los episodios son recurrentes, sus criterios son:

- a) Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- b) El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no esta superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no específico.
- c) Nunca se ha producido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco.

Se codifica el estado del episodio actual o más reciente, como:

- .0** LEVE
- .1** MODERADO
- .2** GRAVE sin síntomas psicóticos.

- .3 GRAVE con síntomas psicóticos<sup>10</sup>.
- .4 EN REMISIÓN PARCIAL / EN REMISIÓN TOTAL
- .5 NO ESPECIFICADO.

c. CAUSAS.

Las personas que tienen una pobre opinión de sí mismas, o que consistentemente se juzgan a ellas mismas o al mundo con pesimismo, o bien que se dejan embargar por las presiones están propensas a la depresión.

Una pérdida sería, una enfermedad crónica, una relación problemática, problemas financieros o cualquier cambio indeseable en la forma de vivir, pueden también ocasionar un episodio depresivo. Frecuentemente una combinación de factores genéticos, psicológicos y del medio ambiente están presentes cuando se inicia un trastorno depresivo.

Los trastornos depresivos presentan una mayor prevalencia en las personas mayores y concretamente ésta aumenta en los centros residuales.

Si bien es difícil sacar conclusiones unitarias desde los diferentes estudios realizados, se considera que es el trastorno psiquiátrico más común, con una prevalencia entre el 14 y el 20 %. El riesgo de padecerla es de 2 a 3 veces mayor que en otras edades. En personas mayores hospitalizadas con enfermedad somática se da en un 30 % y en general, si se sigue dando más en mujeres que en hombres, la diferencia es menor que en otras edades.

Algunas características que predisponen a padecer depresión son: la escasez de recursos sociales, la pasividad, la falta de habilidades para lograr refuerzos y evitar contingencias sociales negativas. En los ancianos, se dan circunstancias, como la desaparición de seres queridos, la hospitalización, etc.

La depresión se complica además en muchos casos con trastornos somáticos como la hipertensión arterial, trastorno vascular cerebral, cardiopatía y la diabetes. Por otra parte algunos medicamentos que tienen acción depresógena aumentan este efecto y además son de más utilización entre las personas mayores.

3. SUICIDIO.

El suicidio ha constituido desde siempre uno de los grandes enigmas de la humanidad planteando cuestiones filosóficas, sociales, psicológicas, religiosas y morales. Es un tema que ha deambulado entre las insuficientes explicaciones de la medicina y del psicoanálisis que ha sido escrutado incesantemente por la literatura y los medios audiovisuales, analizado por la ética y la teología y constituye hoy un problema sanitario de proyección mundial.

---

<sup>10</sup> Los síntomas psicóticos pueden incluir ideas delirantes, alucinaciones y desorganización del pensamiento, del lenguaje y del comportamiento (D.S.M.IV)

El suicidio tiene cualidades pluridimensionales y una etiopatogenia multifactorial, por ello, en la consumación del acto suicida, se deben considerar factores genéticos – neurobiológicos – psicopatológicos – de interacción familiar – de estrés psicosocial.

Aunque todos los estudios epidemiológicos coinciden en que los ancianos tienen la tasa más elevada de suicidio, no son excesivos los trabajos de investigación dedicados al estudio de esta temática.

Cuando un joven concreta el suicidio representa un hecho dramático, con un gran impacto familiar y social. Por el contrario, el suicidio de un anciano suele ser asumido como algo existencialmente justificado, atribuyéndolo a una decisión libre, racional o existencial, consecuencia lógica de la edad, la soledad y el hastío de vivir.

Estos son prejuicios que deben ser desterrados definitivamente, no solo porque el suicidio del viejo es, en muchas ocasiones, tan o más evitable que el de los jóvenes, tan o más evitable que el de los jóvenes, sino además porque el dramático acto de matarse a sí mismo es prematuro a cualquier edad, constituyendo una pérdida de talento, experiencia y recursos que ninguna sociedad civilizada debe aceptar.

#### a. CONDUCTA SUICIDA EN ADULTOS MAYORES.

Este grupo de edad constituye la parcela social en la cual la conducta suicida, alcanza con más frecuencia su expresión más grave: la consumación.

Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto un incremento progresivo de la tasa de suicidio con la edad en los varones. Así la tasa de suicidio de los varones mayores de 70 años es de 2 a 5 veces superior a la de los adolescentes de 15 años. En las mujeres también se constata un incremento de la tasa de suicidio con la edad, pero el pico se produce alrededor de los 55 años, disminuyendo levemente en las décadas siguientes. Estas tendencias se repiten en diferentes países, lo que cambia entre ellos es únicamente las tasas más o menos altas de suicidio.

En la etiología multifactorial de la conducta suicida del viejo suelen desempeñar roles co-protagónicos, la soledad, el aislamiento, la enfermedad somática y la depresión. El perfil más probable del viejo suicida estaría representado por un hombre con antecedentes de un primer episodio depresivo después de los 40 años, que vive solo, con historia familiar de depresión o alcoholismo y que ha padecido una pérdida reciente.

El propósito de morir en el viejo suele caracterizarse por su firme convicción y por la utilización de métodos eficaces para concretar sus intenciones. Es una conducta suicida activa, muchas veces reflexiva y premeditada.

Las tentativas son menos frecuentes en las instituciones que en el domicilio particular o en las casas de familia. Se debe tener en cuenta si el ingreso a la institución fue voluntario o se produjo en forma compulsiva, considerando seriamente la sensación de desarraigo y el sobre esfuerzo de adaptación que implica la institucionalización para este tipo de pacientes.

Los métodos más frecuentemente utilizados por el hombre, son las armas de fuego, el ahorcamiento y el salto al vacío. Las mujeres prefieren el envenenamiento o la sobredosis de drogas. Un método creciente en los últimos años en las grandes urbes, para los viejos, es la precipitación y la utilización de armas de fuego. En general, en el suicidio consumado, con el aumento de la edad se incrementa la proporción de métodos categóricos y violentos; esto podría fundamentarse en la mayor presencia de síntomas psicóticos en la depresión con la edad.

Otro mito muy difundido es pensar que los viejos comunican menos frecuentemente su intenciones suicidas que los jóvenes. Se debe estar muy atento a los "*avisos pre-suicidas*", sin la expectativa de que estos sean claros y directos. Las "*comunicaciones indirectas*" de los deseos de concretar suicidio pueden estar manifestadas por la necesidad de poner los asuntos familiares en orden o el interés por despedirse de amigos o familiares con los cuales hace tiempo que no se ve. No es infrecuente "*la despedida*" al médico de cabecera, en forma de reconocimiento y gratitud, en la última consulta previa al intento.

Todas estas características afirman la gravedad de la conducta suicida en este grupo de edad, que casi siempre traduce una clara intencionalidad de morir y no, como en otros grupos, la intención de valerse de la categoría de la muerte para negociar con el entorno. Por ello, los intentos suicidas en los adultos mayores pueden considerarse suicidios frustrados y su perfil se parece notablemente al de los viejos que consuman el suicidio en la misma medida en que se diferencia de los intentos que realizan las personas menores de 60 años.

En contraposición a esta conducta suicida activa y categórica, el viejo también con mayor frecuencia que otros grupos de edad, suelen presentar "*conductas suicidas encubiertas*", lentas y silenciosas, consistentes en el abandono progresivo, el rechazo de la alimentación y de toda dedicación o tratamiento médico. Estas conductas de abandono suelen terminar en la muerte (*suicidio pasivo*), y dadas las consecuencias de soledad y aislamiento que las acompañan, pueden influir en las muertes por suicidio en este grupo de edad.

#### b. FACTORES DE RIESGO.

En la etiología multifactorial de la conducta suicida en este grupo de edad, los principales elementos a considerar en el riesgo de suicidio están constituidos por:

- ⌘ Factores psicosociales.
- ⌘ Enfermedades psiquiátricas.
- ⌘ Enfermedades somáticas crónicas.

Estos factores, se potencian por una frecuente interacción. El sexo, los antecedentes familiares de suicidio y la existencia de intentos anteriores en el mismo paciente, ensombrecen el pronóstico, nos enfocaremos hacia los factores psicosociales como:

- ⌘ La situación de soledad y aislamiento afectivo.
- ⌘ Imposibilidad real de reponer el objeto perdido: muerte de familiares y amigos.
- ⌘ Jubilación, deterioro económico y pérdida de estatus y roles sociales.
- ⌘ Carencia de soporte familiar, institucional o social.
- ⌘ Impacto psicológico de los trastornos somáticos invalidantes.

El sentimiento de abandono, la sensación de vacío, la desesperación ante el desmoronamiento orgánico y la auto percepción de ser una persona inútil, sin proyectos, genera lo que algunos sociólogos han dado en llamar "*vergüenza social*". Esto conlleva a que la importancia de los factores psicosociales en la depresión y el suicidio del viejo sea considerablemente más determinante que en los sujetos de menor edad. El progresivo deterioro de la calidad de vida con la ausencia de planes concretos de apoyo económico y social determina que la mayor parte de los viejos viva con recursos catalogados como de pobreza y con, frecuencia no pueden afrontar una atención médica apropiada, como consecuencia de un sistema de prevención deficiente y poco equitativo.

William Blake en 1815, decía "*la vejez debe ser una manera digna de llegar al palacio de la sabiduría por el camino de la experiencia*". La dramática vigencia de los factores sociales aleja al viejo de esta poética definición, y lo enfrentan con la culpa, la incertidumbre y la vergüenza, sintiendo a veces que sólo se redime con la muerte (Vidal, 1995).

Un dato interesante es que más del 50 % de los viejos suicidas padecen un trastorno depresivo mayor por primera vez, siendo menos frecuentes los otros trastornos afectivos de inicio más precoz: depresiones recurrentes – trastorno bipolar – trastorno distímico-. Por ello muchos viejos suicidas carecen de antecedentes psiquiátricos, lo cual conjuntamente a las peculiares características de la depresión en este grupo de edad con predominio de la ansiedad, de las preocupaciones hipocondríacas y de las quejas somáticas, suelen dificultar un diagnóstico y tratamiento correctos<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Fuente: Organización Panamericana de la Salud en las Américas. (1994). Publicación Científica No. 549: 16-19. Washington.



Las consecuencias de una depresión no reconocida ni tratada adecuadamente en el adulto mayor, suele determinar: estancias hospitalarias más prolongadas, aumento del gasto en salud, rechazo al tratamiento, sufrimiento personal y familiar; y por supuesto una morbilidad y mortalidad mayor a causa tanto de enfermedad médica, como del mayor riesgo del suicidio. Para ejemplificar los motivos que causan el suicidio, referirse al relato "El día que me volví invisible"<sup>12</sup>.

La pérdida es el tema predominante en la vida emocional de los viejos. Es necesario enfrentarse con la muerte del cónyuge y amigos, la disminución de las facultades físicas, los cambios en el prestigio y estatus social, y sobre todo, con la perspectiva de la propia muerte. Una gran cantidad de su energía emocional y física se emplea en resolver duelos, adaptarse a los cambios resultantes de las pérdidas sufridas y recuperarse de los trastornos inherentes a dichas crisis. El bienestar se alcanza mediante el conocimiento y aceptación de esta realidad y el restablecimiento de unas expectativas realistas dentro de los límites de la propia personalidad y de las circunstancias vitales individuales. Para ello se recurre a múltiples mecanismos de defensa<sup>13</sup> y conductas de adaptación<sup>14</sup> que permiten con menor o mayor éxito superar esta prueba.

La negación del envejecimiento, la mortalidad y la proximidad de la propia muerte que el joven expresa como: "*eso no me pasará a mí*". La tendencia irresistible a exponerse al peligro en un intento de convencerse a uno mismo de que ha superado sus miedos se incrementa en la vejez, y origina conductas contra fóbicas. La idealización del objeto perdido, de la persona fallecida, el lugar de residencia abandonado, el estilo de vida o del estatus personal y social previo, puede llegar de funcionamiento, pensando que todo lo pasado fue mejor.

No existen evidencias de que las personas mayores presenten rasgos más rígidos de personalidad conforme pasa el tiempo. Se trata más bien de formas de defensa contra crisis reales o sentimientos generales de amenaza. El enlentecimiento de la memoria y la propensión con la edad a recordar los acontecimientos pasados mejor que los recientes, se ha relacionado generalmente con las enfermedades degenerativas cerebrales.

Sin embargo, en ocasiones tiene una base psicológica, ya que mediante este mecanismo, los viejos pueden evitar los acontecimientos y circunstancias dolorosas del presente y refugiarse en su pasado más placentero y agradable.

---

<sup>12</sup> Referirse al anexo 1.

<sup>13</sup> Mecanismos de defensa:

1. Negación: Con la vestimenta, afeites o cirugías. 2. Fantasía: Imaginar que se tiene menos edad. 3. Regresión: Demostrándose con llantos y berrinches. 4. Represión: Renunciación, retraimiento, racionalización y proyección. 5. Defensas somáticas: Cuando se padece un síntoma físico que lo atribuye ante el envejecimiento.

<sup>14</sup> Conductas adaptativas: Aquellas actuaciones que, sirviéndose de las experiencias pasadas, se acomodan a las nuevas situaciones, y alcanza los niveles medios de responsabilidad y autonomía exigidos por la sociedad al individuo en función de su edad, el grupo al que pertenece y la función que desempeña.

## CAPITULO III

### CARACTERISTICAS SOCIALES DEL ADULTO MAYOR



Fig. 3 En las proyecciones poblacionales existe una tendencia franca hacia el aumento de mujeres adultas mayores<sup>1</sup>.



Fig. 4 La compañía y la convivencia son la mejor manera de aceptar nuestro envejecimiento<sup>2</sup>.

#### A. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA.

Durante milenios, el crecimiento de la población en México ha sido lento e irregular, pues los factores que lo causan, entre ellas *la natalidad, la mortalidad, las condiciones de vida, los movimientos migratorios y las pautas culturales*, han sufrido grandes oscilaciones. A lo largo del siglo XX se ha venido presenciando una serie de cambios sociodemográficos, como consecuencia se ha producido un notorio crecimiento de la población de 65 años (Canto, 2000).

La transición demográfica se refiere al proceso gradual por el cual una sociedad pasa de una situación de altas a bajas tasas de fecundidad y

---

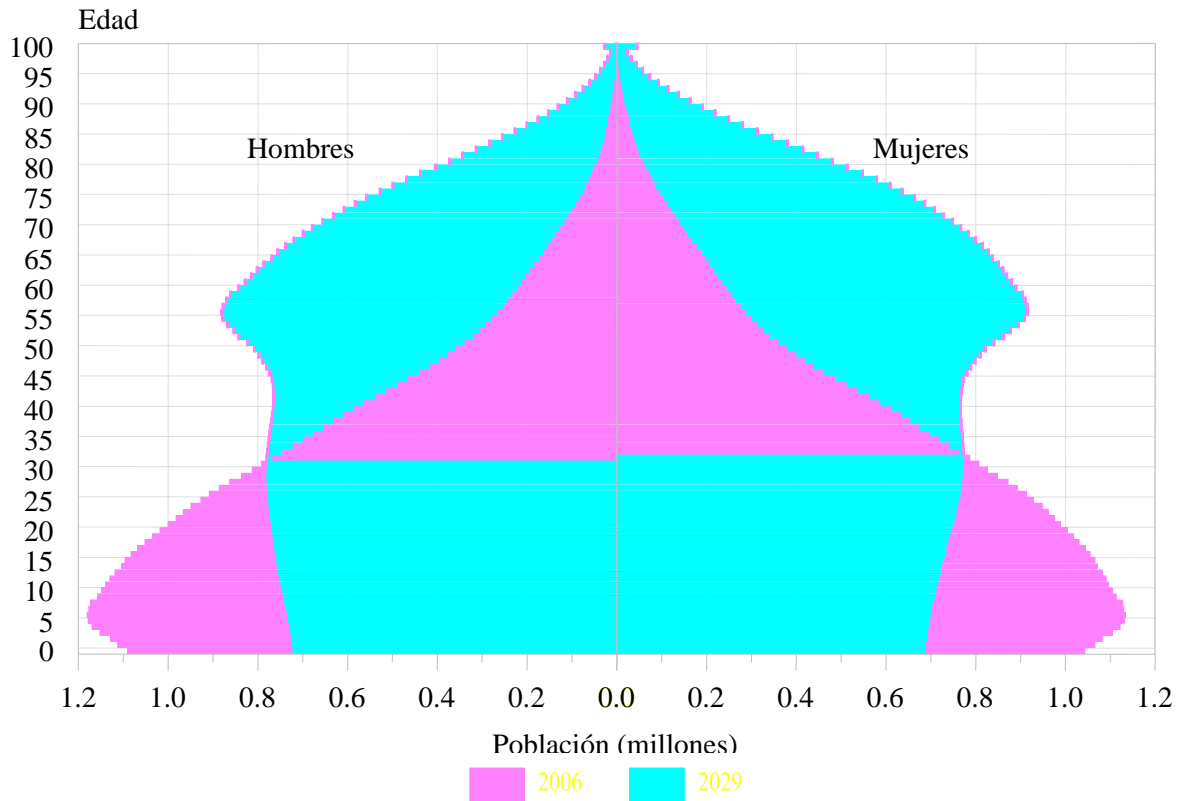
<sup>1</sup> Fotografía tomada por la autora de la Tesina (Integrantes del grupo del DIF Carrillo Puerto).

<sup>2</sup> Fotografía tomada por la autora de la Tesina (Grupo del DIF Santo Domingo Coyoacán).

mortalidad, alterando de manera invertida la pirámide poblacional, como se aprecia en la siguiente gráfica:

Gráfica 1.

México: Pirámides de edades a principio de año 2006 y 2029



Fuente: CONAPO, 2006

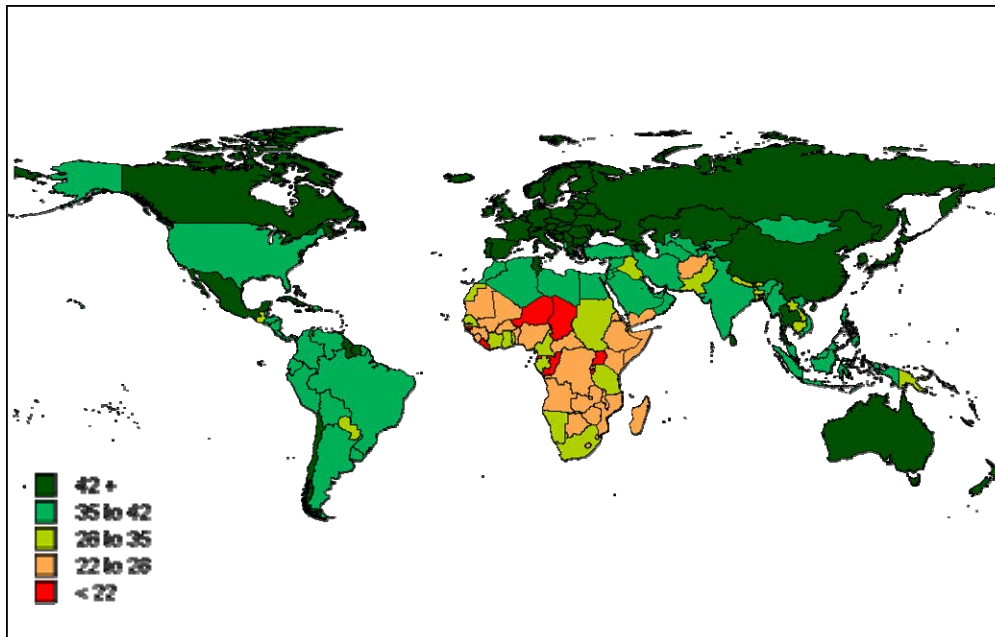
En lo que se refiere al mundo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (*FNUAP*), calcula que en el año 2050 la población mundial será de 9,100 millones de habitantes; que la realidad se acerque a una cantidad como esta dependerá de varios factores internos de cada país, como el derecho a la educación y a la salud, incluyendo la salud reproductiva<sup>3</sup>.

Actualmente tenemos una población mundial de 6,477 millones de habitantes, de los cuales en China habitan solo 1,306 millones, en India 1,080, en E. U. 296, en Indonesia 186, en Brasil 186 y en Pakistán 162 millones de personas; en México existen 105 millones de habitantes de los cuales 249560 aproximadamente son adultos mayores<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Estudios Demográficos Francés, 2006.

<sup>4</sup> INEGI (2006).

# 2050



FUENTE: ONU (2005).

## 1. ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO.

Los acelerados progresos de la medicina y la disminución de la natalidad están encaneciendo a marchas forzadas e irreversiblemente el atlas humano de nuestro planeta. Los últimos datos aportados por la ONU son claros: la situación de los países más avanzados se extenderá a todo el mundo en torno al año 2050. Así mientras que en 1950 la proporción de personas mayores era del 8%, a mediados del siglo XXI alcanzará una quinta parte, esto es el 20% de la humanidad; dicho de otro modo: 2, 000 millones de personas habrán cumplido entonces los 60 años de edad.

La onda expansiva de este Big Bang de la longevidad no va a afectar con igual intensidad a todo el orbe. En la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, celebrada entre el 8 y el 12 de abril del año 2002, en Madrid España, un delegado del gobierno venezolano declaró: "*los países ricos hablan de jubilación flexible, de seguridad social, de garantías sanitarias, de calidad de vida...Nosotros hablamos de hambre, de trabajar hasta que mueras, de pobreza extrema, de deficiencias sanitarias, de incultura, de maltrato...*"; porque será en los países en vías de desarrollo, en los que la cobertura social, a veces no alcanza ni a una décima parte de la población, donde vivirán 8 de cada 10 viejos en el futuro.

La combinación de una esperanza de vida cada vez mayor y una fecundidad en continuo descenso tal como lo muestran las gráficas A y B<sup>5</sup>;

---

<sup>5</sup> Ver anexo 2 y anexo 3.

provoca un aumento significativo en la edad media de la población y una proporción ascendente de los adultos mayores:

- La declinación de la mortalidad da origen a un progresivo aumento de la esperanza de vida y, en consecuencia un número cada vez mayor de personas llega con vida a edades avanzadas.
- Actualmente 84% de los recién nacidos esperan llegar con vida a los 60 años de edad, en 1950 esa proporción era de menos de la mitad (*el 48%*) y, por otra parte,
- La caída de la fecundidad se refleja tanto en la menor cantidad de nacimientos, como en una reducción sistemática de la proporción de niños y jóvenes en la población total.

En México, la población de viejos (*65 años o más*), es la que crece de manera más rápida desde hace 15 años, según reporta el Consejo Nacional de Población (*CONAPO*). Este grupo representa sólo el 4.9% de la población, pero su crecimiento es muy acelerado, pues paso del 1.42% anual en 1981 y 1982 a 3.71% en el 2000 que, es una tasa con el potencial, para duplicar el tamaño inicial el tamaño inicial de esta población cada 19 años; si hoy uno de cada veinte mexicanos está es ese grupo de edad, en el 2030 representarán uno de cada 8, y en el 2050 uno de cada cuatro habitantes.

En México, la transición demográfica, que ha acelerado el envejecimiento de la población, se ha sumado una transición epidemiológica. Esto significa que, sin haberse resuelto aún los principales problemas infecto-contagiosos, y con el desarrollo de medicamentos, vacunas, mejoras dietéticas y nuevas terapias, la gente ya no fallece tan tempranamente, pero a cambio, sufre otras enfermedades que antes no eran comunes. Entre dichas patologías, que los expertos denominan crónico-degenerativas, destacan la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, los trastornos cardiacos, como el infarto, el mal de Alzheimer, el cáncer y los trastornos cerebro-vasculares<sup>6</sup>.

## 2. FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO.

Por el lado del envejecimiento analizamos los aspectos colectivos y sociales, para referirnos al concepto de envejecimiento demográfico, entendido como la mayor participación relativa de la población en edad avanzada. Este envejecimiento de la población viene de la acción combinada de las connotadas transiciones, con fuerte relación entre si: una es la transición demográfica y la otra es la transición epidemiológica, definidas como:

a) Transición Demográfica: Se refiere a los cambios en las estructuras de la población, producto principalmente de las bajas en la fecundidad y la mortalidad.

---

<sup>6</sup> Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1998). Información Estadística del sector Salud y Seguridad Social. México: INEGI.

b) Transición Epidemiológica: Se refiere al cambio hacia menores incidentes, prevalencias y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento en las incidencias prevalencias y letalidad de las enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes.

La combinación de una esperanza de vida cada vez mayor y una fecundidad en continuo descenso provoca un aumento significativo en la edad media de la población y una proporción ascendente de los viejos; por lo que la declinación de la mortalidad da origen a un progresivo aumento de la esperanza de vida y, en consecuencia, un número cada vez mayor de personas llega con vida a edades avanzadas. La caída de la fecundidad se refleja tanto en una menor cantidad de nacimientos, como en una reducción sistemática de la proporción de niños y jóvenes en la población total.<sup>7</sup>

Los datos disponibles dan evidencias del desplazamiento en las causas de la mortalidad y de los cambios en la morbilidad. Se observa así que ha decrecido la presencia y letalidad de las enfermedades infecciosas y parasitarias, más propias de la infancia y la juventud, y que cobran mayor importancia las enfermedades crónicas y degenerativas, junto con los accidentes, que son característicos de la vejez.

La relación entre las transiciones demográfica y epidemiológica es tan directa que, cuando se las ve superficialmente, ambas aparecen a la vez como causa y consecuencia la una de la otra. Lo apropiado es considerarlas simultáneas y relacionadas con el proceso de desarrollo. De esta manera ambas transiciones tienen diversos estados y manifestaciones de acuerdo con la heterogeneidad socioeconómica que caracteriza a México, cuestión ya tan observada que se encuentra explícita o implícita en cualquier análisis regional, ya sea de salud o de cualquier otro tipo; por ejemplo: los niveles de mortalidad y fecundidad son menores en lo urbano que en lo rural, y las enfermedades infecciosas siguen siendo importantes debido al subdesarrollo y la pobreza del sureste, mientras que en el mayor avance relativo del norte del país habrá mayores impactos relativos de las enfermedades no transmisibles.

### 3. PROYECCIONES POBLACIONALES.

Las perspectivas futuras de la población de México señalan que el proceso de envejecimiento no sólo continuará sino que se agudizará considerablemente en el futuro previsible, de acuerdo a la proyección programática (baja fecundidad, baja mortalidad y migración constante). La población total aumentaría de 93.5 millones de habitantes a mediados de 1996, a 99.6 millones en el 2000, 112.2 en el 2010, 128.9 en el 2030 y 131.6 millones en el 2050.

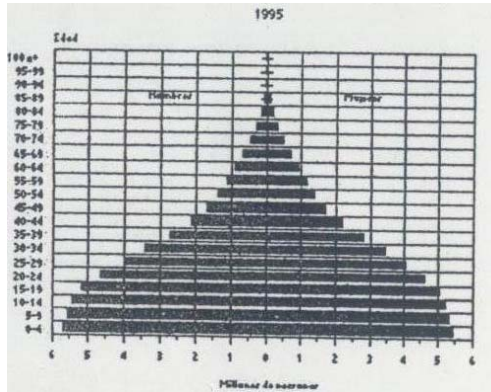
---

<sup>7</sup> Se reconoce que el mayor resultado de los programas de salud pública y las acciones preventivas ha sido el rescate de la niñez y la juventud respecto de las enfermedades infecciosas. Las muertes evitadas por esas causas son explicación principal de las cada vez mayores probabilidades de alcanzar las edades adultas y la vejez.

En las gráficas siguientes, se presenta la gradual modificación de la estructura por edad mediante una secuencia de pirámides de población para ciertos años.

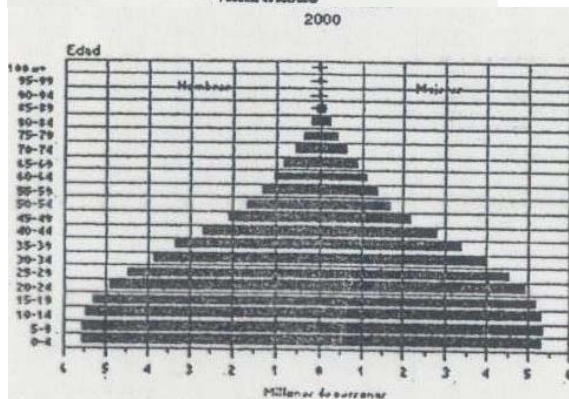
Gráfica 2

Población en México en 1995.



Gráfica 3

Población en México en el 2000.



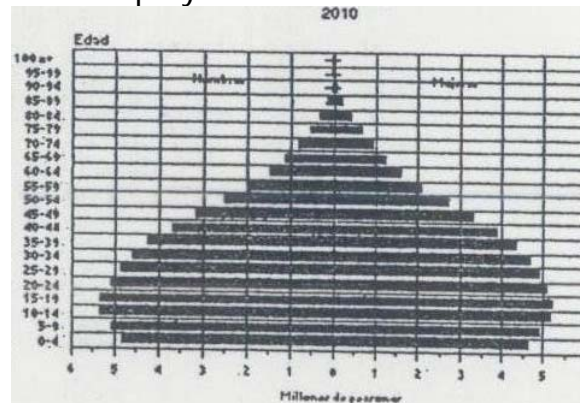
Fuente: CONAPO, 2002

Fuente: CONAPO, 2002

En el 2010, se prevé un cambio más notable consiste en la reducción de la base originada en el descenso de la fecundidad.

GRÁFICA 4.

Población proyectada en México en el 2010.



Fuente: CONAPO, 2002

A partir de 2020 es evidente la presencia de la inercia del acelerado crecimiento del pasado, que se desplaza progresivamente hacia la cima de la

pirámide, hasta que la población envejecida represente la cuarta parte del total en 2050.

Por lo que el gradual y rápido proceso de envejecimiento de la población de nuestro país es consecuencia del avance hacia fases cada vez más adelantadas de la transición demográfica. El volumen proyectado para las personas de tercera edad, que fluctuaría de 27.9 a 32.4 millones a mediados del próximo siglo de acuerdo a la hipótesis de alta o baja mortalidad en el mediano y largo plazos, es indiscutible, ya que, entre los viejos del 2050, los más jóvenes actualmente cursan la educación secundaria básica.

Es impostergable el diseño de programas y la puesta en marcha de acciones encaminadas a dar respuesta con oportunidad y de manera eficiente a las demandas que implicará el proceso de envejecimiento, sobre todo al considerar que la cuarta parte de los habitantes del país se encontrará en la tercera edad a mediados del siglo. Estos programas y acciones deben abocarse a proporcionar una vida digna a la población envejecida que incluya ocupaciones que ayuden a atenuar la pesada carga económica y afectiva que deberán soportar quienes se encuentren aún en edades laborales. Es indudable que la satisfacción de las demandas de los viejos deba trascender el ámbito personal y familiar y concebirse como un asunto que compete a toda sociedad.

El ámbito familiar experimentará un cambio profundo. En 1950, por cada cien niños y jóvenes menores de 15 años de edad, apenas vivían 15 mayores de 65 años, de ellos 14 tenían de 65 a 84 años o más. Un siglo más tarde, esas proporciones de viejos aumentarán a 168, 140 y 28, respectivamente.

Mientras nuestra infancia y juventud transcurrió entre varios hermanos, padres y quizás algún abuelo, la de nuestros bisnietos transcurrirá con un hermano, padres, abuelos y uno o dos bisabuelos.

## B. TEORÍAS QUE EXPLICAN EL ENVEJECIMIENTO SOCIAL.

Las conductas sociales están reguladas por múltiples factores. Cada contexto, cada cultura, grupo social o étnico, posee un amplio acervo de facetas de comportamientos característicos. Ello permite afirmar que la socialización, los cambios hacia nuevas formas de vida, de comportamiento, es algo que va unido a normas, a modelos sociales de contextos concretos.

Con sus peculiares características, la tercera edad sigue las mismas pautas de adaptación, señaladas por los modelos de socialización para otros momentos de la vida. No obstante, tales peculiaridades hacen de este momento de la vida, un periodo diferencial un tanto peculiar, donde la internalización del control social es mayor y más eficaz que en otros periodos de la vida. Además, si el curso de la vida está determinado por factores, de índole biológico interno, psicológico individual, sociológico cultural y físico



externo, en este estadio de la vida, el influjo del factor biológico interno se hace cada vez más fuerte.

Desde la perspectiva del desarrollo del ciclo vital, consideramos a la vejez como un momento más del ciclo de la vida, como un periodo de adaptación y socialización más, con sus características peculiares y diferenciales que exigen análisis y estrategias de intervención y tratamiento al igual que lo demandan otros momentos de la vida.

Gerontólogos, psicólogos, sociólogos han dedicado amplios trabajos dirigidos a concretar modelos explicativos del envejecimiento.

Corresponden todos ellos a distintas maneras de percibir la incidencia de los factores culturales, sociales, biológicos, en el proceso del envejecimiento; se explican a continuación, alguno de ellos, relacionados fundamentalmente con factores culturales y de socialización.

## 1. TEORÍA DE LA DESVINCULACIÓN.

Afirma que los viejos son propensos a ciertas formas de aislamiento social, a modelos sociales que implican reducción de contactos humanos. Entre los defensores de esta teoría se encuentran Cumming y Henry (1961) argumentaron que si a la vejez se le dota de seguridad, ayuda suficiente, servicios, lo determinante será el deseo de desvinculación del contexto social previo a su jubilación, pues de ello surgiría el bienestar salido de tal desprendimiento social.

En opinión de Simmon (1945), el deseo de ser útiles sólo se corresponde con la necesidad de encontrarse seguros y como consecuencia del temor de verse rechazados, indefensos y desamparados.

Lehr (1980)<sup>8</sup>, ofrece información, a partir de informes obtenidos en hogares de viejos mediante evaluaciones de tipo personal, que dificulta y problematiza la aceptación de postulados implicados en la teoría de la desvinculación. Uno de los ejemplos que ofrece la autora es la problemática aceptación de la supuesta libertad personal inherente a la liberación de los contactos sociales. En su opinión, tal liberación podía implicar una percepción de rechazo, actitud negativa por parte del contexto social dominante que vería a los viejos como una especie del automarginados sociales. Como efecto colateral aparecería un mayor desapego social, incluso rechazo, variable y situación que no se muestra acorde con la hipótesis de felicidad y resultados positivos en términos sociales para el viejo. En opinión de Lehr, pese a las posibles diferencias de la teoría que nos ocupa, entre sus meritos estaría el haber puesto de manifiesto, y en primer plano, dentro de la investigación gerontopsicológica, los aspectos socios psicológicos, así como impulsar la discusión y el análisis en profundidad de los procesos presentes en la tercera edad. Fruto de ello es la presencia de teorías que no son sino modificaciones

---

<sup>8</sup> Lehr, U. (1988). Psicología de la Senectud. Barcelona: Herder.

complementarias, teorías que parten del eje epistemológico delimitado por la teoría de la desvinculación.

Havighurst, Neugarten y Tobin (1964), resaltan ciertos puntos de vista cualitativos de la conducta que se configuran, a partir de la teoría de la desvinculación. Según estos autores con el paso de los años se produce, menos una disminución cuantitativa de la conducta que una reestructuración cualitativa de las actividades sociales. Se trataría de una forma diferente de vinculación o de participación íntima en la actividad que suponen los roles sociales.

Cuando Havighurst (1963, 1964), Neugarten y Tobin (1964) pasan revista a los componentes individuales que contribuyen a la buena vejez llegan a las siguientes conclusiones. La nueva situación quedaría definida por la satisfacción de la vida anterior y por la situación actual en la vida. De acuerdo con la peculiar manera de ser y la estructura de la personalidad del viejo, ciertas personas se hallaron más contentas cuando pueden retirarse de la comunidad mientras que otras, por el contrario, cuando siguen integradas en la misma.

Cabe señalar que la adaptación a una nueva situación vital, como la creada por la jubilación, se inicia con una especie de restricción, de meditación acerca de sí mismo. Maddox (1963, 1964, 1966) y Eisdorfer (1963) después de ocuparse con detalles de la teoría, de la desvinculación han llegado a la conclusión de tal proceso es tan solo una ficción de las investigaciones transeccionales. Maddox ha criticado que se interpreten, en este sentido, fenómenos tales como el grado de actividad de roles, o como el proceso y modificación por envejecimiento. Pero ha de indicarse que existen datos que niegan esta forma de interpretación. De todas maneras, la mayoría de los estudios empíricos referidos a este círculo de problemas ponen en duda la disminución fundamental de los contactos sociales.

Los resultados de las investigaciones realizadas en distintos contextos han llegado a la siguiente conclusión: *"Los viejos aislados representan un grupo minoritario en todos los países europeos, y que por ello no se puede tomar tal fenómeno como algo típico y usual de la vejez en general"*<sup>9</sup>.

## 2. TEORÍA DE LA ACTIVIDAD.

La hipótesis de partida de este modelo sociológico afirma que sólo el individuo activo puede sentirse feliz y satisfecho. La persona ha de ser productiva, útil en el sentido material, en el contexto donde se encuentre. De lo contrario, la desgracia y el descontento, la sensación de inutilidad se centrarán en él. Entre los autores defensores de tal teoría se encuentra Tadler (1961).

---

<sup>9</sup> Vega, J. K. (1989). Acción Socio – Educativa en la Tercera Edad. España: Pedagogía Social.

La teoría de la actividad plantea que la pérdida del rol, por motivo de la jubilación significa una pérdida de función que comporta una limitación en su radio de acción, incluso pérdida de poder real. Esta pérdida se refleja no sólo en el plano social sino incluso en el área familiar. Como consecuencia del efecto de la modernización dado que en estos momentos el viejo no posee los roles tradicionales de socialización y transmisión de valores, papeles tales como la transmisión de información vía oral, el viejo como fuente de sabiduría y experiencia, ha dejado de valorarse. Los continuos cambios sociales, la permanente necesidad de la persona activa de reciclaje, hacen del viejo un ser en terreno de nadie, un ser sin función valorable dado que ni se recicla ni se adapta a los cambios.

En la teoría de la actividad, se considera que el individuo debe ocupar su tiempo en nuevos roles propios de su nuevo estado a fin de no caer en la inadaptación y en la alienación. Se trata de encontrar estrategias de socialización que permitan, conservar los antiguos roles que venía desempeñado, encontrar nuevos roles que supongan una aceptación real, una valoración, por parte del contexto social en el que el viejo se enmarque (*Atchley, 1977*). Los nuevos roles deberían estar valorados incluso económicamente, ya que en nuestro contexto resulta uno de los mejores índices de aceptación social.

Por otra parte, en un mundo laboral en crisis, con una juventud que lucha por un primer puesto de trabajo, en un contexto laboral de impresionante pugna tecnológica, que conlleva una adaptación y reciclaje permanente, el viejo tiene muy pocas posibilidades reales de un trabajo normalizado y equiparado al nivel medio. Los modelos expuestos son quienes ofrecen el más amplio rango de explicación en el proceso de socialización de la tercera edad. No podemos obviar la presencia de otras teorías, que sin cubrir tan amplio rango explicativo ni haber suscitado tanta investigación, sin apenas haber llamado la atención de los estudiosos en ocasiones, las consideramos, no obstante, dignas de tenerse en cuenta ya que complementan o inciden en aspectos cuyo tratamiento no ha sido muy profundo en las teorías antes señaladas.

### 3. TEORÍA DEL CONTEXTO SOCIAL.

El contexto en el que vive el viejo engloba no solamente aspectos sociales y lo que ello comporta: normas, costumbres, etc. Existen también obstáculos de otro orden, como los materiales y las alternativas que en un momento se ofrecen al viejo. En opinión de Gubriun (*1973*), son tres los factores a destacar por su nivel de incidencia: LA SALUD, LOS CONDICIONAMIENTOS ECONOMICOS Y LOS APOYOS SOCIALES, se deduce que elementos provenientes del contexto social que son susceptibles de influir negativamente al originar una degradación de la actividad, son desfavorables para la vejez y el proceso de envejecimiento.

### 4. TEORÍA DE LA CONTINUIDAD.

Parte de la hipótesis de que el último estadio del ciclo vital no es sino una continuación y prolongación de los constantes presentes en otros momentos de la vida. En opinión de Atchley (1972), aunque la nueva situación que se le ofrece al viejo después de la jubilación puede provocar una cierta discontinuidad, acabará utilizando recursos y contactos que vino utilizando a lo largo de toda la vida.

Estilos, formas de adaptación estarían fundamentalmente determinados por hábitos y apetencias que se fueron forjando en el individuo a lo largo de la vida, persistiendo por ello también durante la vejez. Estas constantes serían, de hecho, el mejor predictor de los cambios que seguirá el viejo en la necesaria readaptación que, con toda seguridad habrá que emprender.

## 5. TEORÍA DE LA ANCIANIDAD COMO SUBCULTURA.

Esta teoría sostiene que la tercera edad constituye un grupo aparte, en opinión de Rose (1965), las características comunes de las personas que constituyen este estrato social, junto a su aislamiento, explican que formen tal grupo social aparte. Al igual que en otros momentos de la vida, y siguiendo los mismos mecanismos de socialización incluso dentro del sector de la tercera edad, pueden formarse subgrupos en función de sus apetencias, estilos de vida, etc.

Las variables que caracterizan esta subcultura poseen todos los matices que están presentes en cualquier otro grupo aislado. Las diferencias surgen en función de variables tales como la filosofía, concepción de la vida, estilo de vida, etc.

## 6. TEORÍA DE LOS ANCIANOS COMO GRUPO MINORITARIO.

Prácticamente semejante a la anterior, ofrece un elemento diferencial; los viejos forman grupos minoritarios, subcultura porque se ven obligados a ello; con tal actitud tratan de evitar defectos y problemas que observan en otros grupos. Marginación, falta de movilidad, pobreza, etc. Serían factores a evitar, lo mismo podemos decir del alcoholismo, toxicomanía legal y pobreza.

## 7. TEORÍA DE LA ESTRATIFICACIÓN SOCIAL.

Cada individuo, dentro de toda la sociedad, pertenece a un cierto número de grupos humanos diferenciados. Estos grupos pueden estar definidos por características de distinta índole de carácter permanente o transitorio. La influencia que ejerce sobre el individuo el hecho de la permanencia a un sector social determinado constituye la dominancia que puede variar en función de épocas o circunstancias concretas. En opinión de Cain (1974), la tercera edad esta destinada, dentro de este contexto de estratificación, a poseer un fuerte peso social dado que se prolonga cada vez más en años, y de que es cada día más potente y más numeroso.

## C. PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO SOCIAL.

El proceso de envejecimiento puede analizarse sociológicamente desde dos puntos de vista, el del individuo que lo experimenta y el de la sociedad que en cuyo seno se representa. Los procesos que se producen en el envejecimiento se basará también en esta doble realidad individuo – sociedad y se identificarán con los términos más generales posibles, por una parte socialización (*reacciones del individuo*), y por la otra parte respuesta social (*reacciones de la sociedad*).

### 1. SOCIALIZACIÓN.



Fig. 5 La socialización, fase importante en los grupos de tercera edad<sup>10</sup>.

La socialización no es un proceso sólo de inicio y aprendizaje de los roles sociales fundamentales en la familia y escuela, sino que todos los ciudadanos de sociedades desarrolladas adaptan sus conductas a nuevos elementos en el lugar de trabajo, en las relaciones sociales, en el ocio, en la política. Desde 1960 se ha investigado extensamente la socialización de adultos,<sup>11</sup> destacando la actividad del sujeto. Al final de la vida se habla de re-socialización como aquel proceso que reconstruye las relaciones sociales rotas luego de muchos años de desempeño de roles establecidos como marido, padre, trabajador y que exigen a aprender las obligaciones y derechos de los nuevos puestos de viudo, abuelo, jubilados, etc.

El individuo para mantener su equilibrio personal necesita cierta estabilidad de su medio ambiente psíquico y material, pero la sociedad es dinámica y le fuerza continuamente a cambiar. Lo peligroso para la persona de edad es mantener una postura rígida frente al cambio defendiendo la estabilidad a toda costa como mecanismo de seguridad, sus etapas de socialización son:

#### a. ACEPTACIÓN.

Supone la primera etapa y consiste en interiorizar los valores de otra persona o grupo reconociendo su existencia, aunque subjetivamente no se consideren propios; se aceptan porque existen y sirven para otros, por ejemplo:

<sup>10</sup> Fotografía tomada por la autora de la Tesina (Grupo del DIF Carrillo Puerto).

<sup>11</sup> B. Mopherson (1983). *Aging as a social process*. Butterworth, Toronto. P. 262.

acepta socialmente el viejo que trata con normalidad a jóvenes que viven permanentemente en uniones desaprobadas, aunque no se acepten socialmente dichas uniones. Para generaciones de edad es evidente la dificultad de aceptar conductas sociales, políticas, económicas, familiares, sexuales, etc. Totalmente opuestas a sus valores aún en contra de lo que difunden los medios de comunicación sobre el conflicto generacional, la pacífica convivencia entre generaciones resulta más frecuente que el conflicto.

b. ACOMODACIÓN.

Supone un grado mayor de interiorización de los valores de la sociedad por el individuo no sólo aceptando los valores externos sino también ajustando los propios a aquellos. En la acomodación social de la persona ajusta su conducta parcialmente a la del grupo social con el que se relaciona. Un viejo se acomoda a compartir sus comidas en familia a horas inadecuadas por el placer de participar de una relación social satisfactoria con otros miembros de la familia, compensándole los inconvenientes del cambio de hora, las ventajas del contacto social. A medida que pasan los años, las personas mayores que deseen mantener relaciones sociales satisfactorias con el resto de grupos sociales deberán realizar numerosas acomodaciones.

c. ADAPTACIÓN.

Supone un grado más de la acomodación o del ajuste a realidades externas individual mayor que la acomodación. A mayor inflexibilidad personal, mayores necesidades de adaptación del viejo, por lo que se recomienda fomentar la flexibilidad personal a lo largo de toda la vida y en especial en los años previos a los acontecimientos clave vistos, abandono de los hijos del hogar familiar (*síndrome del nido vacío*), jubilación, viudez, etc. La adaptación social del viejo se realiza a través de los procesos de sustitución y reducción de las actividades. En la sustitución se reemplazan las actividades perdidas por otras nuevas; el individuo mantiene una actividad semejante pero en otro ámbito compatible con su nueva situación. La dificultad de la situación consiste en la deficiente información sobre actividades alternativas y la falta de preparación de la mayor parte de los jubilados para sustituir su ocupación anterior por una nueva actividad continua. La reducción de actividades sucede cuando el viejo disminuye el número e intensidad de sus ocupaciones, redistribuyendo su tiempo y energía entre el resto de sus roles sociales, como esposo, abuelo, miembros de la comunidad. El peligro reside en que la reducción de roles sociales sea creciente y el jubilado reduzca su vida a una mera supervivencia biológica, pues entonces comenzará la decadencia de la persona cuya vida carecerá de significado psicosocial.

d. ASIMILACIÓN.

Consiste en la interiorización de los valores sociales por el individuo incorporándolos permanentemente a su conducta. Los antropólogos han utilizado con frecuencia el término asimilación para reflejar la relación entre dos

culturas siendo el resultado final la fusión de los valores del individuo de una cultura en los valores de otra.

La asimilación ocurre en el viejo miembro de cualquier sociedad, debido al cambio social acelerado que convierte en obsoletos sus valores originales.

La asimilación del viejo a los valores cambiantes de la propia sociedad dependerá de la velocidad del cambio social y de su flexibilidad personal, aunque existen dificultades dada la elevada tasa de cambio contemporáneo y la falta de roles sociales relevantes para el viejo.

#### e. INTEGRACIÓN.

Constituye la última etapa de la socialización y supone la interiorización total de los valores del grupo integrador y de las manifestaciones externas de su conducta. Los caracteres de la cultura original desaparecen y los únicos valores relevantes son los de la sociedad integradora. Es difícil que las personas mayores se integren totalmente en los valores de la sociedad contemporánea, pues no pueden renunciar totalmente a los propios.

La sociedad contemporánea pone un énfasis casi exclusivo en valores juveniles, de belleza, fuerza, innovación, radicalmente opuestos a los valores y potenciales del viejo. De ahí parten los mitos y prejuicios hacia la vejez, los cuales abundan en una sociedad como la nuestra; más adelante los abordaremos ampliamente; por lo que resulta más constructivo que los adultos mayores luchen por incluir sus propios valores en la sociedad a través de la legislación y las actitudes colectivas que al tratar de integrarse por su conducta a los valores jóvenes predominantes.

#### f. RESPUESTA SOCIAL.

La respuesta social comprende las diferentes reacciones que grupos e individuos adoptan frente a la vejez. La amplitud del concepto es enorme y abarca tanto la reacción de un grupo como la individual

##### 1) GENERAL.

La edad constituye hoy una variable dinámica cuyo significado cambia con mayor rapidez a la de otras variables originarias, sexo, raza, clase social, tradicionalmente generadoras de estatus fijos. Actualmente existen mayores oportunidades que en el pasado para mujeres, minorías étnicas y viejos, aunque sigan manteniéndose barreras que fomentan la disminución tradicional. La variable edad, actualmente se revisa debido a la mayor abundancia de viejos, y a medida que se descubren nuevos hechos sobre el envejecimiento y sus potencialidades, se elabora un nuevo estatus social, cuya característica principal es su dinamismo; muestran concepciones actuales sobre la edad serán por tanto en el futuro muy diferentes.

En cuanto a opiniones y medios de comunicación, el peligro en una sociedad de masas surge cuando se sustituye la opinión racional, basada en

hechos y se pasa a la opinión basada en mitos y equívocos, expuestos repetidamente con determinada internacionalidad política, económica y social.

Se han estudiado la imagen que la vejez ofrece al público a través de la prensa, la televisión, la literatura popular, etc. y la mayoría de las investigaciones revelan que la mayor parte de las imágenes corresponden a hechos, actitudes y estereotipos negativos, reales para la vejez del pasado, pero que no corresponde a la realidad presente.

## 2) DE LOS AFECTADOS.

Activismo, una respuesta de los afectados por las medidas discriminatorias consiste en unirse en grupos de presión, partidos políticos, coaliciones, para combatir la discriminación. El activismo de los discriminados conduce a que sus problemas se manifiesten, sus necesidades sean captadas por los políticos, se aprueben medidas legislativas antidiscriminatorias y se inicie el camino en la lucha por la igualdad de oportunidades.

### g. FAMILIA Y VEJEZ.



Fig. 6 La familia, plataforma principal de la sociedad<sup>12</sup>.

La familia es una de las instituciones actuales más antiguas, tan antigua como la propia humanidad que ha existido en diferentes modos y formas, y que se desarrolla y adapta a las condiciones de la vida, en un determinado tiempo y lugar.

La palabra familia deriva de la raíz latina *famulus*, que significa servicio. En la era del nomadismo, la familia designaba a todo grupo de personas que se desplazaban juntas, de un lugar a otro (*clanes y tribus*), en la Roma antigua, se daba el nombre familiar, al conjunto formado por esposa, hijos, esclavos y sirvientes, que eran propiedad del padre de la familia, quien ejercía la patria potestad y el derecho a la vida o muerte, sobre todos ellos.

En el lenguaje cotidiano, la palabra familia puede designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como la agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, como el matrimonio o bien una agrupación en la que se establecen redes de interacción personales positivas, que permiten a la persona sentirse cómodo y seguro, es decir "*como en familia*".

---

<sup>12</sup> Fotografía tomada por la autora de la Tesina (Fam. Andalón).



Por lo que al hacer el análisis de las instituciones sociales, resulta habitual comenzar por la familia; en la misma, se originan las primeras manifestaciones de la sociabilidad humana, se desarrolla la personalidad y la calidad de las relaciones es más intensa que en cualquier institución. Con relación a los viejos, conviene diferenciar dos tipos de familia:

- a) LA FAMILIA DE PROCREACIÓN: Formada por dos personas de distinto sexo y sangre unidas en matrimonio, concubinato ó en unión libre, las cuales originan una descendencia común.
- b) LA FAMILIA DE ORIENTACIÓN O FAMILIA EN LA QUE SE NACE: Hasta que los hijos se casan y originan su propia familia de procreación.

Los estatus familiares adscritos, inicialmente impuestos al individuo social, dejan paso a los estatus familiares adquiridos por la iniciativa de la pareja que selecciona al cónyuge y establece un estilo de vida para el matrimonio y sus descendientes. Una vez más la institución global familiar abarca características de herencia, tradición, estatus, adscritos a la familia de orientación y características de originalidad, innovación y estatus adquirido de la familia de procreación. Ambas formas se unen en la familia de tres generaciones en la que conviven abuelos e hijos, origen de la familia de procreación, que se superponen con la familia de orientación de hijos y nietos.

La habitualidad de las relaciones familiares esconde la complejidad y sutileza de su entramado muy superior al de las organizaciones formales más elaboradas.

Los viejos de las familias contemporáneas no sólo son abuelos sino bisabuelos y tatarabuelos y los lazos generacionales que antes se reducían a tres generaciones llegan actualmente a cuatro y cinco. No existen teorías sociales que expliquen los nuevos fenómenos en las relaciones familiares, poseyéndose en el mejor caso, sólo descripciones de lo que sucede y resulta, inútil extrapolar el papel social anterior de los viejos al presente, ya que ni cuantitativamente se perecen; lo que se requiere son investigaciones, análisis de la realidad y esfuerzo intelectual para diseñar roles sociales que correspondan a las condiciones y necesidades de la sociedad contemporánea.

Las investigaciones existentes se han concentrado en la vejez marginada familiarmente, que requiere la intervención del estado para compensar situaciones deficitarias tanto económica como social.

## 1) TEORÍAS QUE EXPLICAN A LA FAMILIA.

Puede identificarse por lo menos tres teorías que poseen cierta relevancia:

- a) Teoría Estructural.

Los roles familiares se asignan al individuo delimitando posiciones sociales con derechos y obligaciones inherentes y que se aceptan como normales por la mayor parte de la sociedad. La sociedad constituye una estructura definida de posiciones sociales que se van llenando y vaciando por la dinámica generacional; nuevas generaciones ocupan el puesto de las anteriores y aportan elementos innovadores pero la estructura básica de la sociedad se mantiene, de ahí el nombre de enfoque estructural; destaca los aspectos estables de la sociedad pero ignora condiciones nuevas, como la mayor proporción de viejos en la población, la cual lleva a una definición nueva del papel de la persona madura en la sociedad.

b) Teoría Interaccional.

La perspectiva interactiva es dinámica pues no parte de un esquema definido de derechos y obligaciones asignadas previamente, sino del resultado de un proceso de negociación entre los ocupantes de los diferentes puestos sociales. Los roles "*se hacen*" durante toda la vida de la persona, quien en cada momento desempeña el rol que su trayectoria vital le demanda, según su edad y condiciones. El niño posee un estatus social diferente al del adulto, pero este niño que obedece a sus padres se convertirá, con el transcurso del tiempo, en padre con hijos a los que deberá instruir y dirigir en su aprendizaje social, y finalmente llegará a la posición de abuelo en la que podrá renunciar a ciertas obligaciones y adquirir ciertos privilegios. Lo positivo del enfoque de la interacción, se basa en su flexibilidad y en la definición individualizada de las relaciones intergeneracionales, negociadas entre las personas implicadas.

c) Teoría del Intercambio.

Reconoce la dinámica social de actores en negociación y define sus posiciones sociales, pero destaca el equilibrio y satisfacción de las partes al insistir en la cooperación más que en el conflicto. Las relaciones entre los protagonistas sociales originan un intercambio satisfactorio para las partes cada interacción supone unos costes personales y unas compensaciones y las partes intentan mantener la relación de la manera más satisfactoria; ninguna parte consigue totalmente sus objetivos, pero existe el suficiente saldo positivo de aportaciones y recompensas para mantener la relación.

2) ROLES FAMILIARES.



Fig. 7 Cada uno de los miembros de la familia desempeña un papel dentro de la misma. El Adulto mayor regularmente queda al cuidado de los nietos<sup>13</sup>.

La familia como institución social básica, posee una diversidad de roles sociales (*hijo, padre, abuelo*), que la mayor parte de sus componentes se van ocupando a lo largo de su vida; a través de ellos sus ocupantes se socializan y aprenden a desempeñar sus obligaciones en la mini sociedad, que constituye la familia. Las familias extensas proporcionan más oportunidades para que sus miembros jóvenes se socialicen anticipadamente antes de entrar en contacto con la sociedad global. A continuación se mencionan algunos de los roles familiares típicos según el orden cronológico de vivencia.

**A) Hijos:** Constituye el rol más abundante, que comparte la mayoría de la población; cronológicamente constituye el primer rol del individuo. El ser hijo es poco definidor socialmente y hay que relacionarlo con la edad. Los hijos de pocos días tienen total dependencia física y psíquica de sus padres pero cuando son adultos pueden responsabilizarse de sus padres necesitados. En determinado momento el rol de hijo que nace en una familia de orientación se desdobra para asumir el de adulto que funda su propia familia de procreación y aparecen los roles de esposo y padre, doble responsabilidad del sujeto que desempeñará simultáneamente los roles de la familia originaria y de la creada por propia voluntad.

**B) Padres:** Los padres han sido antes hijos y deben definir las obligaciones y derechos que van a aplicar a su descendencia. El rol de padre-madre normalmente se inspira en lo que se recibió de los propios padres confrontado con cierta disyuntiva de innovación o conservadurismo. Ambas conductas se dan en los padres, con mayor predominio de lo conservador lo cual proporciona la estabilidad social. El rol de padre-madre resulta el más importante en poder, responsabilidad y exigencias sociales; se relaciona con la familia de orientación en la que nació y con la que tiene responsabilidades y fidelidades obvias, pero de la que ha partido para afirmar su personalidad de adulto, y establecer la familia propia de procreación.

**C) Abuelos:** El papel del abuelo comienza a ser descubierto por sus protagonistas actuales con las características modernas de quienes se resisten a

---

<sup>13</sup> Fotografía tomada por la autora de la Tesina (Sra. Guadalupe Andalon Neira y su nieta Sandra S. Soto).

aceptar el estereotipo de viejos asexuados pasivos, destinados a esperar la muerte y sin intereses personales. Aparece la figura del abuelo del siglo XXI como una persona con su propia vida, intereses y actividad política, tan variados o más que otras generaciones cada vez habrá más abuelos y menos nietos. Este rol ha experimentado grandes cambios y en los próximos años su dinámica aún será mayor ya que el número de abuelos aumentará. Los abuelos del presente no tienen porque llevar una imagen de pasividad física, laboral, económica, política, etc.

**D) Bisabuelos:** Un papel que comienza a iniciarse y es cada vez más abundante por la reducción de las edades del matrimonio y procreación. Los bisabuelos de hoy son semejantes a los abuelos de ayer, así como los abuelos actuales a los padres del pasado.

### 3) ENTORNO FAMILIAR MEXICANO.

El entorno familiar esta conformado por aquellas personas de la misma o de otras generaciones, con las que el viejo está unido por un parentesco, vivan o no en el mismo domicilio, con los cuales está en posibilidades de interactuar, considerando que existen numerosas familias donde la cercanía física no garantiza que los miembros establezcan comunicación verbal y donde, paradójicamente se expresan a través de no dirigirse la palabra, de no verse y de no compartir más que los servicios domiciliarios.

Las familias funcionan como un sistema donde todos los miembros influyen sobre los demás y donde existen pautas de interacción que se configuran como patrones, los que al identificarlos nos permiten ver como funciona la familia en su interior y como es su relación con el exterior. La mayor parte de la población envejecida mexicana vive dentro de una familia.

Es aquí donde se desarrolla el viejo, donde continua creciendo como persona desde el punto de vista espiritual, intelectual y aportando para su grupo. También es donde se ve afectado por los otros miembros de la familia y esta por los abuelos. Sobre todo el adulto mayor es el miembro más vulnerable de los miembros de una familia y quien probablemente requiera de cuidados diferentes cuando, por su envejecimiento, ha perdido la capacidad de adaptarse a los cambios rápidamente y se enferma.

La enfermedad del viejo trasciende más profundamente en el núcleo familiar. Aquí podemos diferenciar los padecimientos que no requieren de la intervención del médico y que sanan solos, de aquellos que requieren la participación del médico en 1 o 2 ocasiones en el consultorio, de las enfermedades crónico-degenerativas que necesitan de visitas periódicas al médico y de llevar a cabo determinado tratamiento que puede incluir medicamentos, dieta y medidas higiénicas y, los padecimientos que deben ser resueltos en un hospital porque ponen en peligro la vida del paciente, requiere cuidados especializados de manera transitoria y que una vez de vuelta a su entorno familiar tendrá que acudir al médico para observación. Así el impacto que sufra el viejo en su enfermedad una vez curada o controlada, determinará

nuevas relaciones y cambios en la dinámica familiar y capacidad de adaptabilidad de todos los miembros de la familia, para poder mantener una familia funcional.

El ámbito social lo podemos considerar como rural, urbano o semi-urbano. Las posibilidades de desarrollo, el estilo de vida y de factores de riesgo para la aparición de enfermedades, y la dinámica familiar en cada uno de estos ámbitos sociales serán la diferencia. El ámbito social rural permite una convivencia más cercana y cotidiana y llena de tradiciones, como el respeto incondicional a las personas mayores; la opinión de los viejos es tomada en cuenta para la toma de decisiones. En el ámbito urbano, el modelo de producción del estilo de vida excluye la participación de los viejos y quedan relegados, a veces sin voz ni voto para las decisiones que los afectan directamente. La familia tiene muchas dificultades para poder apoyarlos; en el entorno semi-urbano, las carencias que tienen las familias hacen este ámbito el más difícil, no solo para el adulto mayor sino para cada uno de sus miembros.

Lo anterior se ve afectado por las costumbres de la familia, sus creencias, religión y grado de escolaridad que podrán suavizar su entorno. El poder adquisitivo del que disponga la familia será un factor que permita la manutención, atención médica y tratamiento del adulto mayor, ya que está calculado que solo el 10% de los mayores de 65 años reciben una pensión en el país, que por demás es raquítica. En México no existen servicios para que el grueso de la población Adulta Mayor pueda hacer uso de ellos, tales como: lavanderías, spas, etc., que puedan contratar y así aminorar su carga de trabajo. Nuestro país debe reorganizarse para no claudicar en el intento de salir avante con los jóvenes y seguir sin prestar la atención debida a los mayores de 65 años.

La familia extensa lo más frecuente en nuestra sociedad, desafortunadamente no siempre coincide con una adecuada funcionabilidad, dichas familias están integradas por tres y hasta cuatro generaciones que comparten un mismo predio pero con diferentes objetivos y motivos en la vida, lo que las hace tener conflictos internos que les daña, entorpece o detiene su desarrollo y capacidad de adaptabilidad ante cambios significativos de la dinámica familiar. Lo anterior podría hacer pensar que orilla al género femenino a tomar el rol de cuidadoras de los viejos de la familia; estas mujeres son personas con proyectos de vida truncados, de 65 años o más y que pertenecen a la generación sándwich, es decir, se hacen cargo aún de sus propios hijos, y sus padres viven y requieren sus cuidados, impidiéndoles que continúen en alguna actividad productiva, si la tenían, y por ello, hacerse más pesada la solvencia económica familiar.

No solo los problemas económicos son la causa del disfuncionamiento familiar, sino la sensación de que el resto de la familia ya no es atendida por la mujer que ahora es cuidadora de tiempo completo. Las atenciones desiguales en un sistema donde la mujer ha de estar pendiente de que el hogar marche

bien, generan sentimientos de frustración en la misma cuidadora que, por un lado no puede satisfacer a su familia, y por el otro, tampoco termina de atender al padre, suegra y/o pareja al 100 %, ya que los cuidados que necesitan este tipo de pacientes, rebasan a mediano plazo, los cuidados que un individuo puede dar.

La sociedad en general debe estar pendiente de cualquier signo de violencia contra los miembros que la conforman. Bien sabido es que la disfunción familiar facilita el abuso y maltrato psicológico, económico, físico, así como abandono o negligencia. En ocasiones es tan sutil la evidencia de ese maltrato que el viejo no se atreve a denunciar por su dependencia al cuidador.

#### D. CAMBIOS SOCIALES EN EL ENVEJECIMIENTO.

El proceso de envejecimiento debe ser considerado también en el contexto de sociedades complejas sujetas a grandes variaciones. La forma en la que la población envejece no es igual a la que se produce biológicamente, aunque también está influenciada por las circunstancias sociales y el ambiente psicoemocional. En consecuencia, el envejecimiento se contempla cada vez más como un proceso que influye aspectos culturales y psicosociales. Además, en lugar de limitarse exclusivamente a la etapa de la vejez, su estudio se está extendiendo a todo el periodo vital. En su aspecto social, se refiere a todos aquellos cambios que se dan en el entorno social de las personas, como resultado de ajustes derivados de la entrada en la vejez que abarcan la esfera laboral, familiar y de interacción social; estos pueden ser: la jubilación, estatus, cultura, economía, leyes, etc.

##### 1. JUBILACIÓN.



Fig. 8 La jubilación, tiempo de disfrutar y realizar cosas que por falta de tiempo no se llegaron a concretar<sup>14</sup>.

Su importancia desborda lo puramente laboral para extenderse a toda la vida económica, social y familiar, presente y futura. Para la mayor parte de la

---

<sup>14</sup> Fotografía tomada por la autora de la Tesina (Sr. Carlos Soto Sánchez, jubilado de la policía ).

población activa, la jubilación define legal y convencionalmente la entrada en la vejez. Pero muchas cosas están cambiando en la sociedad contemporánea y en la jubilación. Socialmente se ha considerado el rol del jubilado como un "rol sin rol", por no haberle reconocido la sociedad contemporánea un papel social como lo hacían muchas sociedades primitivas o la medieval, donde el final de la actividad guerrera o artesanal no suponía la pérdida del estatus social.

La solución a los problemas de los jubilados contemporáneos consiste en convertir ese rol sin rol en la sociedad industrial, que les asigne responsabilidades, estatus y prestigio social. Los países que llevan más tiempo con proporciones importantes de población envejecida reconocen que para ello es necesario desmitificar la importancia del trabajo durante la vida activa, y dignificar socialmente el descanso de los jubilados, afirmando la validez del ocio en sociedades que han idolatrado el trabajo, sus consecuencias económicas y su prestigio social.

La jubilación ha pasado de ser un hecho uniforme que se alcanzaba al cumplir la edad cronológica de 65 años a convertirse en un fenómeno variado según las condiciones del puesto de trabajo, sector económico y condiciones subjetivas de la persona, entre ellas pueden haber algunas variaciones como son:

#### I. POR LIBERTAD DE LA PERSONA.

- a) JUBILACIÓN VOLUNTARIA: Ocurre cuando la persona decide el momento en que tiene lugar la jubilación; puede afirmarse como en tantos acontecimientos de la vida social y económica, que toda jubilación se halla condicionada por datos objetivos y subjetivos que influyen en la voluntad individual.
- b) JUBILACIÓN FORZOSA: Se impone al sujeto sin alternativa posible por haber cumplido la edad reglamentaria o quedar incluido dentro de supuestos forzosos de jubilación: procesos de reestructuración sectorial, traslado o cierre de la empresa. Se considera un hecho inevitable y son excepción los individuos que se enfrentan a esta decisión externa que interfiere con el derecho al trabajo de todo ciudadano.

#### II. POR TEMPORALIDAD.

- a) JUBILACIÓN NORMAL: En nuestro sistema de seguridad social y de clases pasivas, la jubilación normal para ambos sexos se fija a los 60 años.
- b) JUBILACIÓN ANTICIPADA: Tiene lugar antes de dicha edad y por variedades de causas: incapacidad física que origine invalidez para el desempeño del trabajo, situación especial del colectivo o decisión de la persona.

c) **JUBILACIÓN RETRASADA:** La persona o la organización dilatan el momento de la jubilación por intereses mutuos, situación atípica, existente en algunos puestos técnicos y directivos estratégicos y que comienza a darse en algunos sectores.

a. **EFFECTOS DE LA JUBILACIÓN.**

Entre los que se encuentran:

- **ECONÓMICOS:** Existe una reducción de ingresos que se refleja en el nivel de vida.
- **FÍSICOS:** Se identifica el síndrome de la jubilación, que afecta entre otros al bienestar físico, pero resulta difícil aislar entre los jubilados los que ya estaban enfermos antes de la jubilación, y aquellos para quienes la jubilación constituye la causa de su pérdida de salud. Se afirma con frecuencia que tal trabajador murió a los pocos meses de jubilarse, aduciendo que la interrupción del trabajo ha sido causa de muerte pero se ignora si dicho trabajador ya estaba enfermo, lo que invalida la conclusión.
- **PSÍQUICOS:** Este apartado ha sido estudiado sin encontrar relación entre jubilación y enfermedad mental. Al contrario del difundido temor de que tal jubilación produce depresión y acelera la muerte.
- **SOCIALES:** Se ha tratado frecuentemente del aislamiento social que supone la jubilación al perder el trabajador su grupo de relación, de contacto diario, los compañeros de trabajo. Estudios internacionales demuestran las mayores variaciones entre grupos ocupacionales más que entre países, lo cual revela que la ocupación define más la vida social que la nacionalidad.
- **FAMILIARES:** La jubilación afecta a las relaciones familiares de muchas formas pero en especial a la vida de la pareja, cuyos ritmos vitales serán distintos a partir de la misma. El impacto sobre la esposa resulta muy intenso debido a la mayor presencia del esposo en el hogar; las respuestas varían entre el rediseño del trabajo familiar y la mayor participación del marido, tarea siempre difícil cuando durante varias décadas han existido una rutina en el hogar que asignaba la casi totalidad de responsabilidades a la esposa.

b. **PROCESO DE JUBILACIÓN.**

El momento de la jubilación posee unos antecedentes y unas etapas posteriores, y está influenciado por factores personales, económicos y sociales. El proceso puede dividirse en dos fases, antes, mientras se toma la decisión y se barajan alternativas, y después, cuando se asume el rol de jubilado.

**a) Antes de la jubilación:** La decisión de jubilarse queda afectada por factores institucionales sobre los que la persona apenas posee control y factores personales en los que puede influir.



1. Prejubilación: Fase en la que los trabajadores contemplan la posibilidad de jubilarse, sea remota o próxima a realizarse.

2. Preparar la jubilación: La respuesta racional a los mitos sobre lo negativo de la jubilación, la proporcionan los programas de preparación, que introducen un esquema lógico de posibles problemas con los que todo jubilado va a enfrentarse y le ofrecen técnicas para superarlos. Todo hecho que origina un nuevo estatus se acompaña de ritos que proporcionan un marco comunitario que facilita la aceptación del nuevo rol.

**b) Después de la jubilación:** Se ha identificado por Atchley en 1977 diferentes fases que pueden o no existir para cada jubilado, y se mencionan solamente como marco de posibilidades.

1. Luna de miel: El individuo posee motivación para alternativas con todas las variantes intermedias, ocupación-actividad o descanso-tranquilidad. En ocupación-actividad; el individuo emprende con ilusión una serie de actividades que el trabajo la había impedido realizar. El descanso-tranquilidad; constituye una reacción opuesta a la anterior, en la que el jubilado desea "no hacer algo" y disfrutar de todo el descanso de que no pudo disponer en su trabajo.

2. Estabilización: Actividades rutinarias; la primera etapa de la luna de miel dura poco, a lo sumo unos cuantos meses y se pasa a la fase de estabilización. Algunos jubilados se mantienen en la fase de descanso-tranquilidad hasta el fin de sus días, pero la mayoría busca una cierta rutina que sustituya a la que tenía durante su trabajo.

3. Desencanto-Reorientación: Algunos jubilados, al finalizar la etapa de la luna de miel, no pueden encontrar actividades rutinarias satisfactorias y pasan por una etapa de desencanto que en ciertos casos puede llevar a la depresión. El desencanto resulta más difícil de combatir cuando existe un hecho negativo que lo alimenta: invalidez, pérdida de la salud, pensión insuficiente, muerte del cónyuge, etc. El desencanto requiere una reorientación, semejante a la de actividades rutinarias.

4. Dependencia: Afecta solo a un pequeño porcentaje del total de viejos, e implica pasar del estatus de jubilado sano e independiente al de persona con limitaciones que necesita ayuda. Termina en algunos casos con la invalidez, incapacidad física, dependencia o cualquier hecho que impida al jubilado una situación independiente. El internamiento permanente en instituciones de asistencia total supone la última etapa de la dependencia.

## 2. ROL Y ESTATUS

Se toman aquí los términos estatus y rol (*Linton, 1942*)<sup>15</sup>, como definidores de la posición social o esquema global de interacción. Cada persona tiene tantos estatus cuantas manifestaciones de su interacción o, si prefiere un estatus global, resultado de la suma de estatus parciales; a cada estatus personal corresponde un rol o aspecto dinámico del mismo y a través de la suma de estatus y roles se define la posición individual del sujeto, suma de derechos y obligaciones que configuran cómo debe comportarse socialmente el individuo.

Por su origen, los estatus se han clasificado en adscritos o adquiridos; los primeros pertenecen a la persona, sin esfuerzo suyo por nacimiento: edad, sexo, clase social de origen, dotación genética, etc.; los adquiridos se consiguen por el esfuerzo de la persona como: la clase social alcanzada, posición lograda en el trabajo, etc.

#### Edad y Estatus:

La edad constituye un estatus, históricamente la edad proporcionaba mayor estatus en épocas pasadas tanto por razones cuantitativas (*habrá menos viejos*), como cualitativas (*la opinión del viejo en asuntos vitales era más escuchada y se valoraba más la experiencia que la innovación*). Actualmente la edad no confiere por sí sola estatus social: el número de viejos ha aumentado extraordinariamente y su papel social ha perdido importancia, ya que se valora más la juventud y los valores asociados a la misma.

#### Edad y Existencia:

Por otra parte en algunas sociedades modernas se comienza a valorar el papel de las personas de edad para resolver los problemas eternos de la naturaleza humana: morales y éticos, de convivencia y relación, y que sigue planteándose la juventud sin encontrar respuestas satisfactorias.

Un enfoque moderno adopta que si la ciencia no tiene todas las respuestas, quizás la solución se halle en la experiencia humana de cuya riqueza son depositarios los viejos, ya que su sabiduría procede de haber vivido los problemas inherentes a todo ser humano, más que al hecho de saber mucho. Este enfoque con raíces en diversas escuelas filosóficas, ofrece una posibilidad que debería ser explotada para rediseñar el rol de los viejos en la sociedad contemporánea.

#### Rol sin Rol:

Ha desaparecido el rol del viejo, característico de las sociedades agrarias, en las que se valoraba la experiencia. En la sociedad industrial, el rol del anciano es

---

<sup>15</sup> R. Linton. (1942). *Estudio del Hombre*. México: FCE.

equivoco o nulo, y fruto más de la regulación legislativa que del aprecio social real.

Resulta tradicional la expresión de que los viejos tienen un “rol sin rol”, es decir, una posición social que no posee obligaciones, y en la sociedad contemporánea las obligaciones son fundamentalmente laborales, ya que a través de ellas la persona deriva su estatus económico y social. Al no formar el viejo parte de la población activa queda privado del estatus que proporciona el producir, fuente del rol; como en tantas situaciones sociales ello se convierte en un arma de doble filo, pues la sociedad que por una parte le libera de obligaciones, y por otra parte le priva de estatus social y económico positivo, y su rol se convierte en carente de sentido para los valores actuales. La respuesta no es unívoca; por otra parte existe una abundancia de disposiciones legales: tarjetas de transporte, espectáculos, museos, etc., que utilizan la edad cronológica como origen de derechos o de trato favorable, lo cual tiende a separar a los viejos del resto de la sociedad, aunque sea mejorando su condición. Esto constituye “el doble vínculo”: estigmatizados y tratados como población especial.

### 3. CULTURA Y VEJEZ.

La cultura es un sistema de creencias y de instituciones; en su sentido más amplio, cultura influye dimensiones antropológicas, sociológicas y económicas para los seres humanos, la personalidad es también un sistema de afirmaciones a las que se les llama premisas.

Hay premisas personales, premisas acerca de roles, premisas sobre las relaciones interpersonales, económicas, de grupo, nacionales, socioculturales, de emoción, de gesto, de actitud, etc. Así la personalidad se presenta como un sistema de procesamiento de información de naturaleza racional emocional, que obtiene deferentes grados de identidad individual como resultado de una dialéctica entre tal sistema de información individual, y la cultura, la cual, en esta aproximación; no es otra cosa que un gigantesco sistema de información resultante de la historia de cada sociedad.

Así pues, la conciencia, la singularidad y la identidad de cada quien, resultan de una persistente dialéctica, a través del desarrollo individual, entre las fuerzas culturales y las contraculturales. Cada individuo nace en un momento particular de la historia y en los brazos de una cultura específica. Las fuerzas culturales son valores tradicionales de los grupos y de las instituciones, incluyendo la economía, que son el destilado en seco de la historia específica de grupo o de la nación dentro de la cual cada ser humano nace.

Las premisas histórico-socio-cultural, son afirmaciones que se refieren a las tradiciones culturales respecto de valores, creencias, pensamientos y acciones, mismas que establecen las formas adecuadas y aceptables de confrontación con los problemas en cada sociedad, es decir, los estilos de confrontación, todo lo que respalde esta premisa es una fuerza cultural.

En las fuerzas contraculturales, su estructura bio-psíquica específica choca con la cultura en un proceso de confrontación. La persona, en términos de sus propias características bio-psíquicas a las que pudiéramos llamar vigor, terquedad o necesidad bio-psíquica de individuación, y a través de las contingencias reforzadas en su ecosistema, se conforma o se revela contra estas fuerzas culturales, o reacciona en alguna otra manera, dando nacimiento a su estilo de confrontación individual. Este estilo de confrontación a su vez, dirige el desarrollo cognoscitivo y de la personalidad del individuo, y determina la extensión hasta la cual va a ser pro-cultural o contra-cultural, respecto de problemas, estrés o situaciones específicas.

Ahora bien, las patologías culturales, radican mediante las exageraciones del comportamiento normal del individuo dentro de cada cultura. La teoría demanda que cuando exista una exageración conformista con la cultura o una exageración de rebelión, ante ellas y éstas sean destructivas para la persona o para la sociedad, podemos hablar de distintos niveles de patología personal y social.

La cultura que hoy impera con relación al viejo se encuentra estigmatizada y rodeada de unos estereotipos que han puesto en una posición desventajosa y poco objetiva, a ello han contribuido la familia, los medios de comunicación, el sistema educativo, el sector político y porque no decirlo en algunos casos los mismos adultos mayores, proyectando una imagen de minusvalía, despertando sentimientos de compasión, desesperanza, lastima, inutilidad, enfermedad, aislamiento, etc., dejando en muchos casos de lado su sapiencia, sabiduría, talento, altruismo, la persona que escucha, orienta, guía, conduce, entrega un legado a la sociedad porque es indudable que ellos han sido protagonistas y artífices en la construcción del país que hoy tenemos

#### 4. OPINIÓN PÚBLICA Y VEJEZ.

La opinión pública se halla actualmente sensibilizada respecto a la vejez, como lo muestran los anuncios comunicativos, (*en pro de una vejez sana, divertida y dignificada, claro está que solo en algunos casos, donde el estrato social es indudablemente alto*), sin embargo, a pesar de todas las políticas aprobadas, programas desarrollados y presupuestos asignados, la vejez sigue siendo por su novedad una asignatura pendiente para todos los países del mundo.

La vejez aparece con frecuencia en los medios de comunicación, en casos periodísticos como: abandono, abuso, delito, conducta extravagante, etc., quedando en descubierto fases negativas que inducen a pensar en una vejez que no queremos vivir, y rechazamos la idea de una vejez exitosa (*o bien, positiva*), y como los medios de comunicación son líderes de opinión, influyen en la forma de percibir y analizar al mundo que nos rodea.

Al refrán "*genio y figura, hasta la sepultura*", habría que añadir: "*según el medio ambiente*", confirmando que el medio social influye sobre la personalidad del viejo. Los viejos exhibirán la personalidad que el medio les permita, siendo negativas si no se les acoge y siendo positivas cuando encuentren un ambiente propicio de desarrollo humano.

## 5. OCIO Y TIEMPO LIBRE.



Fig. 9 El tiempo libre, para compartir y disfrutar de nuestras experiencias<sup>16</sup>.

A medida que la sociedad prescinde en su organización y funciones de los ciclos naturales, la distribución del tiempo se convierte en un producto social, basado en los valores predominantes en cada momento histórico. En últimas décadas el tiempo libre ha aumentado el de los que no tienen trabajo, desempleados y jubilados; la sociedad contemporánea se enfrenta al reto de llenar tiempos cada vez mayores para números crecientes de ciudadanos.

Cuando las jornadas eran agotadoras, el tiempo libre servía para el descanso, para recuperar la capacidad funcional que permitía seguir trabajando; cuando el trabajo era rutinario, el tiempo libre proporcionaba la oportunidad de realización personal, pero cuando el tiempo libre supera cuantitativamente al de trabajo, el problema toca a la identidad profunda del hombre moderno. El descanso no es una alternativa razonable cuando no existe cansancio, y las actividades para llenar significativamente el tiempo libre, deben tener interés para los que los realizan.

El tiempo total para cada persona y clase social se asigna durante la mayor parte de la historia a diferentes actividades (*trabajo, descanso, necesidades personales, recreo, etc.*), pero no aparece el concepto de tiempo libre hasta que las condiciones sociales lo posibilitan, debido a la reducción de jornadas laborales y ampliación del tiempo disponible, ya que las actividades

---

<sup>16</sup> Fotografía tomada por la autora de la Tesina (Grupo del DIF Carrillo Puerto).

necesarias (*descanso, obligaciones familiares*), no ocupan todo el tiempo existente. El tiempo libre es aquel que resta luego del trabajo, del descanso y de las actividades necesarias para la vida física y las obligaciones familiares y sociales.

El tiempo libre puede llenarse con tiempo de ocio, distracción, recreo, correspondiente al mero descanso del trabajo o puede llenarse con actividades de mayor significado individual y social. Estas actividades también son ocio, aunque, resulten tan absorbentes como las actividades manuales, artesanales o artísticas que realizadas en otros ámbitos serían trabajo auténtico. Cuando estas actividades se realizan en tiempo libre, se caracterizan por su libertad, no están sujetas a requisitos de tiempo y calidad organizativos, la persona decide por sí, el ritmo empleado y no se ejecutan por una finalidad económica.

La variedad de actividades del tiempo libre es ilimitada y difícilmente encuadrarle en una clasificación; por la actividad de la persona, puede ser: físicas, psíquicas o sociales; por su naturaleza: deportivas, educacionales, artesanales, artísticas; por el grado de participación: individuales, de pequeño grupo o de masas, etc. La variedad de actividades del ocio, está limitada solo por la creatividad humana y la definición de ocio resulta tan subjetiva como la experiencia humana; para las personas, ocio significa múltiples variantes como:

- ↗ Estado mental o actitud
- ↗ No trabajo
- ↗ Libertad de elección
- ↗ Tiempo no regulado
- ↗ Descanso del trabajo y de actividades obligatorias
- ↗ Juego
- ↗ Actividades voluntarias
- ↗ Actividades expresivas (*satisfacción por el proceso más que por el resultado final del mismo*)
- ↗ Actividades instrumentales (*satisfacciones externas por el resultado final conseguido*)
- ↗ Espontaneidad
- ↗ Actividades útiles y con significado
- ↗ Forma de estar
- ↗ Actividades grupales e individuales
- ↗ Actividades gratuitas y costosas económicamente
- ↗ Actividades físicas, intelectuales y sociales
- ↗ Compensaciones intrínsecas y extrínsecas
- ↗ Creatividad y rutina deseable
- ↗ Cultura elitista y de masas.

La cantidad de tiempo libre varía a lo largo de la vida, durante la infancia y la adolescencia resulta muy amplia; se reduce al entrar en la población activa para volver a ampliarse en la jubilación.

Para el jubilado, el tiempo de trabajo, más las necesidades conectadas con él, como el transporte, pasan a convertirse en tiempo libre, y si no existe

una preparación para utilizarlo significativamente; ya que las personas se adaptan mejor a los cambios vitales si estos son progresivos y con el apoyo de información y educación.

A la persona que va a jubilarse no se le proporciona otra información que la cuantía de las prestaciones económicas a percibir; en el mejor de los casos se formaliza su salida del trabajo con algún rito de paso como homenaje por parte de colegas, obsequios y buenas palabras. La mayoría de los trabajadores carecen de cualquier tipo de preparación específica para la nueva etapa de la jubilación.

Por otra parte no se conocen estudios extensos que valoren los efectos negativos de la falta de preparación para la jubilación, abundan los casos individuales con dificultades personales, que expresan que les hubiera gustado tener algún tipo de preparación para esta etapa. El tiempo libre, si no se llena de actividades con significado para la persona, puede ser una pesada carga; el tiempo es ambivalente: puede ser beneficioso o perjudicial, según las condiciones del sujeto y del medio. Esta alternativa se refleja en el siguiente cuadro comparativo:

<b>POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>↗ Descanso, recuperación</li> <li>↗ Educación, cultura</li> <li>↗ Desarrollo personal, expresividad</li> <li>↗ Relaciones satisfactorias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↗ Tiempo de llenar</li> <li>↗ Consumismo</li> <li>↗ Dirigismo político</li> <li>↗ Relaciones conflictivas</li> </ul>
<b>CONDICIONES DE LOS ANCIANOS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>↗ Salud, autonomía personal</li> <li>↗ Personalidad positiva</li> <li>↗ Intereses amplios</li> <li>↗ Madurez activa</li> <li>↗ Residencia céntrica</li> <li>↗ Estatus económico aceptable, con pensión suficiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↗ Limitaciones físicas y psíquicas</li> <li>↗ Personalidad negativa</li> <li>↗ Intereses restringidos</li> <li>↗ Madurez frustrante</li> <li>↗ Residencia aislada</li> <li>↗ Bajo estatus económico, con pensión insuficiente</li> </ul>

## 6. ECONOMÍA.

La economía se basa en la producción de bienes y por los mayores, al jubilarse, dejan de producir, por lo que su nivel económico vendrá determinado por algo tan aleatorio como la "conciencia social" del partido en el poder, la sensibilidad de los votantes y sus representantes, etc. La presión que pueden ejercer los viejos resulta limitada; se hallan desunidos y sus intereses no son comunes, ya que proceden de todas las clases y su único rasgo común es la edad cronológica.

Los recursos materiales de la vejez no interesan solo al jubilado sino a toda la sociedad, ya que la importancia económica directa en los presupuestos generales del Estado. La principal preocupación se refiere al peso que sobre los recursos del país supondrá la existencia de una población pasiva no productiva.

La relación trabajadores jubilados-trabajadores activos, que en la economía en expansión no se ha interesado hasta el presente, se muestra como una de las grandes interrogantes; son muchos los individuos que se preguntan si en el futuro se podrá mantener, el nivel de vida de los jubilados. La reducción de la edad de jubilación y la prolongación de la educación obligatoria es un hecho en todos los países y cada vez existen menos trabajadores productivos, en la economía y mayor proporción de población pasiva: estudiantes y jubilados, los cuales reciben sus rentas y pensiones del trabajo de los activos, ¿será capaz la economía futura de generar recursos suficientes para mantener a la masa de pasivos? Las respuestas son equivocadas debido a la multitud de factores que intervienen: la crisis industrial mundial, nuevas tecnologías, actitudes sociales cambiantes, etc.

Sin embargo, económicamente parece inevitable que la población activa el futuro sostendrá sobre sus espaldas mayores responsabilidades que las generaciones actuales.

#### a. PRESTACIONES ECONÓMICAS.

Por prestaciones económicas se comprende cualquier servicio valorable materialmente y no sólo las pensiones; se incluye por tanto la asistencia sanitaria con todas sus variedades, prevención de la enfermedad, hospitalización, medicamentos, tratamientos, rehabilitación, etc., así como los servicios en especie, alimentación, alojamiento, ayuda para la vivienda, transporte, ocio y esparcimiento, etc. La forma de prestación de los servicios, pública o privada, resulta importante ideológicamente pero el viejo, como la mayoría de los ciudadanos, posee solamente necesidades traducibles económicamente y le interesa la cantidad y calidad del servicio, la forma de obtenerlo pasa a un segundo término, cuando lo que se tienen son necesidades reales inaplazables.

#### E. ENVEJECIMIENTO SOCIAL NORMAL.

Los aspectos psicosociales de normalidad y patología se hacen más difíciles de identificar a medida que el sujeto crece, a medida que adquiere experiencia vital, la cual condiciona su definición de salud o enfermedad. El adulto posee una experiencia psicosocial extensa la cual modifica y subjetiviza de muy diversas formas la definición de salud o bienestar. El adulto se ve influido en su salud global por las demandas de sus roles sociales así como por las limitaciones físicas del organismo, pues el hombre es biológico y psicosocial.

La variedad de definiciones de lo que es envejecimiento normal ó patológico, será tan amplia como la diversidad humana y definiciones de la calidad de vida. La vejez normal social resulta aún más difícil de definir que la biológica o psíquica, pues los criterios de normalidad social son muy amplios. Para algunos, normalidad social en la vejez supondrá mantener las mismas relaciones sociales que durante la madurez (*teoría de la actividad*), para otras, la normalidad será reducir el número de relaciones sociales (*teoría de la desvinculación*).



Resulta evidente que la normalidad social del viejo contemporáneo, comprende un rol social más activo que en el pasado, sino laboralmente, sí en multitud de actividades sociales; sin embargo, por una parte se insiste en la actividad y, por otra, la desvinculación, de tal forma que cada individuo realiza su propia definición del rol sin consenso social. Se trata de una situación transicional, en la que se mantienen criterios del pasado sobre la pasividad del viejo, a diferencia con la realidad de la actividad de numerosas jubilaciones.

Comparados con otras minorías, los viejos necesitan encontrar un rol coherente en la sociedad contemporánea como por ejemplo, las personas con discapacidad, las mujeres, los grupos étnicos; cuyos derechos económicos y sociales se hallan mejor definidos legalmente y con líderes organizados para defender sus intereses y derechos en caso de discriminación.

La causa de que los viejos no hayan encontrado un rol coherente en la sociedad contemporánea se basa en que la definición de viejo ha estado tradicionalmente ligada al cese en el trabajo, la jubilación. Actualmente con los procesos de reconversión industrial y las nuevas tecnologías, las tasa de desempleo han aumentado espectacularmente y el trabajo, se ha hecho tan escaso, que la jubilación se ha forzado a edades cada vez inferiores.

Antes se definirá la vida social por medio de etapas en torno al trabajo; la primera era la preparación para el trabajo o la educación, la segunda era la del trabajo o rendimiento de la educación, la tercera etapa era la del cese en el trabajo o jubilación a partir de los sesenta y cinco años y en ella el extrabajador esperaba el fin de la vida, disfrutando del "*merecido descanso*".

Actualmente estas 3 etapas siguen existiendo pero no se definen tan claramente y el estatus social que se deriva de ellas no es tan evidente como en el pasado. La educación dura más, con lo que se retrasa la entrada al trabajo y aparece la figura del estudiante trabajador que puede serlo hasta cualquier edad, y finalmente, el trabajador se convierte a menudo en jubilado forzoso a edades, más temprano que antes. Con la alteración de las fuentes tradicionales del estatus social, basado en los roles laborales, aparecerá una nueva definición del estatus social que no se basará solamente en el trabajo cada vez más escaso. Con la vejez normal del pasado cada vez es más anormal en el presente, en sus hábitos, ocupaciones y estilo de vida, pues los viejos son más heterogéneos de edades más diversas, con estados de salud diferentes preferencias variadas y aspiraciones múltiples, por lo que el rol, futuro del viejo será mucho más dinámico.

#### F. ENVEJECIMIENTO SOCIAL PATOLÓGICO.

La patología de lo social constituye un campo extraordinariamente complejo habiéndose profundizado solamente en sus aspectos extremos, aquellos en los que la falta de sociabilidad y/o violencia constituye un peligro para el sujeto y para la sociedad: delincuencia, toxicomanía, alcoholismo,

suicidio, etc. El problema fundamental consiste en la carencia de bases sobre las que juzgar la conducta como normal o patológica. Los criterios en una generación se convierte en habitual o muy frecuente en la próxima, provocando una carencia de sustento teórico – práctico, pues: ¿Quién puede arrogarse a la autoridad para juzgar y clasificar a los seres humanos por su conducta?

En la vejez, el diagnóstico de problemas de la sociabilidad tiene como marco teórico dos teorías prevalecientes, la de la actividad, que define como normal para esta etapa de la vida el mantenimiento de las pautas de sociabilidad de la vida adulta, y la desvinculación, que afirma que en la vejez lo normal es una reducción de los contactos sociales.

La sociabilidad patológica o anormal en la vejez, como en la madurez, lleva la etiqueta de la conducta como alienada, desviada, marginada. Empíricamente la frecuencia de tales conductas entre los viejos es menor que en la madurez: existen entre los viejos menos delincuentes revolucionarios extremos, alteradores del orden social, aunque sea mayor el número de suicidas. Las fuerzas físicas son menores, los estímulos psíquicos disminuyen y la experiencia enseña al viejo que resulta más difícil luchar contra el sistema que adaptarse a él. El proceso universal para la mayor parte de las personas desemboca con el pasado del tiempo en un mayor conservadurismo y menos conductas sociales que pongan en peligro o intenten cambiar el orden social existente.

La excepción al conservadurismo general, consiste en la creciente militancia política y social de las personas mayores para la defensa del colectivo de la edad; existen realmente pocos a diferencia de los adultos mayores solitarios, aletargados en un estado de falta de sociabilidad asimilable a una patología de lo social, y se basa en el hecho de que a mayor edad, menor número de miembros de su generación sobreviven. Aparece entonces la sensación de soledad generacional, al comprobar que desaparecen las personas con las que se habían vivido experiencias comunes: educación, servicio militar, ocupación, trabajo, ocio, etc.

Debido a ello, resulta muy importante el contacto intergeneracional no competitivo en el núcleo familiar, buscando actividades comunes de interés para ambas generaciones.

## 1. DISCRIMINACIÓN.

Cuando los prejuicios<sup>17</sup> en torno a la ancianidad llevan a tratar negativamente a las personas de edad en cualquiera de sus roles sociales, aparece la discriminación. Presente en todas las sociedades, consiste en la falta de igualdad de oportunidades por alguna característica personal, sexo, edad, raza, clase de origen, etc.

---

<sup>17</sup> Prejuicio: “Juicio no verificado o anticipación de juicio en virtud de esquemas aceptados por la tradición común, sin tener un conocimiento cabal de ellos...” (Sánchez, 1989).

La discriminación por la edad es frecuente en sociedades que se basan en valores jóvenes, características de las sociedades industriales desarrolladas en las que no se han diseñado roles para las personas de edad.

Un caso extremo de discriminación por edad, a la inversa, tiene lugar cuando los propios viejos excluyen voluntariamente a personas de otras edades de sus relaciones sociales, comunidades residenciales o de ocio de jubilados a las que solo se tiene acceso a partir de cierta edad. Tal situación segregadora debe respetarse como ejercicio libre de voluntad de los implicados, pero reduce la posibilidad de contactos sociales fructíferos entre las diferentes generaciones y limita las posibilidades de integración social. El resto de la sociedad no permanece indiferente y las limitaciones al contacto social las acaban acusando las personas de edad, al fomentar el estereotipo de que los viejos constituyen un grupo segregado y segregante del resto de la sociedad.

Las actitudes del resto de la sociedad, respecto a la vejez varían mucho según cuál haya sido su experiencia con personas de edad, y la percepción social creada por una divulgación de prejuicios, como lo es el "viejismo", fruto de la acumulación de opiniones socialmente negativas, los gerontólogos han argumentado que se retoma como racismo, esto es, reacciones negativas frente a la edad; supone un prejuicio activo, no basado en hechos, sino en el desconocimiento y la deformación de las posibilidades potenciales, de los viejos en la sociedad contemporánea, este, constituye un primer paso hacia la discriminación real de los mayores en la sociedad.

Como en otras manifestaciones de la discriminación social, los ancianos pueden reaccionar oponiéndose a la visión negativa del viejismo, ó aceptándola. La mayoría acepta neutralmente las discriminaciones, debido a limitaciones personales o al escepticismo sobre la acción, reivindicativa para cambiar la realidad. La situación peor sucede cuando el adulto mayor acepta los prejuicios del viejismo y los incorpora a la visión personal de su potencial<sup>18</sup>.

El viejismo no combatido puede originar la gerontofobia u odio a la vejez, que aunque no se manifieste abiertamente se halla implícita en diversas reacciones sociales, legales, económicas y políticas.

La repetición de actitudes negativas lleva al etiquetaje, estereotipo o estigmatización social, proceso que impone al sujeto o grupo afectado, una definición negativa sin base real.

## 2. MITOS Y PREJUICIOS.

Resulta útil destacar los grandes temas de la vejez puesto que abunda la confusión entre hechos científicos y mitos de la opinión pública; hemos mencionado acerca de la importancia de los medios de comunicación, en su

---

<sup>18</sup> A esto se le denomina según la visión sociológica: "*Profecía que se auto cumple*" (Watzlawick, 1993).

papel de la divulgación de prejuicios hacia la vejez y sus consecuencias. Los mensajes se hallan deformados por los intereses que rigen la selección de noticias y por el desconocimiento de los auténticos hechos. Se comparan a continuación, concepciones erróneas sobre la vejez abundante en los medios de comunicación y en las opiniones de la sociedad.

A medida que se conocen más los distintos factores que configuran el envejecimiento, mayores interrogantes se plantean y aparecen nuevas patologías individuales y sociales peculiares al fin del segundo milenio, y para las que no se posee un marco de referencia histórico. A continuación se detallan cuatro aspectos conflictivos de la vejez hoy en día: definición, aptitudes, etapa vital y trabajo, y en cada uno se enuncia el mito habitual y el hecho objetivo que lo contradice y modifica, (Moragas, 1998).

En cuanto a **DEFINICIÓN:**

**MITO:** *La vejez comienza a los 65 años.*

El considerar viejo a toda persona de más de 65 años, tiene una explicación arbitraria y poco racional. La definición de la vejez a través de la edad cronológica ha dejado paso a una concepción individualizada de lo que supone ser persona mayor a finales del siglo XX. Actualmente aparte de la edad, cuentan otras características personales como estado físico, enfermedades, historia personal y profesional, equilibrio familiar y social, de tal forma que se valora a la persona en su complejidad y no solo por una variable histórica importante, pero no determinante de la capacidad vital individual; por lo que es una realidad:

***“La vejez no comienza a una edad cronológica uniforme sino variable e individualizada”.***

En cuanto a **APTITUDES:**

**MITO:** *Los viejos se hallan muy limitados en sus aptitudes.*

Lo dicho parece un replanteamiento del viejo problema de la psicología elemental: se presenta a dos personas una botella con líquido hasta la mitad; el observador optimista opina: esta medio llena, y el pesimista responde: esta medio vacía, ¿Quién tiene la razón?, los dos pues ambos opinan subjetivamente respecto a un hecho. Lo mismo sucede con la vejez; si se consideran las facultades que la persona tenía cuando era joven, probablemente se llegará a la conclusión de que actualmente tiene bastantes limitaciones, pero si se tienen en cuenta las facultades residuales y posibilidades vitales la situación varía, como lo son en:

**a) Aptitudes biológicas:** Digamos que el envejecimiento existe pero no es una enfermedad, ni tiene que ser limitante. La vejez es una etapa de la vida que puede ser tan sana como otras, los órganos y tejidos están afectados por

el paso del tiempo, los organismos pueden deteriorarse poco a poco, pero no por ello se caracterice como una enfermedad.

**b) Aptitudes psíquicas:** Las limitaciones psíquicas de los viejos se han reflejado tradicionalmente en etiquetas poco demostradas científicamente y basadas en el prejuicio popular de la pérdida acelerada de las facultades mentales. La capacidad de aprendizaje en el pasado se consideraba inexistente, pero actualmente gracias a los talleres dentro de los grupos de tercera edad, el aprendizaje de nuevos oficios después de la jubilación y procesos de reciclaje industrial, se ha comprobado que los adultos mayores pueden aprender con facilidad y que su motivación, resulta con frecuencia superior a las generaciones jóvenes. Al refrán "*genio y figura, hasta la sepultura*", habría que añadir: "*según el medio ambiente*", confirmando lo que la ciencia descubre; ya que el medio social influye sobre la personalidad del viejo. Los viejos exhibirán la personalidad que el medio les permita siendo negativas sino se les acoge y siendo positivas cuando encuentren un ambiente propicio.

**c) Aptitudes sociales:** En una sociedad influida por los valores de la juventud: belleza, poder económico, actividad y fuerza física, etc. El viejo carece de ellos, y de ahí la marginación que sufre; ya que mientras se mantengan los actuales valores basados en el poder material y político, conseguidos a través de la acción, los viejos no tienen muchas posibilidades de alcanzar un estatus elevado.

Otro mito social se refiere a la limitación del anciano en su capacidad de relación, debido más a las barreras impuestas por la sociedad que a las originadas en el propio viejo. Se requiere rediseñar el rol social de la persona adulta mayor y reconocer que constituye un recurso de la comunidad y que, como tal, puede y debe ser utilizado; por lo que es una realidad:

***"Los viejos poseen muchas posibilidades".***

En cuanto a **ETAPA VITAL:**

**MITO:** *La vejez es una etapa totalmente negativa.*

El desarrollo humano comienza al nacer y no cesa hasta la muerte, variando en cada etapa sus tipos y manifestaciones y las reacciones individuales y sociales. La persona constituye un ser en proceso de crecimiento o desarrollo que se va completando con la experiencia vital en todas sus facetas.

Si la sociedad valora únicamente el desarrollo fisiológico, son evidentes las limitaciones del viejo, pero si ésta aprecia la calidad psíquica y social, entonces existen muchas oportunidades para los viejos.

La experiencia más importante que la persona mayor posee no radica en sus conocimientos técnicos que los jóvenes poseen en mayor cantidad, sino en el conocimiento de los problemas psíquicos y sociales que el viejo posee por el

mero hecho de haber vivido. El tendrá, por su experiencia, posibles respuestas para los temas contemporáneos de crisis individual, dialogo entre generaciones, conflicto entre grupos y tantos otros problemas psicosociales actuales. El mito de la vejez como etapa negativa se basa en supuestos inciertos; la mayoría de las personas adultas mayores, no se hallan limitadas, ni sus vidas son negativas y dependientes.

La vejez constituye una etapa vital que puede tener elementos de desarrollo personal, aunque este desarrollo vaya en dirección contraria a los valores predominantes en la sociedad actual: fuerza, trabajo, poder económico y político. Por lo que es una realidad que:

***“La vejez es una etapa vital muy peculiar”.***

En cuanto a **TRABAJO**:

**MITO:** *La productividad del adulto mayor trabajador es menor, con mayor ausentismo, provocando más accidentes.*

Es un hecho que existe disminución de la fuerza y resistencia muscular, pero la mayoría de los trabajos actuales tienen exigencias que pueden satisfacer la mayoría de las personas sanas hasta los 60 o más años. El tiempo de reacción del viejo en el trabajo es mayor pero su experiencia compensa sobradamente esta limitación. Así que, los trabajadores de edad poseen menos índices de ausentismo y accidentalismo que los jóvenes; aparentemente por la mayor motivación para mantenerse en el puesto de trabajo, por las dificultades que experimentaría si lo perdiera, la mayor experiencia para evitar peligros que conoce y valores de estabilidad que los trabajadores actuales no comparten. Por lo que es una realidad que:

***“Los adultos mayores presentan mayor responsabilidad y dedicación laboral”.***

### 3. MALTRATO.

El adulto mayor es una víctima fácil y frecuente de maltrato y violencia. Se considera maltrato: toda acción intencionada o encomendada, así como toda actitud pasiva, negligente o por omisión, que lesione o pueda lesionar potencialmente al adulto mayor, interfiriendo su óptimo desarrollo desde el punto de vista físico, psicológico, emocional y sobre todo, como un ser social; en cualquier caso subyace en el maltrato la pérdida de sus derechos.

El maltrato puede ocurrir en cualquier situación y someterse por cualquier persona de confianza, o familiares que sostienen una relación significativa intensa, y frecuente con la víctima, o, en las instituciones de atención a la vejez, en donde el personal está mal capacitado, mal pagado, sin

supervisión y sobrecargado de trabajo. El maltrato del viejo es una conducta destructiva con efectos nocivos, de carácter físico, psicológico, sexual, social y económico. Capaz de producir un gran sufrimiento, lesiones, dolor, pérdida, violación de los derechos humanos y deterioro de la calidad de vida.

La persona que maltrata tiende a estar abrumadora por la cantidad de cuidados que debe proporcionar, sumados a sus necesidades propias y problemas individuales, generando dependencia a sustancias, aislamiento, depresión y deterioro de la salud propia, por lo que requieren de ayuda y comprensión.

#### a. FACTORES DESENCADENANTES.

Entre los principales factores que conducen al maltrato en el adulto mayor, se pueden mencionar los siguientes: debido al estrés generadas por el ritmo de trabajo, las presiones por problemas económicos, una muerte en la familia, la carga que involucra cuidar a un enfermo pueden generar frustración y enojo que favorecen la violencia, por ejemplo: el deterioro cognoscitivo demanda una exigencia abrumadora en la atención y cuidados que deben darse al paciente, siendo un factor decisivo en el desarrollo de las conductas de maltrato, ya que el duelo interminable al irse desintegrando la personalidad del enfermo, produce una gran sensación de frustraciones e impotencia, en donde el ser querido "parece ya no ser el mismo"; existen 3 factores de riesgo importantes.

a) Dependencia: Cuando la familia depende de los miembros viejos ya sea en lo material (*casa, dinero, etc.*), en el plano emocional o para cubrir cualquier otra necesidad, el hecho de tener que depender, puede generar resentimiento, predisponiendo al cuidador a conductas abusivas. De la misma manera, cuanto más dependencia tiene el enfermo de sus cuidadores, más se incrementa el riesgo de maltrato; incluso se genera interdependencia.

b) Psicopatológica: Los cuidadores que exhiben maltrato han requerido atención médica por problemas psiquiátricos previos (*psicosis, depresión, fármaco dependencia, etc.*), los padres viejos de estos pacientes acceden a cuidarlos y, posteriormente, la interdependencia en el cuidado de ambos genera violencia y problemas de alta complejidad.

c) Violencia transgeneracional: Hay familias que durante todo su ciclo vital tienen una historia de violencia, por ejemplo: en el caso de matrimonios de viejos, el maltrato puede tener un origen temprano en lo individual en la vida como de pareja y continuar hasta avanzado el tiempo, como venganza o autoprotección y puede tomar matices increíbles y hasta inhumanos, complicados por cuestiones económicas, especialmente en aquella generación donde la mujer aceptaba la sumisión como un patrón social reconocido. En otros casos, los hijos adultos y otros parientes pueden participar en forma similar después de una mala relación intrafamiliar.

#### b. TIPOS DE MALTRATO

Los tipos de maltrato pueden variar, desde actos espontáneos e "inocentes" o extremos (*abandono o amenaza de muerte*), hasta el abuso sistemático y premeditado. Se incluyen actos de comisión (*maltrato*) y omisión (*descuido o negligencia*) intencionales o involuntarios, muchos de ellos por ignorancia o por falta de conocimiento sobre el proceso de envejecimiento; pero también por pereza o con crueldad deliberada. Algunos de estos actos constituyen delitos penales, otros tantos ni siquiera están reconocidos en la ley, a pesar de que son turnados a la policía y al ministerio público donde el personal no está ni informado ni capacitado.

#### 1) Maltrato físico.

Son agresiones que dañan la integridad corporal y que se realizan con la intención de provocar dolor, lesiones, o ambas. Entre ellas se califican los empujones, cachetadas, cortes, quemaduras, ataduras, agresiones; incluye golpear, herir, forzar, restringir, zarandear, no alimentar, omitir o dar medicamentos en exceso; algunos familiares que asumen el cuidado de un adulto mayor, por obligación o por culpa, no proporcionan las condiciones materiales mínimas de dignidad ni comodidad en el alojamiento.

Las lesiones que se encuentran con más frecuencia son: los moretones, huesos rotos, heridas en varias partes del cuerpo en diferentes etapas de cicatrización, quemaduras inexplicables, especialmente por cigarrillos, daños en el área genital. Otros tipos de maltrato físico como la fatiga constante, la angustia y expresión de miedo, insomnio, indiferencia al medio, la falta de supervisión y abandono por largo tiempo especialmente en actividades o momentos de riesgo (*cocinar, salir a la calle, tomar medicamentos*), la falta de higiene y arreglo inadecuado y hambre constante, entre otros.

#### 2) Maltrato psicológico.

Son aquellos actos que producen malestar mental o emocional en la persona mayor. Se manifiesta mediante agresiones verbales, amenazas, intimidaciones, humillaciones, ridiculización o cualquier otra conducta desagradable.

Se muestra también mediante insultos, actitud impositiva, permanecer en silencio, ignorar a la persona, rechazo, críticas, regaños. Infantilizar el trato hacia la persona mayor que es una forma de aversión al envejecimiento, un tono paternalista que provoca en el adulto mayor, un rol pasivo y dependiente. Este tipo de maltrato puede ser muy difícil de descubrir, ya que hay una gran variabilidad y diferencia entre distintos grupos étnicos y sociales, por lo que se define pena, angustia o vergüenza. En cuanto al área emocional: suele haber intimidación, humillación, segregación, chantaje, limitar la libertad de elección, restarle dignidad, privacidad o cualquier otro derecho humano.



Las manifestaciones de ello incluyen retraimiento social, depresión, desordenes de ansiedad o conductuales que pueden desencadenar destructividad, negativismo, enojo, fobias y perder el gusto y placer por la vida.

### 3) Abuso sexual.

Se refiere a cualquier forma de intimidad sexual sin el consentimiento por fuerza o bajo amenaza. Nos deben alertar manifestaciones como dificultad para caminar o para sentarse, rasgones y manchas de sangre en la ropa interior, dolor, comezón, inflamación en el área genital o manifestaciones de enfermedad venérea.

### 4) Maltrato y abandono emocional.

El maltrato emocional se define como la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción (*desde la evitación hasta el encierro y confinamiento*), por parte de cualquier miembro del grupo familiar.

El abandono emocional se define como la falta persistente de respuesta a la señales (*como el llanto y la sonrisa*), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciados por el adulto mayor, y al falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura estable del núcleo familiar.

### 5) Abuso patrimonial.

Se refiere al mal uso o explosión del dinero o las posiciones del adulto mayor, así como el bloqueo de acceso a dichos bienes que implican daños, pérdidas, transformaciones, sustracciones, destrucciones, retenciones o falsificaciones de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las personas mayores. Un ejemplo típico de este caso, es la utilización de la pensión o jubilación del adulto mayor (*o una parte de ella*), en beneficio propio, así como la apropiación de bienes, muebles o inmuebles mediante fraude, engaño o amenazas.

### 6) Negación de derechos.

Estos son actos que incluyen el confinamiento o cualquier otra interferencia con la libertad personal como por ejemplo: la negación de conceder intimidad al viejo o a la toma de decisiones, aislamiento de los amigos y de la información proporcionada por los medios de comunicación.

También se incluye el aislamiento en un edificio separado o de una parte remota y aislada de un inmueble común.

#### 7) Negligencia o abandono.

Es la no administración de los cuidados o supervisión necesarios respecto a la alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos. Entre los ejemplos se señala el dejar solo a un viejo que no puede valerse por sí mismo, consulta tardía, recurrencia o agudización de enfermedades por desatención y la exclusión forzada o mediante engaños del viejo del hogar para dejarlo en instituciones o en la calle.

#### 8) Maltrato social.

El medio, la actitud negativa y los prejuicios hacia el envejecimiento en la sociedad producen infinidad de atropellos hacia el adulto mayor, por ejemplo: no ceder el paso o los asientos reservados, empujones en la calle, inseguridad y asaltos, burlas, ignorar su presencia o solicitud de servicios, impaciencia y segregación, entre otros. Simplemente pareciera que no son parte de la sociedad y que se abusa de la vulnerabilidad del viejo.

#### 9) Restricciones físicas, químicas y psicológicas.

La utilización de este tipo de restricciones en medios hospitalarios, asilos y en el domicilio puede no sólo llevar a diferentes tipos de maltrato, sino que son un atentado contra la dignidad de la persona y de hecho causan más problemas que soluciones. En México, con mucha frecuencia se observa en las instituciones hospitalarias, entre el personal de salud que no se ha adentrado en el estudio de la vejez se tiende a racionar los servicios a los viejos y a "*satánizar*" a los familiares y cuidadores poco cooperativos que, bajo el pretexto de que otros deben hacerse responsables de la pesada carga del cuidado, abandonan al adulto mayor, sin buscar las raíces del maltrato y abandono.

### G. EN DEFENSA DE SUS DERECHOS.

Toda sociedad se encuentra estructurada en diversas instituciones fundamentadas por la ley o por la costumbre; en toda institución existen elementos de organización y de expresión de quienes la crean; encontramos pues aspectos de la organización, técnicas como el material contenido en los textos legales que la reglamentan, así como también, aspectos relativos al sistema de creencias, vigentes en nuestra sociedad, plasmadas en leyes y derechos.

Las personas de la tercera edad forman parte del grupo vulnerable, ya que no todos cuentan con la capacidad de satisfacer sus necesidades, y por lo general viven en una situación de inseguridad social y económica, la facilidad con que se ve afectada su salud, la falta de educación y la capacidad que presenta la mayoría de satisfacer sus necesidades de salud, alimentación, vivienda, por lo que cuando se presentan situaciones a nivel social ó individual que afectan su integridad, tienen muy pocos recursos de toda índole para enfrentarlos de manera favorable, como sería el caso de las crisis económicas

que presentan como grupo vulnerable, poca o nula incapacidad de defenderse de aquellos agentes que atentan en contra de su integridad física, mental ó moral, o son discriminados. En este aspecto es donde los Derechos Humanos juegan un papel importante en defensa de este grupo vulnerable.

## 1. LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL DISTRITO FEDERAL.

La ley fue elaborada por la Comisión de Atención a la Tercera Edad, Pensionados y Jubilados de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, a partir de las iniciativas presentadas por el Partido Verde Ecologista de México, el Partido Revolucionario Institucional y el Partido de la Revolución Democrática; fue aprobada por unanimidad de votos el 30 de diciembre de 1999 y es publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de marzo del año 2000.

### DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1: Esta ley tiene por objeto proteger y reconocer los derechos de las personas de 60 años de edad en adelante, sin distinción alguna, para propiciarles una mejor calidad de vida y su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural.

Artículo 2: Toda persona de 60 años de edad en adelante, sin distinción alguna, gozará de los beneficios de esta ley. La responsabilidad de vigilancia, seguimiento y aplicación de esta ley estará a cargo de:

- El Jefe de Gobierno del Distrito Federal, las secretarías y demás dependencias que integran la administración pública.
- La familia del Adulto Mayor.
- Los ciudadanos y la sociedad civil organizada.

Artículo 3: Se entenderá por personas Adultas Mayores, aquellas que cuentan con 60 años ó más de edad y que se encuentran domiciliadas o de paso en el Distrito Federal, contemplándose en diferentes condiciones:

- A) Independiente: Aquella persona apta para desarrollar actividades físicas y mentales sin ayuda permanente o parcial.
- B) Semidependiente: Aquella persona a la que sus condiciones físicas y mentales aún le permiten moverse por si misma, aún con ayuda permanente y/o parcial.
- C) Dependiente absoluto: Aquella persona con una enfermedad crónica o degenerativa por la que requiere ayuda permanente total o canalización a alguna institución de asistencia.
- D) En situación de riesgo o desamparo: Aquellas personas que por problemas de salud, abandono, carencia de apoyos económicos, familiares, contingencias ambientales o desastres naturales, requieren de asistencia y protección del Gobierno del Distrito Federal y de la sociedad organizada.

## PRINCIPIOS Y DERECHOS

Artículo 4: Son principios rectores en la observación y aplicación de esta ley:

- I. Autonomía y Autorrealización: Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultos mayores tendientes a fortalecer su independencia personal, su capacidad de decisión y su desarrollo personal.
- II. Participación: En todos los casos de la vida pública, y en especial en lo relativo a los aspectos que les atañen directamente, deberán ser consultados y tomados en cuenta y se promoverá su presencia e intervención.
- III. Equidad: Consiste en el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción por sexo, situación económica, raza, credo, religión o cualquier otra circunstancia.
- IV. Corresponsabilidad: Para la consecución del objeto de esta ley, se promoverá la concurrencia de los sectores público y social y en especial de las familias con la actitud de responsabilidad compartida.
- V. Atención diferenciada: Es aquel que obliga a los órganos locales del Gobierno del Distrito Federal a implementar programas acordes a las diferencias de las personas adultas mayores.

## DE LOS DERECHOS

Artículo 5: Esta ley reconoce a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

A) De la integridad y dignidad:

- I. A la vida con calidad; siendo obligación de las familias, de los órganos locales del Gobierno del Distrito Federal, y de la sociedad en general, garantizar a las personas adultas mayores su sobrevivencia, así como el acceso a los mecanismos necesarios para ello.
- II. A la no discriminación.
- III. A una vida libre de violencia.
- IV. A ser respetados en su persona, en su integridad física, psicoemocional y sexual.
- V. A ser protegidos contra toda forma de explotación.
- VI. A recibir protección por parte de su familia, órganos locales de Gobierno y sociedad.
- VII. A gozar de oportunidades en atención a las condiciones de las personas adultas mayores, que les faciliten el ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad.
- VIII. A vivir en entornos seguros, dignos y decorosos, que cumplan con sus necesidades y requerimientos.

B) De la certeza jurídica y familiar:

- I. A vivir en el seno de una familia o a mantener relaciones personales y contacto directo con ella, aún en el caso de estar separados, salvo si ello es contrario a sus intereses.
- II. A expresar su opinión libremente, conocer sus derechos y a participar en el ámbito familiar y comunitario; así como en todo procedimiento administrativo o judicial, que afecte sus esferas personal, familiar y social.
- III. A recibir un trato digno y apropiado cuando sea víctima, o bien cometa cualquier tipo de ilícito o infracción.
- IV. A recibir el apoyo de los órganos locales de Gobierno en lo relativo al ejercicio y respeto de sus derechos, a través de las instituciones creadas para tal efecto.
- V. A contar con asesoría jurídica gratuita con un representante legal cuando lo considere necesario, poniendo especial cuidado en la protección de su patrimonio personal y familiar.

C) De la salud y alimentación:

- I. A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales, para su atención integral.
- II. A tener acceso a los servicios de salud, con el objeto de que goce de bienestar físico, mental, psicoemocional y sexual, para mejorar su calidad de vida y la prolongación de esta.
- III. A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.

D) De la educación, recreación, información y participación:

- I. De asociarse y reunirse.
- II. A recibir información sobre las instituciones que prestan servicios para su atención integral.
- III. A recibir educación.
- IV. A participar en la vida cultural, deportiva y recreativa de su comunidad.

E) Del trabajo:

- I. A gozar de oportunidades igualitarias de acceso al trabajo o de otras posibilidades de obtener un ingreso propio, así como a recibir una capacitación adecuada.

F) De la asistencia social:

- I. A ser sujeto de programas de asistencia social cuando se encuentre en situación de riesgo o desamparo que garanticen su atención integral.

## DE LAS OBLIGACIONES DE LA FAMILIA

Artículo 6: La familia deberá de manera constante y permanente hacerse cargo de cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, conociendo sus necesidades y proporcionándoles los elementos necesarios para su atención integral.

Artículo 7: El hogar es el lugar ideal para que la persona adulta mayor permanezca; y solo en caso de enfermedad, decisión personal o causas de fuerza mayor, podrá solicitar su ingreso en alguna institución de asistencia pública o privada, dedicada al cuidado de las personas adultas mayores.

Artículo 8: La familia tendrá las siguientes obligaciones:

- I. Otorgar alimentos de conformidad con lo establecido en el Código Civil<sup>19</sup>.
- II. Fomentar la convivencia familiar cotidiana, donde la persona adulta mayor participe activamente, promoviendo al mismo tiempo los valores que incidan en sus necesidades afectivas, de protección y de apoyo.
- III. Conocer los derechos de las personas adultas mayores.
- IV. Evitar que alguno de sus integrantes cometa cualquier acto de discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia o actos jurídicos que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos.

Artículo 9: La Secretaría de Desarrollo Social, a través del DIF-DF, deberá tomar las medidas de prevención o provisión para que las familias participe en la atención de las personas adultas mayores en situación de riesgo o desamparo.

## DE LAS FACULTADES Y OBLIGACIONES DE LAS AUTORIDADES

Artículo 10: Corresponde al Jefe de Gobierno del Distrito Federal, con relación a las personas adultas mayores:

- Realizar, promover y alentar los programas de asistencia, protección, provisión, prevención, participación y atención.
- Concertar con la Federación, Estados y Municipios, sectores social y privado, que se requieran para la planeación y ejecución de los programas.

---

<sup>19</sup> El Código Civil establece que: Se considera como alimentos la comida, el vestido y la asistencia médica; y la obligación de dar alimentos a las personas adultas mayores es de:

- I. De los hijos e hijas; si no hay hijos ni hijas o estos no pueden, están obligados y obligadas las nietas o los nietos; si no los hay o no pueden, están obligados y obligadas los y las bisnietas.
- II. A falta de los anteriores, en segundo lugar, la obligación de dar alimentos es de los hermanos y las hermanas de padre y madre; a falta de hermanos y hermanas carnales, la obligación es de los medios hermanos o medias hermanas de madre y en caso de la falta de estos, la obligación es de los medios hermanos y hermanas de padre.
- III. Faltando cualquiera de los hermanos o hermanas, la obligación de dar alimento a las personas adultas mayores, en tercer lugar, es de los tíos y tías o de los sobrinos y sobrinas. Si no es posible, entonces la obligación es de los primos y primas o de los hijos e hijas de los sobrinos de las personas adultas mayores.

- Promover, fomentar, difundir y defender el ejercicio de sus derechos.
- Fomentar la atención integral, la estabilidad y el bienestar familiar.
- Implementar, en coordinación con las instancias competentes, las medidas de seguridad pública y protección civil en los centros educativos, culturales y recreativos y acciones preventivas con la participación de la comunidad.

## DE LA SECRETARÍA DE GOBIERNO

Artículo 11: Corresponde a la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal:

- I. Implementar programas que promueven el empleo, tanto en el sector público como privado, para las personas adultas mayores.
- II. En coordinación con la Secretaría de desarrollo Económico, impulsar programas de auto empleo para las personas adultas mayores a través de apoyos financieros, capacitación y creación de redes de producción, distribución y comercialización.
- III. Proporcionar asesoría jurídica y representación legal a través del personal capacitado a personas adultas mayores

Artículos 12, 13 y 14: Corresponde a la Secretaría de Salud del Distrito Federal:

- Garantizar el acceso a la atención médica en las clínicas y hospitales con una orientación especializada para las personas adultas mayores.
- Proporcionarles una cartilla médica de auto cuidado que será utilizada indistintamente en las instituciones públicas y privadas.
- En coordinación con el DIF-DF, implementar programas con el objeto de proporcionar los medicamentos que necesiten para mantener un buen estado de salud.
- Fomentar la creación de redes de atención en materia de asistencia médica, cuidados y rehabilitación.
- Fomentar la creación y capacitación de auxiliares de personas adultas mayores que los atiendan<sup>20</sup>.

Artículos 15, 16, 17, 18, 19 y 20: Corresponde a la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal:

- Coordinar e implementar acciones para promover la integración social de las personas adultas mayores y para brindarles los servicios de asistencia social y atención integral a las personas adultas mayores en situación de riesgo o desamparo.
- Promover la coordinación con las instituciones federales y locales de salud y educación, para implementar programas de sensibilización y capacitación

---

<sup>20</sup> Los auxiliares de personas adultas mayores estarán capacitados en primeros auxilios y terapias de rehabilitación y podrán asistirle en la toma de medicamentos y alimentos; así como en su movilización si así se requiere.

con objeto de favorecer la convivencia familiar con las personas adultas mayores.

- Las delegaciones promoverán la coordinación con la Federación y con instituciones educativas para implementar políticas y programas de educación y capacitación para las personas adultas mayores.
- En coordinación con las delegaciones, se implementarán programas de estímulos e incentivos a las personas adultas mayores que estudien.
- Se implementarán programas a efecto de crear y difundir entre la población en general y las familias, la cultura de dignificación, respeto e integración a la sociedad de las personas adultas mayores.

Artículos 21, 22 y 23: Corresponderá al Instituto de Cultura del Distrito Federal:

- Estimular a las personas adultas mayores, a la creación y al goce de la cultura y facilitar el acceso a la expresión.
- Promover ante las instancias correspondientes que en los eventos culturales organizados en el Distrito Federal se propicie la accesibilidad y la gratuidad o descuentos especiales.
- Diseñar programas culturales para efectuar concursos en los que participen exclusivamente personas adultas mayores.

Artículo 24: Las personas adultas mayores tienen derecho a participar de manera activa en las festividades cívicas y tradicionales que se celebren en su comunidad.

Artículo 25: La persona adulta mayor tiene la opción de integrarse a las actividades para la población en general o a las específicas para ellos.

#### DE LA SECRETARÍA DE TURISMO

Artículo 26: La Secretaría de Turismo del Distrito Federal, en coordinación con la Secretaría de Desarrollo Social, promoverán actividades de recreación y turísticas diseñadas para las personas adultas mayores.

Artículo 27: Para garantizar el derecho a la recreación y turismo, la Secretaría de Turismo del Distrito Federal, difundirá permanentemente a través de los medios masivos de comunicación las actividades que se realizan a favor de las personas adultas mayores.

#### DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL DISTRITO FEDERAL

Artículo 28: Corresponde al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal:



- Proporcionar en forma gratuita los servicios de asistencia y orientación jurídica, en especial aquellos que se refieren a la seguridad de su patrimonio, en materia de alimentos y testamentaria.
- Realizar programas de prevención y protección para las personas adultas mayores en situación de riesgo o desamparo, para incorporarlos al núcleo familiar o albergarlos en instituciones adecuadas.
- Contribuir con la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal en la atención y tratamiento de las personas adultas mayores víctimas de cualquier delito.
- Impulsar y promover el reconocimiento y ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores.
- Promover, mediante la vía conciliatoria, la solución a la problemática familiar, cuando no se trate de delitos o infracciones.
- Recibir quejas, denuncias e informes sobre la violación de los derechos de las personas adultas mayores, haciéndolo del conocimiento de las autoridades competentes y de ser procedente ejercitar las acciones legales correspondientes.
- Denunciar ante las autoridades competentes, cuando sea precedente, cualquier caso de maltrato, lesiones, abuso físico o psíquico, sexual, abandono, descuido o negligencia, explotación y en las personas adultas mayores.
- Vigilar que las instituciones presten el cuidado y atención adecuada a las personas adultas mayores, respetando sus derechos, a través de mecanismos de seguimiento y supervisión.
- Establecer programas de apoyo a las familias para que la falta de recursos no sea causa de separación de las personas adultas mayores.

#### DEL CONSEJO ASESOR PARA LA INTEGRACIÓN, ASISTENCIA, PROMOCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Artículo 29: Se crea el Consejo Asesor, para la integración, asistencia, promoción y defensa de los derechos de las personas adultas mayores, como órgano honorario de consulta, asesoría y evaluación de acciones de concertación, coordinación, planeación y promoción necesarias para favorecer la plena integración y desarrollo de las personas adultas mayores.

Artículo 30: El Consejo estará integrado por el titular de:

- La Jefatura de Gobierno, quien fungirá como Presidente del Consejo.
- La Secretaría de Desarrollo Social, quien fungirá como Secretario Técnico.
- La Secretaría de Gobierno.
- La Secretaría de Salud.
- La Procuraduría Social.
- El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal.
- Dos diputados de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, de las comisiones relacionadas con la materia.
- Nueve representantes de organizaciones sociales, privadas o ciudadanos que se hayan destacado por su trabajo y estudio en la materia.

Artículo 31: El Consejo tendrá las siguientes funciones:

- I. Propiciar la colaboración y participación de instituciones públicas y privadas en acciones que la Administración Pública emprenda para la atención integral de las personas adultas mayores.
- II. Proponer la realización de estudios que contribuyan a mejorar la planeación y programación de las medidas y acciones para elevar la calidad de vida de las personas adultas mayores.
- III. Participar en la evaluación de programas para la población de personas adultas mayores; así como proponer a las instituciones encargadas de estos programas, los lineamientos y mecanismos de ejecución.
- IV. Fomentar la elaboración, publicación y distribución de material informativo para dar a conocer la situación de la población de personas adultas mayores en el Distrito Federal, alternativas de participación, solución de problemas y mejora de servicios y programas.
- V. Proponer la participación ciudadana en actividades y proyectos dirigidos a la plena integración de las personas adultas mayores en la vida económica, política, social y cultural.
- VI. Proponer mecanismos de concertación y de coordinación en materia de desarrollo social.
- VII. Elaborar un informe anual que se remitirá a las Comisiones de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal para su conocimiento.

Artículos 32, 33, 34 y 35: Para el mejor desempeño de sus funciones, el Consejo deberá organizar grupos de trabajo, bajo la coordinación de la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal.

Artículo 36: Deberán formarse consejos de personas de adultos mayores en cada demarcación territorial para fomentar la participación de la población, y dar a conocer las necesidades y demandas de las personas adultas mayores.

#### DE LAS ACCIONES DE GOBIERNO Y SERVICIOS DEL TRANSPORTE

Artículo 37: La administración Pública del Distrito Federal establecerá programas en los que las personas adultas mayores se beneficien en el uso del transporte público del Distrito Federal, que se ajusten a sus necesidades.

Artículo 38: Las personas adultas mayores, tendrán derecho a obtener tarifas preferenciales o exoneraciones de pago al hacer uso del servicio público de transporte.

Artículo 39: La Secretaría de Transporte y Vialidad del Distrito Federal, proveerá la celebración de convenios de colaboración con los concesionarios para que las unidades de transporte público se ajusten a las necesidades de las personas adultas mayores y se obtengan tarifas preferenciales o exoneraciones de pago al usuario.

## DE LA PROTECCIÓN A LA ECONOMÍA, DESCUENTOS, SUBSIDIOS Y PAGO DE SERVICIOS

Artículo 40: La administración Pública del Distrito Federal, implementará programas de protección a la economía para la población de personas adultas mayores, de tal manera que éstas se beneficien al adquirir algún bien o utilizar algún servicio y se encuentren debidamente informadas para hacer valer este derecho.

Artículo 41: La Administración Pública del Distrito federal, promoverá la celebración de convenios con la iniciativa privada a fin de que se instrumenten campañas de promociones y descuento en bienes y servicios que beneficien a las personas adultas mayores.

Artículo 42: La Administración Pública del Distrito Federal, deberá promover e instrumentar descuentos en el pago de derechos por los servicios que otorga, cuando el usuario o usuaria sea una persona adulta mayor.

## DE LA ATENCIÓN PREFERENCIAL

Artículo 43: Es obligación de todas las autoridades del Gobierno del Distrito Federal, vigilar y garantizar la defensa de los derechos de las personas adultas mayores otorgándoles los tramites y procedimientos administrativos a realizar.

Artículo 44: La Secretaría de Desarrollo Económico del Distrito Federal, promoverá la celebración de convenios de concertación con la iniciativa privada a fin de que la atención preferencial también sea proporcionado en instituciones bancarias, tiendas de autoservicio y otras empresas mercantiles.

## DE LA ASISTENCIA SOCIAL

Artículo 45: Todo individuo que tenga conocimiento de que una persona adulta mayor se encuentra en situación de riesgo o desamparo podrá pedir la intervención de las autoridades competentes para que se apliquen de inmediato las medidas necesarias para su protección y atención.

Artículo 46: La Secretaría de Desarrollo Social en coordinación con el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, promoverá e instrumentará políticas de asistencia social para las personas adultas mayores en situación de riesgo o desamparo.

Artículo 47: Cuando una institución pública, privada o social, se haga cargo de una persona adulta mayor, deberá:

- I. Proporcionar atención integral.
- II. Otorgar cuidado para su salud física y mental.
- III. Fomentar actividades y diversiones que sean de su interés.
- IV. Llevar un registro de ingresos y egresos.

- V. Llevar el seguimiento, evolución y evaluación de los casos atendidos.
- VI. Llevar un expediente personal minucioso.
- VII. Expedir copia del expediente en caso de que sea solicitado por sus familiares o cualquier otra institución que por cualquier causa continúe su atención, con objeto de darle seguimiento a su cuidado.
- VIII. Registrar los nombres, domicilios, números telefónicos y lugares de trabajo de sus familiares.

Artículo 48 y 49: Las instituciones públicas, privadas y sociales que presten servicios a las personas adultas mayores, deberán:

- Garantizar y observar el total e irrestricto respecto a los derechos de las personas adultas mayores señaladas en esta ley.
- Contar con personal que posea vocación, capacidad y conocimientos orientados a su atención y cuidado.

Artículo 50: Todo lo que contravenga lo establecido en la presente ley por las instituciones de asistencia privada se le comunicará a la Junta de Asistencia Privada, a efecto de que actúe en consecuencia.

## 2. REDES DE APOYO.

Red social actualmente es descrita como el conjunto total de relaciones personales con la familia y los amigos mantenida por cada uno de nosotros. Kahn y Antonucci en 1980, han agregado un elemento de desarrollo de todo el ciclo vital a este concepto con el término *CONVOY* el cual es: una red social que se lleva a lo largo del tiempo.

Lo que estas redes proporcionan es un apoyo social, el cual está formado de una compleja combinación de afecto, seguridad y ayuda; muchas expresiones del apoyo social, también pueden considerarse como conductas de vinculación. Las señales verbales y no verbales que empleamos con nuestros objetos de vinculación son formas de comunicar nuestro afecto, nuestro respeto, nuestro amor con respecto a esa persona. Pero el apoyo social también puede llegar en la forma de ayuda financiera, consejo o asistencia física, como institucional a través de leyes y programas de intervención que desempeñen mejoras en el nivel y la calidad de vida del adulto mayor tanto en el mundo como en nuestro país y la comunidad donde habitamos.

Ahora bien, los encuentros sociales también pueden ser importantes, para el bienestar general en los adultos mayores. Palmore (1979), encontró que los viejos con una vejez satisfactoria tendían mucho más a permanecer a algún club o a dedicarse a otras actividades sociales, en comparación con los que tienen un envejecimiento menos satisfactorio, como el de llegar a los 75 años de edad, gozando de buena salud y plenitud.

El papel que desempeñan las redes sociales para ayudar a los adultos mayores a confrontarse al proceso del envejecimiento, es muy claro; un adulto

mayor se enfrenta a una importante transición, a una desvinculación o a otra crisis de la vida y carece de relaciones de apoyo, tiende más a enfermarse o a reprimirse, que alguien que se enfrenta a los mismos tipos de crisis, pero que tiene un "convoy" más completo. Por tal motivo es importante mencionar que la integración de grupos de tercera edad, permitirá el desarrollo social del adulto mayor fortificando la calidad de interacción, así como también el apoyo institucional con la creación de leyes y programas para la continua atención adecuada para el adulto mayor y el ejercicio de sus derechos.

a. ESPIRITUALIDAD.



Fig. 10 En la espiritualidad encontramos paz interior<sup>21</sup>.

En toda sociedad de nuestra época siguen vigentes diferentes religiones que nos han sido legadas culturalmente. Psicológicamente, el hombre antiguo y el actual han sentido la necesidad de creer, de tener confianza en algo o en alguien, y por medio de su fe dar respuesta a las misteriosas interrogantes planteadas; así nos encontramos que histórica y actualmente grandes hombres de ciencia creen en alguna manifestación conceptual de Dios, y tienen depositada su esperanza en esa idea. La tercera edad parece favorecer una apertura especial a la trascendencia, por lo que el adulto mayor no debe dejar que la apatía y el cansancio lo detengan en su camino espiritual. Cobra vital importancia el ejercicio religioso de los viejos en forma de testimonio de vida, puesto que son los testigos de la tradición de fe, maestros de vida y agentes de caridad, y la iglesia y/o templo es el espacio abierto a la acción y colaboración de los mismos viejos.

b. APOYO FAMILIAR.

---

<sup>21</sup> Fotografía tomada por la autora de la Tesina (+Sr. Hilarión Andalon Neira).



Fig. 11 Una de las redes de apoyo es la Familia, la cual nos brinda seguridad y nos enseña como enfrentarnos al mundo<sup>22</sup>.

La familia es una de las instituciones actuales más antiguas, tan antigua como la propia humanidad, que ha existido en diferentes modos y formas, y que se desarrolla y adapta a las condiciones de la vida, en un determinado tiempo y lugar.

La palabra familia deriva de la raíz latina "*famulus*", que significa servicio, en el lenguaje cotidiano, la palabra familia puede designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, como el matrimonio o bien, una agrupación en la que se establecen redes de interacción personales positivas, que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir "como en familia". En la cultura occidental, la familia deja de ser únicamente un conjunto de individuos relacionados entre sí para transformarse en la unidad básica integrada por un hombre, una mujer y los hijos, con lazos especiales para vivir juntos y con un potencial para desarrollarse y comprometerse.

En las últimas décadas, para conocer el grado de bienestar del viejo, se ha puesto una mayor atención en las formas de apoyo social, entre las que más destacan son los apoyos familiares.

Las necesidades de cuidado por enfermedades crónicas, la dependencia económica, el deterioro mental, y la atención emocional, propician nuevos arreglos residenciales y diferentes formas de apoyo familiar. Aunque también la autonomía física o económica, hace al individuo mayor parte fundamental en el mantenimiento de otros integrantes del hogar.

El apoyo familiar es una transmisión de información dirigida al viejo para que se sientan amados, cuidados, respetados, estimados, valiosos e integrados

---

<sup>22</sup> Fotografía tomada por la autora de la Tesina (Sr. Soto con su nieto Ricardo S. Soto.)

en una red de comunicación, la de tipo afectivo que trata de generar o alimentar la pertenencia a un grupo; el tipo de ayuda que se da por parte de los miembros de la familia, regido o no con el viejo.

El apoyo no solo lo brindan los familiares, sino otras personas con una relación muy cercana a los viejos; esta forma de apoyo, puede venir de vecinos, amigos o compañeros de trabajo. Junto a la familia co-residente o no, existen los apoyos de tipo social e institucional, que en muchos casos, puede facilitar el papel de los familiares o mantener un nivel de vida mejor de la población.

Como apoyos sociales se entiende a toda forma de ayuda que ofrece la sociedad, y que los individuos requieren en las diferentes etapas de su curso de vida, comenzando en el núcleo familiar.

c. GRUPOS DE TERCERA EDAD.



Fig. 12 Grupos de tercera edad, nos ayudan a socializarnos y aprender nuevas cosas<sup>23</sup>.



Fig. 13 Se imparten talleres ocupacionales y platicas a cerca del proceso de envejecimiento<sup>24</sup>.

Los grupos de autoayuda surgen en E. U. en 1935, a iniciativa de los fundadores de Alcohólicos Anónimos, quienes convencidos de que solo a través de la fuerza que se le da al interior de un grupo y de cada individuo, se pueden combatir retos y enfermedades. A México llegan en los años cincuenta; más adelante surgen otros grupos como Neuróticos Anónimos, Relaciones Destructivas, Padres de familia, por citar algunos ejemplos.

---

<sup>23</sup> Fotografía tomada por la autora de la Tesina (Grupo Esperanza de vivir tomando un curso sobre Dignificación del Adulto Mayor en la comunidad, Programa sustentado por el DIF-DF).

<sup>24</sup> Fotografía tomada por la autora de la Tesina (Grupo Oyamel en platica de información).

En los últimos 20 años, estos grupos han sido incorporados a la atención de las personas adultas mayores especialmente para el cuidado de personas con enfermedades como el Alzheimer y Parkinson. Surgen de parte de las familias en respuesta a una carencia de información, y de recursos en la comunidad, ya que aún entre los profesionales había una gran ignorancia o a veces indiferencia, sobre cómo cuidar a la persona en casa. También es una técnica utilizada por el adulto mayor sano para verbalizar sus sentimientos y emociones en torno al proceso de envejecimiento que están experimentando y para enfrentar el rechazo de la sociedad, confirmándose así los grupos o clubes de tercera edad.

La asistencia a los grupos, ofrece a los participantes el reconocimiento y solución de un problema común, encontrar e intercambiar apoyos, poder procesar el duelo por las pérdidas que se manifiestan en esta etapa de la vida<sup>25</sup>, lo que permitirá rescatar las capacidades remanentes de la persona y de la familia, buscar soluciones en la propia comunidad y generar servicios.

Vivir en un lugar tan complejo y diverso como la Ciudad de México, genera muchas situaciones de conflicto individual, familiar y social que incluye problemas de afecto, comunicación, participación, soledad, miedo, angustia, incertidumbre, pérdida de autoestima, neurosis y depresión que pueden llevar al individuo a situaciones de violencia tanto al interior del hogar como en la calle. Para tratar de dar solución a estas situaciones existen este tipo de grupos de reunión.

Un grupo de tercera edad es un foro en donde los individuos que comparten un problema o situación similar, ventilan emociones y sentimientos, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo. A la persona adulta mayor le brinda la oportunidad de compartir los sentimientos, problemas, ideas e información con otros individuos que están pasando por la misma experiencia, les ayuda a formar conciencia de su situación, a atender sus propias necesidades y comenzar a cuidarse a si mismos, también les proporciona la satisfacción que resulta de compartir y ayudar a otros, y descubrir que no se esta solo. El propósito del grupo es el de proporcionar apoyo a sus integrantes y de esta manera permitirles sobrellevar mejor la situación que les aqueja a través de:

- Compartir sus sentimientos y experiencias.
- Aprender más acerca de la vejez y el cuidado que implica esta circunstancia, ofreciéndole al individuo la oportunidad de hablar sobre los problemas que le afectan o las decisiones que tiene que tomar.
- Escuchar a otros para compartir sentimientos y experiencias similares.
- Ayudar a otros, intercambiar ideas, información y brindar apoyo.
- Saber que no son los únicos y por lo tanto que no están solos.
- A ventilar sus frustraciones.

---

<sup>25</sup> Como se ha mencionado en los capítulos anteriores, acerca de los tipos de duelo y el proceso emocional por el que se atraviesa.



- Intercambiar técnicas para cuidar y resolver problemas.
- Aprender a verbalizar y a pedir ayuda.
- Descubrir los recursos personales.
- Mantener o incrementar los sentimientos de autoestima que permiten tener más control sobre la propia vida.
- El desarrollo de actitudes nuevas y más positivas.
- El encontrar nuevas relaciones interpersonales.
- Sentirse menos desvalido.
- Dar y recibir apoyo mutuo.
- Contar con un espacio de franqueza y confidencialidad, en donde uno puede expresarse con libertad absoluta sin ser juzgado ni criticado.
- Encontrar esperanza al ver que otros han podido con la difícil tarea de salir adelante.
- Reforzar el valor y el apoyo moral.
- Comprender mejor la propia experiencia.

Es importante mencionar que en el grupo no se puede resolver todos los problemas, ni puede reemplazar los servicios de los profesionales de la salud. Es significativo recordar que un grupo de tercera edad no siempre es útil para algunas personas, pues se sienten incómodos compartiendo sus sentimientos personales con los demás, hay personas que tienen la necesidad especial de recurrir a una psicoterapia individual, grupal o familiar, de preferencia con un profesional que conozca sobre el manejo de los adultos mayores de manera profunda.

Cuando nos enfrentamos a las actividades que pueden desarrollar los adultos mayores, es importante procurar preservar las funciones corporales y las facultades mentales, esto no solo requiere la plena prosecución y adaptación de todos los avances médicos, sino que necesita la preservación simultánea de los privilegios, honor e integridad de la independencia personal para cada adulto mayor, mediante dinámicas, pláticas, talleres y ejercicios de tipo vivenciales; para ello mencionaremos las actividades y los objetivos que se realizan en los grupos de tercera edad.

#### 1. Actividades de la vida diaria:

Su propósito es la satisfacción de las necesidades fisiológicas básicas, sueño, higiene, alimentación, seguridad entre otros; las actividades varían desde el aseo personal autónomo, descanso, preparación, compras, hasta la limpieza del hogar.

#### 2. Actividades físicas y manuales:

El objetivo es el consumo de energías, el mantenimiento de la forma física, tono muscular, capacidad respiratoria, cardíaca. Salud en general, la ocupación del cuerpo y del tiempo; mediante la gimnasia, jardinería, paseos, caminatas y trabajos manuales con demanda física suficiente.

#### 3. Actividades sensoriales:

El fin es la gratificación y potenciación de los sentidos y conseguir experiencias placenteras, mediante comer, beber, fumar, escuchar música, artes plásticas, cine, gastronomía, visita a museos, actividades sensoriales y sexuales.

#### 4. Actividades psíquicas:

Su objetivo es el desarrollo del yo, la autorrealización, creatividad, expresividad, descanso, a través de las artes como la pintura, el dibujo, la escultura, las artesanías como el macramé, cerámica, repujado, tallado en madera, tejido, bordado, fotografía, entre otros.

#### 5. Actividades sociales:

El propósito es la relación grupal, la satisfacción del rol social; fuente de identidad y equilibrio personal, identificación social y desarrollo de aptitudes, personalidad social y relación social; comunicación: recepción y transmisión de información, fuente de solidaridad social, afiliación, organización informal, lenguaje y desarrollo de cultura grupal; mediante los grupos de relación, familiares en asociaciones, clubes, casinos, hogares, centros recreativos, peñas, tertulias, grupos para juegos de salón, cartas, ajedrez, fichas, domino, bailes, fiestas, grupos para intercambio de información, de discusión y debates.

#### 6. Actividades recreativas:

El fin es la satisfacción de la necesidad de distracción, actividades libres en su elección y desarrollo, realización individual o colectivas, implican un cambio de actividades rutinarias y obligatorias, mediante la asistencia a espectáculos como el cine, el teatro, deportes y variedades; lectura, radio, televisión, fiestas, bailes, celebraciones, viajes y visitas.

#### 7. Actividades deportivas:

En cuanto al mantenimiento de la forma física y de la aptitud para el deporte; en deportes de equipo satisfacción del espíritu competitivo, oportunidad para la relación social, afiliación e identificación; como la gimnasia, marcha, excursionismo, tenis, fútbol., etc.

#### 8. Actividades educacionales y culturales:

Su objetivo es el mantenimiento, mejora y desarrollo de las aptitudes intelectuales, conocimientos, lenguas, la recepción de información, formación y aprendizaje individual y social, a través de la lectura y organización de bibliotecas, hemerotecas, centros de documentación, escritura redacción, oratoria, cursos, seminarios, conferencias, *simposium*, asistencia dirigida a recitales, audiciones musicales, teatro, viajes culturales, coros, etc.

#### 9. Actividades ecológicas:

El propósito es el contacto y apreciación del medio ambiente natural, la ampliación de conocimientos sobre el mismo, participación en acciones de mejora, información, denuncias donde establece la relación del ser humano con

el medio en el que vive y que transmitirá a las futuras generaciones; fuente de solidaridad social; mediante paseos por el campo, excursionismo, visitas guiadas a zonas arqueológicas y de interés natural, jardinería, cría y cuidado de animales, observación de especies geológicas, botánicas o zoológicas y servicios voluntarios en parques y zonas naturales.

#### 10. Actividades ideológicas – políticas:

Para el mantenimiento y desarrollo de valores básicos para el bien común, la organización económica y social, el logro de objetivos individuales, el gobierno de las naciones, etc. A través de la militancia en partidos políticos, la participación en sindicatos, asociaciones ciudadanas, colegios profesionales, grupos de interés, etc.

#### 11. Actividades de servicio social, comunitario (voluntariado):

El fin es la satisfacción de necesidades individuales altruistas, de ayuda mutua, de colaboración social, sin ninguna compensación que la actividad en sí misma, la satisfacción de la conciencia ética individual, el agradecimiento de los beneficiarios o la pertenencia, a un grupo de voluntarios. Se afirma que el trabajo voluntario proporciona mayor satisfacción al que lo presta que al que lo recibe. Esto a través de actividades no desempeñadas por las organizaciones sanitarias, educacionales, de servicios sociales, por no considerarlas importantes o no poseer personal para satisfacerlas, actividades relacionales con la familia, residencia, organizaciones públicas y privadas; asistenciales, de la vida diaria, rehabilitación, afectivas, conversaciones, convivencias, lúdicas, fiestas y celebraciones.

#### 12. Actividades económicas (trabajo):

Su propósito es la utilidad material de la actividad que se retribuye en dinero o en especie; complemento de pensiones insuficientes y la mejora en el nivel de vida, mediante cualquier tipo de actividad manual o intelectual susceptible de realización aislada, independiente o solitaria.

#### 13. Actividades espirituales y religiosas:

El objetivo es la satisfacción de necesidades, básicas intangibles de la existencia humana, razón de ser de la vida, significado del bien y del mal, valores étnicas fundamentales, interpretación de las grandes interrogantes, vitales por medio de credos religiosos. A través de actividades individuales y colectivas de relación con la divinidad, acto de culto, actividades de proselitismo del credo religioso, apostolado, formación de nuevas generaciones, difusión del mensaje religioso. Actividades de solidaridad con los semejantes, ayuda personal, material y social.

#### d. Apoyo Internacional.

En 1982, se realizó la Asamblea Mundial de Envejecimiento en Viena Austria (*a cargo de la ONU*), en ella se adoptó un consenso con fines estadísticos para manejar el inicio de la vejez a los 60 años, con base a tres criterios:

- Edad promedio de expectativa de vida a nivel mundial.
- Edad promedio de jubilación a nivel mundial.
- Edad promedio de aparición de padecimientos geriátricos.

En este sentido, la Asamblea adoptó como su interés principal, al grupo poblacional mayor de 60 años; a partir de ese momento, los términos vejez, tercera edad, anciano, adulto mayor, se refieren a la parte de la población comprendida en el grupo de más de 60 años de edad. Así pues la ONU elaboró una serie de recomendaciones y directrices generales para que los gobiernos hagan frente al problema de envejecimiento de su población y estén en condiciones de atender las demandas que surgen de este proceso.

Las recomendaciones oscilan entre las necesidades básicas de los viejos como la salud y nutrición, la vivienda, el medio ambiente, la familia, el bienestar social, el ingreso, el empleo y la educación; y aquellas que contemplan el papel que deben desarrollar los gobiernos y la cooperación que se debe de dar a nivel internacional y regional para la realización de sus objetivos.

Los principios actualmente regentes de la Naciones Unidas a favor de las personas de edad, fueron adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas (*Resolución 46/91*), el 16 de diciembre de 1991; se exhorto a los gobiernos a que incorporasen estos principios en sus programas nacionales cuando fuera posible. Algunos puntos salientes de los principios son los siguientes:

a) INDEPENDENCIA: las personas de edad deberán:

- Tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuadas, mediante ingresos, apoyos de sus familiares, de la comunidad y de su propia autosuficiencia;
- Tener oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos;
- Poder participar en la determinación de cuando y en que medida dejaran de desempeñar actividades laborales;
- Tener acceso a programas educativos y de formación adecuados;
- Tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales, y a sus capacidades en continuo cambio;
- Poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

b) PARTICIPACIÓN: las personas de edad deberán:

- Permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes;

- Poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades;
- Poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

c) CUIDADOS: las personas de edad deberán:

- Poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad;
- Tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad;
- Tener acceso a servicios sociales y jurídicos que le aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado;
- Tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro;
- Poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su cuidado y sobre la calidad de su vida.

d) AUTORREALIZACION: las personas de edad deberán:

- Poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial;
- Tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

e) DIGNIDAD: las personas de edad deberán:

- Poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de exploraciones y de malos tratos físicos o mentales;
- Recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valorados independientemente de su contribución económica.

e. Apoyo Institucional Nacional.

El 25 de julio del 2002, los Poderes Legislativo y Ejecutivo, en un trabajo conjunto, crean el "Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores" (INAPAM) a través de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

Es la respuesta a la necesidad de descentralizar y coordinar la toma de decisiones en materia de políticas públicas para las personas adultas mayores; delimita y precisa con claridad las demandas sociales de este grupo e incluye

las circunstancias que en éstas se hacen exigibles y las formas específicas en las cuales el Ejecutivo, a través del INAPAM, y con el apoyo de otras instituciones están obligadas a atender.

Tal vez el mayor aporte de esta Ley, sea la precisión de los derechos sociales de las personas adultas mayores. Desde diciembre del 2002, esta Dirección General propuso la creación del Consejo Interinstitucional a la Secretaría de Desarrollo Social, el cual pretende agrupar a no menos de 30 instituciones públicas y privadas que en sus programas se obligan a incorporar el tema de la atención a las personas adultas mayores. La instalación de este Consejo, se llevó a cabo en el mes de abril del 2003, fue presidido por la Secretaría de Desarrollo Social, este Consejo, se integra por representantes de los titulares de la Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Secretaría de Comunicaciones y Transportes, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Salud, Secretaría de Educación Pública, Procuraduría General de la República, Instituto del Seguro Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de apoyo a la mujer, Confederación Nacional del Deporte, Instituciones Académicas, Pueblos Indígenas y la Junta de Asistencia Privada solo por mencionar algunas de ellas.

Las expectativas de las personas adultas mayores y las necesidades económicas de la sociedad exigen que éstas puedan participar en la vida económica y política del país; puesto que para el año 2050, el número de personas adultas mayores en el mundo aumentará de 600 millones a 2,000 millones; en México de 7.3 millones de adultos mayores que actualmente son, en ese año habrá en nuestro país 42 millones de personas de 60 años o más. El incremento será más rápido y mayor en los países en desarrollo. Por lo que un reto muy especial que deberemos enfrentar es el de crear redes de apoyo y ambientes propicios para que la sociedad en general se interese por estrechar a un más la solidaridad entre los diversos grupos generacionales a fin de combatir el abuso, la violencia, la falta de respeto y la discriminación de que son víctimas las personas adultas mayores.

El 25 de julio del 2002, y ante la obligación de cumplir con lo que señala la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, el Comité de Dirección del INAPAM decide que a través de la operación coordinada de las 31 Delegaciones Estatales, las 139 Coordinaciones Regionales, las 1,342 Subdelegaciones Honoríficas, así como con las acciones que llevan a cabo los 4,367 Clubes de la Tercera Edad en todo el país, se operen en lo posible los 4 programas de trabajo de la Institución:

- Empleo y Apoyo a la Economía
- Atención Integral al Adulto Mayor
- Desarrollo Social y Comunitario
- Transmisión de Valores

Con esta decisión el organismo amplió la cobertura de sus servicios que, a través de su estructura, otorga a la población de 60 años o más, finalmente siendo insuficientes para el número de población que se pretende servir, por

ejemplo: el INAPAM recibió de los adultos mayores en las diferentes reuniones de trabajo. Durante los 12 meses del año anterior, este programa reportó un total de 6,324 solicitudes de trabajo recibidas, de las cuales el organismo logró colocar en un empleo a un total de 4,511 personas adultas mayores en 961 empresas y particulares; actualmente el INAPAM cuenta con solo cuatro Centros de Atención Integral para adultos mayores para toda la población geriátrica, simplemente en el domicilio Lerdo de Tejada No. 53 colonia Barrio de Santiago, en Iztapalapa, se inauguró en el mes de agosto del 2002 el cuarto Centro de Atención Integral para el Adulto Mayor, esta demarcación cuenta con 105,541 personas adultas mayores lo que explica su importancia para el INAPAM, de contar con más espacios para la atención adecuada al adulto mayor.

El propósito de atención a este sector poblacional es de: Lograr crear una cultura del envejecimiento en toda la población del país que se traduzca en un compromiso y revalorización de las personas adultas mayores, lo que necesariamente implica constituir al sector de la población de las personas adultas mayores en una prioridad nacional la cual perciba de forma distinta al envejecimiento a fin de alcanzar mejores niveles de vida para todas las mexicanas y mexicanos adultos mayores.

f. Apoyo Institucional en el Distrito Federal.

En nuestra ciudad todas las personas adultas mayores tienen derecho a participar en la toma de decisiones, a una vida digna, a capacitarse, a trabajar, a recibir cuidados, a divertirse y a hacer deporte. Para ello el Gobierno del Distrito Federal, ha puesto en marcha diferentes programas, especialmente dirigidos a los mayores de 60 años.

El primer programa fue constituir la ley de derechos de las personas adultas mayores, donde a través de sus disposiciones generales para proteger y reconocer los derechos de las personas de 60 años en adelante, sin distinción alguna, con sus objetivos de:

- Fortalecer su desarrollo personal, su capacidad de decisión y su independencia.
- Para ser tomado en cuenta y participe en todos los casos de la vida pública.
- Para disfrutar del bienestar familiar, social, económica, política y cultural.

El segundo programa, puesto en marcha a partir del primero de marzo de 2001, llamado "Programa de Apoyo Alimentario, Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos", para personas de 70 años y más, dicho programa representa un antecedente nacional para instituir una pensión universal ciudadana, independientemente de si se tiene seguridad social o no. Porque es un hecho que la necesidad de asistencia de las personas adultas mayores comienza a incrementarse entre los 75 y los 80 años de edad, pues empieza a presentarse una disminución de su salud y funcionalidad, sumando a que

muchos no cuentan con oportunidades de empleo y un sistema de pensiones que les garantice condiciones de vida dignas.

Por eso más allá del derecho a la jubilación, todo ciudadano y ciudadana de determinada edad, del acuerdo con la política social del Gobierno del Distrito Federal, debe recibir una pensión por su contribución a la sociedad, haya o no realizado aportaciones a un fondo de pensiones. Se trata de una retribución social solidaria, de un reconocimiento de la sociedad a las aportaciones de las mujeres y hombres mayores al bienestar de todas y todos.

El Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos consiste en entregar inicialmente a 200 mil personas mayores de 70 años que viven en el Distrito Federal, en áreas de muy alta, alta y media marginalidad, la cantidad de 738 pesos mensuales para la compra de alimentos y brindarles atención médica y medicamentos gratuitos en los Centros de Salud del Distrito Federal. Para asegurar la entrega mensual, se depositan a través de la tarjeta electrónica "*SI VALE*", otorgada en el momento en que el beneficiario y el Gobierno del Distrito Federal firman un convenio que establece los derechos y obligaciones de cada uno.

Como parte del Programa Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para personas mayores, se da una atención médico especializada en los Centros de Salud y en la red de hospitales del Gobierno del Distrito Federal. Se les atiende de manera integral, es decir, se busca mejorar su estado físico y emocional, tratando de mantener y/o recuperar su funcionalidad y autonomía, todo ello a partir de:

- Capacitación geronto-geriátrica al personal de salud, es decir, que sepan cuidar y atender a los adultos mayores.
- Actividades grupales de promoción y prevención para mantener y recuperar su salud, así como para el control de padecimientos crónicos.
- Trato cálido y humano.
- Horario especial.
- Tiempo de espera corto.
- Personal de salud vinculado con la familia de la persona Adulta Mayor y su comunidad.

Los servicios de salud gratuitos de acuerdo al programa de Atención al Adulto Mayor del Distrito Federal.

- En Centros de Salud:

- Consulta externa general y de especialidad
- Medicamentos autorizados gratuitos.
- Servicios de laboratorio.
- Rayos X.
- Consulta odontológica preventiva y de urgencias.
- Orientación y apoyo psicológico.
- Orientación nutricional para balancear su comida.



- En los hospitales:

- Consulta externa general y de especialidad.
- Terapia de rehabilitación.
- Estudios de laboratorio.
- Rayos X.
- Consulta odontológica.
- Atención de urgencias.
- Hospitalización.
- Medicamentos autorizados gratuitos.

En el año 2000, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, conjunta y coordinadamente con otras instituciones, crearon programas dirigidos a conformar una nueva cultura de la vejez. En esta perspectiva se desarrollo un modelo de Atención en el que se conjugan:

- La capacitación de las familias y de la comunidad en la atención de los Adultos Mayores.
- El fomento a la salud.
- La ampliación de servicios.
- La construcción de redes de apoyo.
- La creación de espacios para los adultos mayores.

Se crearon instituciones de larga estancia y centros de día, donde se apoyo a las familias para brindar a su familiar adulto mayor, una mejor calidad de vida, dentro de una institución, cuando se presentaban con una enfermedad donde peligrará el mismo y las personas con las que convive.

Las instituciones de larga estancia y los centros de día pueden ser una opción conveniente para el adulto mayor, siempre y cuando la familia lo haya valorado y la institución elegida éste diseñada para ofrecerles el respeto y dignidad que es derecho fundamental de cualquier ser humano.

## CAPITULO IV

### PERSPECTIVA PSICOGERONTOLOGICA, HACIA UN MODELO DE INTERVENCIÓN



Fig. 15 Programas de acuerdo a las necesidades de los adultos mayores<sup>1</sup>.

En la actualidad, el progreso de la ciencia ha logrado prolongar la expectativa de vida del hombre, como bien hemos mencionado en los capítulos anteriores. Como se trata de un proceso que se inicia con la concepción y dura toda la vida, y se lleva a cabo en forma individual, es importante para los psicólogos conocer a profundidad, no solo los aspectos biológicos relacionados con el ADN y con la herencia, sino también la influencia importante del medio ambiente y en especial de los factores emocionales en relación con la salud mental así como los diversos estilos de vida y las influencias socioculturales.

A mediados del siglo pasado ha empezado a cobrar auge la gerontología: este término proviene de raíces griegas (Geron, Geronto: viejo y Logos: tratado). Es la ciencia que estudia los cambios anatómicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos en los seres humanos producidos por el efecto del tiempo así como todos los problemas derivados de la vejez: económicos, sociales, sanitarios, etc. Abarca conocimientos de ramas como la medicina, enfermería, psicología, economía, derecho, arquitectura, etc.... que convergen hacia un solo objetivo "El envejecimiento, sus causas, efectos y consecuencias en el ser humano", se divide en cuatro ramas:

A) La Biología del Envejecimiento: Se encarga del estudio en los laboratorios de las causas internas del proceso de envejecimiento, al principio se estudiaba a nivel orgánico y tisular, después celular y ahora ha llegado al nivel molecular. Su objeto es hacer que el individuo cumpla su expectativa de vida que, según los científicos, se ha calculado entre los 120 años, pero desafortunadamente, el

---

<sup>1</sup> Fotografía tomada por la autora de la Tesina (Sr. Carlos Soto S.).

ser humano no cumple por una serie de factores que acortan su existencia, como lo es, el estilo de vida previo.

B) La Geriatria: Estudia los procesos patológicos que afectan a las personas de edad avanzada; es la medicina clínica del viejo y proviene de: ger/viejo y latros/medicina; a su vez tiene varias divisiones: Geroprofilaxis o medicina preventiva de la vejez; Gerohigiene, Geriatria Clínica, Farmacología Geriátrica, Gerokinesiatria, Nutrición Geriátrica y Gericultura.

C) La Psicogerontología: Estudia los cambios psíquicos que trae consigo la involución física de organismos; aquello que viene como consecuencia de la declinación en las capacidades de actividad y recreatividad que originan el carácter tan especial de los viejos con tendencia franca a la depresión y a las actitudes negativas, que a su vez, se convertirán en factores acelerados de envejecimiento; esto es la parte de la psicología del desarrollo que describe, explica y predice la consistencia y la variabilidad de la conducta y las vivencias en el envejecimiento.

Factores psicológicos negativos como las tensiones, problemas y estrés, en general, aceleran el envejecimiento y afectan la calidad de vida. Por el contrario, llevando una vida tranquila rodeada de afecto en personas que sepan enfrentarse a la realidad y resolver sus propios problemas, se disminuyen los efectos negativos del envejecimiento y hay gran mejoría en la calidad de vida.

D) La Gerontología: Se ocupa del lugar y la participación del viejo en la sociedad en que vive, del aspecto económico de la jubilación, de la protección legal, de los problemas de vivienda, de la alimentación, de los salarios, de la terapia ocupacional, de las residencias, asilos, clubes, instituciones geriátricas, etc. es decir, el medio ambiente, donde va a desarrollarse y que en nuestra sociedad, por su pérdida de productividad, se ha derivado hacia la marginación y la desasimilación social, haciendo del adulta mayor el sector más pobre y dependiente de la población. Considera al proceso de envejecimiento como un fenómeno social, identifica el cúmulo de datos y conocimientos sobre la gente de edad, estudia los efectos de la sociedad sobre los que envejecen, la adaptación hacia ellos y sus necesidades; su campo de observación no es el organismo individual como el caso de la geriatría, sino la población como un conjunto, en cuanto refleja la estructura de los grupos sociales en su dinamismo cultural.

## A. PSICOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO.

La psicología es la ciencia que estudia la conducta humana, abarca temas como la inteligencia, el aprendizaje, la memoria, la creatividad, la personalidad, las emociones, etc. y por envejecimiento se entiende a la transformación ordenada que le ocurre a un organismo con el transcurrir del tiempo. Por lo que la psicología del envejecimiento se define como la

ciencia que estudia los cambios en la conducta que ocurren después de la madurez.

Birren y Birren (1990), afirman que durante el siglo XIX, la psicología estuvo fuertemente influenciada por la expansión de la física. Los éxitos que los físicos habían alcanzado y las leyes generales que estos habían establecido, motivaron a otros científicos a la búsqueda de causas y leyes de todos los fenómenos, incluyendo las del crecimiento y las del envejecimiento. Al final de dicho siglo, las universidades fueron alentadas a establecer departamentos y laboratorios de psicología, ya que reinaba mucho optimismo y confianza en el valor del método científico.

## 1. BREVE RESEÑA HISTORICA.

Quetelet (1796-1874), doctorado en matemáticas y famoso por sus trabajos sobre astronomía, matemáticas, estadística, antropología, psicología y sociología, centro su interés en la cuantificación de los cambios que ocurren en la edad avanzada. La contribución de Quetelet en la investigación Gerontológica, radica en que se opuso a la generalización de los datos aislados y a los procedimientos casuísticos, y a que enfatizó la relación entre los factores biológicos y a las influencias sociales (Birren 1961, Lehr 1988). Otro autor: Tetens (Elías y cols. 1977), considerado como precursor y padre de la psicología del desarrollo, presenta una revisión comprensiva de las distintas formulaciones sobre el desarrollo a través de la vida y en segundo lugar, porque enfatiza la necesidad de entender el desarrollo y los cambios de conducta del ser humano en la adultez.

La primera investigación sobre la psicología del envejecimiento se inició en 1835, con el trabajo de Quetelet, y fue continuada luego por Galton en el último cuarto del siglo XIX. En 1884 montó en Gran Bretaña, casi al mismo tiempo que Wundt en Alemania, un laboratorio antropométrico; mientras Wundt se interesó por la constancia del comportamiento en todas las edades, Galton se abocó en la variabilidad del mismo. En 1922 aparece el libro de S. Hall titulado *Senescent: The Second Half of Life*, en el expresa su oposición en considerar al envejecimiento como lo contrario del desarrollo.

Sugiere que los viejos poseen procesos psicológicos peculiares, con un grado de variabilidad mayor que el existente en la juventud.

Pavlov (1894-1936) en Rusia, hizo importantes contribuciones acerca del proceso de envejecimiento, al correlacionar los procesos fisiológicos y psicológicos (Geist, 1968). Mientras los americanos, acentuaban la relación entre la calcificación de las arterias y el sistema cardiovascular. Pavlov quien presentó el punto central de la gerontología al hablar del envejecimiento normal y del patológico (Woodruff, Birren 1975). El término gerontología fue introducido en 1929, por el investigador N. Rybnikov quien explicó que el objetivo y la finalidad de esta nueva disciplina era la investigación de las causas y condiciones del envejecimiento, así como el estudio y descripción de los

cambios progresivos del comportamiento que se hallan relacionados con la edad (Lehr, 1988).

De 1914 a 1930 se produjeron importantes estudios, los cuales fueron la base del desarrollo que alcanzó la Gerontología después de la 2da. Guerra Mundial. Thorndike (1874-1949), se destacó por sus investigaciones sobre inteligencia y aprendizaje humano y animal; en 1928 describe los cambios de intensidad de los intereses con relación a la edad de la persona y menciona la posibilidad de modificar y mejorar características de personalidad en diferentes edades.

En Estados Unidos en 1945 se creó la Sociedad de Gerontología, la cual en 1946 publicó la primera edición del *Journal of Gerontology* (Beauvoir, 1980). A partir de 1946, tanto el proceso como los problemas del envejecimiento, recibieron una considerable atención por parte de los distintos gobiernos e investigadores de las ciencias de la conducta. Para este tiempo el número de viejos, tanto en Estados Unidos como en algunos otros países, se había incrementado considerablemente, fenómeno que propició un incremento de la demanda de atención social, educacional, emocional y médica para poder atender a dicha población. Esto da lugar a que en 1950, cuarenta años después del surgimiento de los centros de desarrollo infantil, se establezcan los centros para la vejez orientando sus actividades hacia los problemas sociales y hacia los de salud física.

El primero de ellos (Birren, 1990), se inició en 1945, fue el Gerontology Research Center of the National Institute of Health; por el mismo tiempo surgió la Gerontological Society of America, la American Geriatrics Society, y la Division of Maturity and Old Age of the APA. En 1959, editado por Birren, se publica el primer *Handbook on the Psychology of Aging*; 28 años después del primer *Handbook* sobre psicología infantil.

Después de la 2da. Guerra Mundial, Busse desarrolló una de las primeras investigaciones y programas de entrenamiento sobre algunos aspectos de la salud mental en la vejez; con sus esfuerzos y con los de Eisdorfer y Maddox, se creó uno de los más importantes programas multidisciplinarios de investigación en Estados Unidos, el que lleva de nombre de Duke University Center for the Study of aging and human Development. Birren quien previamente había organizado y dirigido la sección sobre envejecimiento en el Instituto Nacional de la Salud Mental, asumió en 1965 la dirección de lo que es hoy Ethel Percy Andrés Gerontology Center en la Universidad del Sur de California, y lo convirtió en un centro de investigación altamente productivo en el desarrollo del Adulto (Eliás y cols. 1977).

A partir de esta época se ha aumentado la publicación de investigaciones sobre Psicología Gerontológica; se espera por lo tanto, a que a medida que más investigadores académicos y profesionales tengan su primera experiencia dentro del campo de la psicología del envejecimiento, el conocimiento tienda cada vez más a una mayor integración multidisciplinaria. El conocimiento que

se ha clarificado hasta el momento, sin duda ha permitido mejorar la etapa final de muchos viejos y ha contribuido a que algunos países hayan logrado conjuntar cantidad y calidad de vida de sus habitantes. Sin embargo, aún son muchos los países que deben trabajar para hacer frente al reto de una población que envejece aceleradamente, tal es el caso de México, este nuestro país representa, sin duda, un gran reto a vencer, y requiere de un trabajo perseverante e interdisciplinario.

## B. INTERVENCIÓN PSICogerontológica.



Fig. 16 Plática psicológica y talleres impartidos por personal del DIF-DF<sup>2</sup>.

El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores tanto biológicos, psíquicos y sociales, como bien ya hemos mencionado que adquiere gran relevancia en el ámbito psicogerontológico, tomando en cuenta sus características; en los últimos años, los cuidados de los adultos mayores se basan cada vez más en la evaluación integral, la prevención de las incapacidades y la protección a su independencia, si logramos esto, estaremos asegurando el predominio del envejecimiento exitoso, que se refiere a los individuos que con la edad presentan solo disminuciones fisiológicas y en los que los cambios influidos por ésta, no se complican por la presencia de las enfermedades, exposiciones ambientales y factores propios del estilo de vida.

Todo ello implica la necesidad de un abordaje teórico-práctico, diseñando estrategias y programas específicos, destinados a asegurar una mejor calidad de vida en los últimos años de la existencia; llevando a cabo intervenciones psicológicas.

Intervención se refiere a la introducción, interposición o intermediación desde una postura de autoridad científica de un elemento externo, en una situación determinada, con la intención de modificar o interferir en el funcionamiento de un proceso o sistema en una dirección dada. Es decir, la

---

<sup>2</sup> Fotografía tomada por la autora de la Tesina (Plática impartida por el Mtro. Clemente Barragán Velázquez especialista en psicogeriatría).

intervención comporta un proceso de interferencia y persigue un cambio (Vanguas, Leturia, Leturia y Uriarte, 1998).

La idea de cambio debe entenderse desde dos puntos de vista (Watzlawick, 1986):

- Cambio de "primer orden": se entiende el que altera un elemento del sistema (individuo) o su situación dentro de él (ejemplo: mejora de la salud mental), pero sin afectar al sistema en su conjunto.
- Cambio de "segundo orden": se refiere a una alteración de la relación entre los elementos de un sistema (individuos, grupos, comunidades e instituciones) a través del cambio "en las reglas del juego" constitutivas (como normas, valores, roles y sistemas de comunicaciones), de un sistema que posibilitan su autoreproducción o mantenimiento y el del individuo socializado en el sistema.

Se considera necesario para poder desarrollar un conjunto de intervenciones válidas en las que se produzcan los dos tipos de cambio simultáneamente, es decir, cambios individuales y cambios estructurales. Existen fases de intervención, propuestas por (Vanguas, et al. 1998), las cuales delimitan la metodología o bien los pasos a seguir, para un óptimo aprovechamiento, las cuales son:

- ∞ Pre- ingreso en el programa mediante la detección de grupos de riesgo.
- ∞ Toma de contacto es la oferta de intervenciones existentes y su relación con la demanda de la persona adulta mayor.
- ∞ Evaluación a través del análisis, evaluación y diagnóstico.
- ∞ Tratamiento mediante terapias de acuerdo a la problemática presentada.
- ∞ Seguimiento de la atención proporcionada.
- ∞ Generalización del aprendizaje y de los resultados a situaciones cotidianas.
- ∞ Evaluación de los avances de la intervención.
- ∞ Fin o salida del programa a través de un proceso de desvinculación del mismo.
- ∞ Seguimiento y mantenimiento de los resultados post-programa.

Los niveles de intervención pueden ser: individual, grupal o comunitario (desde la sensibilización de los agentes sociales y de la administración pública hasta la inclusión de los servicios especializados), ambiental (la utilización de ayudas técnicas y protésicas se complementa con la configuración ambiental), de manera que pueda promover la autonomía de la persona, favoreciendo la movilidad y la comunicación, así como el desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria.

## 1. CONSIDERACIONES ESPECIALES.

La lactancia, la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la vejez son fases de la evolución humana; fases diferentes que están caracterizadas por cambios físicos y psíquicos que deberían permitirle al hombre y a la mujer, vivir una etapa de la vida con aceptación y tranquilidad, y por supuesto ofrecer la posibilidad de vivir cada instante con ímpetu y bienestar. Lo cierto es que algunos seres humanos se estancan literalmente en el pasado y no salen adelante para vivir con plenitud cada etapa de la vida. Los recuerdos de épocas perdidas, de tiempo desaprovechado, de oportunidades que se dejaron ir atormentando el estado mental y emocional y le impiden concentrarse en el presente para aprovechar las oportunidades que se ofrecen en la nueva etapa por la que están transitando.

Viorst (1986)<sup>3</sup> considera que a lo largo de la vida existen pérdidas que necesariamente se tienen que afrontar y aceptar. Errores cometidos y cosas que fueron difíciles de perdonar, siguen siéndolo esto impiden al adulto mayor ver hacia el mañana, aprender y mejorar. Seguramente, la vejez es la etapa en la que se acumulan las experiencias del pasado, las cosas semi olvidadas, los recuerdos, las desconfianzas, las intrigas, los sin sabores, las tristezas, las pérdidas, los rencores y las imágenes de las frustraciones, de todas las etapas anteriores juntas, como si fuera una montaña de acumulación de problemas que se hacen presentes a través de la evocación. Esta acumulación de pensamientos, que a veces surge a consecuencia de la poca actividad, puede amargar la vida de cualquier hombre; por eso los profesionales dedicados a la atención de los viejos deben conocer algunas de las características más sobresalientes de la dinámica de pensamiento normal y anormal que ocurre en la tercera edad.

La estructura psicológica de los seres humanos puede sufrir alteraciones leves moderadas o severas, en cualquier etapa del desarrollo; en cualquiera de los casos, la enfermedad mental causará trastornos en la capacidad adaptativa y diversos síntomas conductuales que pueden llegar a poner en peligro la vida del adulto mayor. La revisión de algunos elementos que puedan servir de diagnóstico de los diferentes trastornos mentales para que de esa forma, se pueda orientar más adecuadamente el tratamiento de los mismos y así se pueda ayudar a los viejos a combatir los molestos síntomas que tienen que ver con algunos cuadros de enfermedades mentales. Se considera muy importante tener en cuenta algunas reflexiones sobre:

#### A) SALUD Y ENFERMEDAD

Mucho se ha hablado acerca de lo que significa el estar sano y el estar enfermo; existen diferentes teorías respecto al estado perfecto de salud física o al de perturbación que produce la enfermedad de los organismos, y aunque existen muchas teorías reduccionistas al respecto para efectos de la salud mental en el viejo, se utiliza una concepción más general que define al ser

---

<sup>3</sup> Citado en: Asili, N., Galvanovskis, A. (1995). Psicología y Envejecimiento. México: Ed. Revista Psicológica.



humano como parte esencial de los procesos vivos que ocurren en el hábitat del planeta.

Durante la mitad del siglo XX, se clasificaron las enfermedades, se analizaron sus causas, se iniciaron investigaciones para encontrar formas eficaces de tratamiento, se establecieron parámetros de prevención de las mismas y, con todo ello, la medicina se hizo más científica y menos humana.

A finales del siglo XX, la atención hacia la salud se vislumbra con nuevas posibilidades; se empiezan a romper los nuevos tabúes y se regresa al aquilatamiento de las variables psicológicas y sociales. El hombre moderno no puede ser imaginado como un ser solo aislado de los demás, el hombre es un ser social que solamente puede entenderse en interacción con otros.

La OMS ha considerado a la salud misma como el completo estado de bienestar físico, psíquico y social; en esta definición es importante resaltar que el completo estado de bienestar mental es una de las raíces más importantes del concepto general de salud. Siendo la salud mental una de las piedras angulares de los procesos de salud en general, es necesario su estudio a fondo para que el practicante de cualquier área de especialidad de la salud pueda al menos, detectar los desordenes que causan alteraciones del funcionamiento mental adecuado.

La enfermedad tiene una serie de causas que la producen, las causas pueden ser biológicas, psicológicas o sociales; algunas veces una alteración social insatisfactoria produce cambios bioquímicos intensos y éstos a su vez producen cambios psíquicos; o bien un cambio en la forma de evaluar la realidad de manera más insatisfactoria produce cambios en las interacciones sociales, y estos a su vez generan emociones que producen cambios bioquímicos; en fin, se habla de una interrelación de todos los factores. En ocasiones, existen algunas enfermedades que no tienen prácticamente ninguna participación psíquico-social; tal es el caso de las enfermedades infecto-contagiosas en donde la causa de la enfermedad es eminentemente biológica; pero aún en estas, la recuperación de la salud incluirá nuevamente a los tres factores mencionados anteriormente. Por eso es importante preguntarse en los procesos repetitivos de enfermedad: ¿Cuáles son los factores biológicos, psicológicos y sociales involucrados?, ¿Qué se puede hacer al respecto? Por ello, este trabajo documental tomó como vertiente las características físicas, psicológicas y sociales del adulto mayor.

El paciente viejo, casi como cualquier otro, va al consultorio a ser escuchado, a ser entendido, a interactuar humanamente con el médico o especialista, y encontrar un poco de confianza en su recuperación; de esa entrevista dependerán los pensamientos interiores del paciente, pensamientos que influirán sobre su estado de ánimo y sobre su recuperación. Una consulta deshumanizada e inadecuada puede afectar la recuperación; una entrevista humana puede facilitar el mejoramiento.

El estudio de las interacciones sociales es muy importante para el adulto mayor (persona sumamente dependiente de las relaciones de su medio ambiente), diagnosticar sus interacciones permitirá influirlas de manera positiva con su medio familiar y social; de eso se trata en gran parte la salud humana: promover esos factores positivos en las relaciones interpersonales y los pensamientos, comprometiéndonos (tanto los psicólogos, geriatras, psiquiatras, médicos y demás profesionales) con una rehabilitación integral de nuestros pacientes.

Las enfermedades mentales pueden ser clasificadas según su intensidad en trastornos leves, moderados o severos; en cuanto a su duración, en cuadros agudos y crónicos; en cuanto a su aparición de inicio brusco, insidioso o lento; en cuanto a su pronóstico, en bueno, grave o reservado. Para algunos autores las enfermedades mentales pueden verse como procesos; si son orgánicos son procesos destructores y si son psíquicos son procesos transformadores. En las grandes psicosis hay una destrucción de la realidad, mientras que en los procesos psíquicos hay una deformación de la realidad a través de la ocultación (Alonso, Fernández., 1978).

Se pueden considerar como patrones de interacción social y bienestar en los seres humanos, entre otros: el mundo físico (ejercicio, alimentación, actividad y reposo), el mundo emocional (alegría, tristeza, amor, odio, bienestar y malestar), el mundo intelectual (conocimientos, valores, diálogos internos), el mundo ecológico (el ecosistema), el mundo cultural (valores, tradiciones y prejuicios), el mundo económico (logros) y el mundo laboral (clima, satisfacción, productividad).

Se pueden considerar como niveles de interacción psíquica y bienestar en los seres humanos: el conocimiento de sí mismo, la aceptación de sí mismo, el control de los impulsos destructivos del sí mismo, la promoción de las tendencias constructivas del sí mismo, la forma de evaluar la realidad, los diálogos interiores y el conocimiento y control de las emociones.

Finalmente es necesario analizar el recorrido por la vida; este implica el camino de la biografía de cada persona por cada nivel. Entender a un ser humano en todas sus dimensiones psicológicas, biológicas, sociales y biográficas, no es fácil, requiere de un profundo análisis para descubrir desproporciones o desajustes en el proceso de cambio ascendente, y para poder también descubrir a tiempo trastornos que pueden llegar a presentarse en un sujeto que ha deteriorado algunas de sus áreas vitales.

Entender a tiempo, significa poder detener a un ser humano que camina a pasos agigantados hacia su deterioro, poder detenerlo un momento para hacerlo reflexionar en lo que puede sucederle, detenerlo un momento para reflexionar las diferentes alternativas que el hombre tiene para dedicarse un poco al cuidado de sí mismo. Es prudente recalcar que no por llevar un curso de vida saludable, dejen de ocurrir trastornos mentales; ni tampoco por llevar una vida llena de desordenes, los seres humanos deberán enfermar necesariamente; no es una cuestión de certeza total, es un problema

proporcional, el que se cuida poco tiene grandes probabilidades de llegar a desarrollar un trastorno físico o mental serio.

Por todas las reflexiones anteriores, es recomendable replantear la entrevista con el paciente y negociar sobre pequeños cambios que puedan ayudarlo a recuperar su salud física y mental. En el plano físico, un análisis de patología existente y un análisis de patología por venir; en el plano mental, un análisis de los factores psicosociales que se encuentran descuidados, para ayudar al paciente a prevenir enfermedades.

## B) TIEMPO Y VEJEZ

Algunas de las reflexiones más importantes que todo ser vivo debe realizar es la de que somos seres que vivimos durante algunos años y después nos vamos; somos seres que transitamos por las diferentes etapas del desarrollo, desde el nacimiento hasta la muerte. El impacto más fuerte del tiempo, sobre la vida de los hombres ocurre en la tercera edad, cuando los pliegues de los brazos cuelgan, cuando el tejido graso comienza a escasear, cuando surgen las canas, cuando la idea de la muerte aparece con más fuerza y vitalidad. No podemos dejar de ser viejos, no podemos detener el tiempo, pero si podemos administrar la llegada de los efectos del tiempo sobre el organismo. El poder diseñar la vida nos hace aliados del tiempo, dejamos de luchar contra él y lo usamos como parte de nuestro proyecto de vida. Todo requiere tiempo; hagámonos administradores ecuánimes de nuestro tiempo, el que tenemos antes de morir, el que se empieza a escasear en los viejos que tratamos y diagnosticamos. Hagamos que el adulto mayor se sienta satisfecho, busquemos juntos los momentos significativos de su vida, hagámosle recordar junto a nosotros las emociones y vivencias de lo bueno que vivió.

**EL TIEMPO PASADO:** El pasado es el tiempo que ha quedado atrás, dice el refrán que el recordar es vivir; el contacto con el tiempo pasado es de suma importancia para el viejo; el ser humano debe saber administrar sus recuerdos de manera conveniente para su bienestar presente, debe aprender a traer al presente las partes importantes de su vida, las decisiones trascendentes, debe también tocar superficialmente lo negativo, tocarlo y dejarlo atrás.

Siempre hay cosas positivas que están aguardando a ser evocadas; siempre hay ratos de satisfacción siempre hay instantes intensos, llenos de emociones positivas, llenos de felicidad. Aun en el hombre más amargado existen momentos bellos. Una de las formas de vivir mejor en el presente con nuestros recuerdos, consiste en administrarlos bien para poder hurgar en ellos las cosas positivas, otra consiste en trabajar HOY para que lo que hacemos HOY nos haga sentirnos satisfechos el día de MAÑANA, cuando el hoy ya sea un recuerdo.

**EL TIEMPO PRESENTE:** Una de las formas de encontrar satisfacción es cuando se hacen cosas acordes a los valores como la paz, solidaridad, igualdad,

justicia, sabiduría, libertad, amistad, verdad, felicidad, dialogo, responsabilidad y el amor. Hacer lo que se cree que es lo correcto hace sentir a la persona satisfecha; por lo que es conveniente que el viejo resalte sus valores; clarificándolos de alguna manera es diagnosticar los principios que rigieron la vida del paciente. ¿Cuál es su manera de pensar?, ¿Cómo evalúa los problemas?, ¿Cómo se enfrenta a las situaciones problemáticas?...

La utilización de sus valores en el viejo constituye un acto de congruencia con su manera de pensar, para entenderlo, para que todos lo entiendan incluso para que se entienda mejor él, se sugiere hacer una clarificación de los valores del viejo en las principales decisiones asumidas en su vida pasada.

**PERCEPCIÓN DEL FUTURO:** El futuro es un trozo de la vida que no se ha recorrido aún, es un fragmento de tiempo que no ha llegado, realmente la parte final del futuro del viejo es la muerte, pero entre la muerte y su estado actual estén millones de minutos que pueden ser aprovechados, o bien en esperar eso que se sabe que va a llegar o en hacer muchas otras cosas.

Siempre el futuro constituye un espacio en donde se juntan la esperanza la parte final de la planeación de un objetivo y el desenlace, ¿Por qué no puede planear y esperanzarse un viejo como lo hacen los niños, los jóvenes y los adultos? Por supuesto que si. Es necesario erradicar, la creencia en el viejo de que está acabado; no hay que contribuir a formar en él la idea de que ya no puede planear nada. El personal de la salud mental en el viejo tendrá que buscar un terreno común con los otros interesados en la resolución de problemas y, después, aprovecharse de la gran experiencia compactada que tiene la conciencia de todo hombre viejo.

Finalmente, no está de más fabricar imágenes en donde el viejo aparezca como una figura digna de respeto y con suficiente fortaleza para afrontar los problemas que se le presenten. Se deben intercambiar imágenes inadecuadas del pasado del adulto mayor por imágenes más fuertes y adaptativas. El futuro puede vivirse como una conciencia llena de objetos intencionales o puede dejarse llenar de objetos no intencionales; para la fenomenología, la conciencia no puede estar nunca vacía, la conciencia siempre tiene algún objeto; en otras palabras, no podría existir un pensar sin un objeto sobre el cual hacerlo: se piensa en algo y ese algo es el objeto (Ceriotta, 1969), por lo que la conciencia no puede estar vacía, siempre está con objetos.

Por lo general, los objetos intencionales que llegan a la conciencia de un hombre lo hacen para plantearle preguntas, retos, imágenes, logros, valores, calificaciones de sucesos, planeación de propósitos, etc. Esos objetos llegan a la conciencia porque así lo predeterminamos y siguen un proceso, son tratados con todos nuestros elementos para llegar a un fin, para cumplir un anhelo, para satisfacer una necesidad, ¿Qué pasa cuando se pierden los anhelos?, pues desaparece la forma intencional de llenar a la conciencia y por ende, aparecen otros objetos no intencionales en la misma; los objetos no intencionales reflejen el contacto inmediato con la realidad presente o futura. Resulta clara la necesidad de trabajar con la intencionalidad del adulto mayor a través

de programas de motivación para el establecimiento de metas y para el sentido de utilidad y para la consecución de logros.

La complejidad de los movimientos de orientación en el tiempo y espacio exige poner en funcionamiento simultáneamente a muchas áreas del cerebro, y puede considerarse que son una de las características específicas de los seres humanos. La simplicidad de la percepción del presente con todos sus contornos, con lo que está pasando aquí y ahora, requiere del registro por parte de nuestros sentidos de una serie de impresiones y, por parte de nuestro cuerpo, de una serie de reacciones; reacciones que nos permiten evaluar mejor el aquí y el ahora.

Para tratar de que el viejo haga evaluaciones más consistentes de su estado actual, es necesario ayudarlo a atender su presente, a estar en el aquí y ahora; motivarlo para que pueda estar suficientemente atento a lo que le pasa ahora; guiarlo para estar aquí, en el presente.

La concientización trae beneficios secundarios, mejora la relación del adulto mayor con su entorno social, piense en la muerte, evita que el adulto mayor piense en la muerte, que se compare con la persona que fue en pasado, y facilita que el adulto mayor se ubique en el presente.

“Pensar bien, para vivir mejor”, dice y dice bien el dicho; se debe facilitar en el adulto mayor, el que encuentre una manera de pensar mejor de cómo lo hace, debilitar el temor a la muerte, aumentar su autoestima, apreciar sus logros en el pasado y valorar sus posibilidades en el presente; esto se hará siempre que una enfermedad mental no se haya hecho presente. Si la enfermedad mental ya existe, el procedimiento consistirá en: primero clasificarla para poder entender lo que va a suceder con el paciente y segundo, tratarla con los mecanismos que estén a nuestro alcance. Siempre se necesitará en viejos deprimidos una gran dosis de convencimiento para enfatizarles el valor de que siempre es mejor estar vivo que muerto.

## 2. VALORACIÓN PSICogerontológica.

Un diagnóstico preciso es la base de una buena atención, tratamiento y rehabilitación; el proceso diagnóstico requiere de una minuciosa evaluación ya que el adulto mayor presenta algunas características propias de los procesos de envejecimiento y otras que son diferenciales de trastornos mentales; por lo que es necesario realizar de inicio con una entrevista diagnóstica, donde incluyan datos personales, examen mental y evaluación psicométrica; y solo así podemos integrar un reporte donde concluyamos con un diagnóstico certero y un pronóstico adecuado.

Recordemos que una adecuada valoración del entorno clínico, familiar y social, y del ajuste del adulto mayor a dicho entorno aporta la información necesaria para planificar y poner en marcha intervenciones de orden social, y permite identificar problemas que no se manifiesten en la consulta.

## a. ENTREVISTA.

La entrevista se utiliza no solo para obtener la historia personal y médica, sino también como una manera de determinar signos y síntomas clínicos. Es importante que el entrevistador tenga metas definidas y un plan preciso para llegar a ellas. Es importante recalcar que algunos diagnósticos, sobre todo en psicopatología geriátrica, a veces no cubren todos los criterios para ser clasificados dentro de los cuadros generales de enfermedades. Por esa razón, la entrevista, más que ofrecer al especialista un nombre de una entidad nosológica, pretende ofrecerle un conjunto de síntomas que pueden pertenecer a diferentes áreas de las funciones psicológicas.

La historia personal se obtiene a través de la entrevista psicológica, que es un poco diferente a la entrevista médica, a la nota de egreso o incluso a la nota de evolución. La entrevista incluye una serie de elementos importantes que la diferencian de otras formas de interrogatorio. Primeramente debe existir un clima de confianza suficientemente amplio como para que el entrevistado pueda abrirse y transmitir sus problemas al entrevistador.

En la entrevista, el entrevistador debe concentrarse en la información objetiva y subjetiva que el entrevistado le envía; es toda una vivencia de relación; implica participación y escucha activa, implica concentración y un criterio descriptivo. Existen muchas formas de entrevista; algunas le dan mayor importancia a los síntomas del sujeto, otros le dan importancia a los antecedentes, otras más a las relaciones laborales y sociales. La que se podría considerar como modelo típico de entrevista incluye todo un interrogatorio de antecedentes médicos y del padecimiento actual; es un exhaustivo ejercicio de indagación, sospecha, detección, clasificación y análisis de cada síntoma; como lo es la historia clínica.

Se integrarán los datos personales como: nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, domicilio, teléfono, ocupación, estado civil, religión, escolaridad y fecha de entrevista.

➤ Padecimiento actual: mediante síntomas con duración y modo de inicio de cada uno, descripción de las relaciones de tiempo entre los síntomas, trastornos físicos, problemas psicológicos y sociales; efectos en el trabajo, funcionamiento social y relaciones interpersonales, también cualquier tratamiento prescrito por otros especialistas.

➤ Historia Familiar: acerca de su salud, ocupación, personalidad, calidad de sus relaciones con los miembros familiares desde su niñez hasta la actualidad.

➤ Historia Personal: en las diferentes etapas de su vida, para la obtención de datos relevantes como: a través de su desarrollo, dificultades en el entrenamiento de hábitos (caminar, hablar, control de esfínteres); separación y/o muerte de sus padres y la reacción ante la situación, salud durante la niñez, juventud y madurez: enfermedades graves, en especial cualquiera que afecte el sistema nervioso central como convulsiones. Problemas nerviosos en

la niñez: temores, crisis de ira, timidez, tartamudez, enrojecimiento, sonambulismo, enuresis nocturna y pesadillas frecuentes. Nivel académico, deportes y logros. Ocupaciones: lista cronológica de trabajos, con razones para los cambios, circunstancias financieras, satisfacción en los trabajos...

- Historia Menstrual: edad de inicio y termino, actitud hacia los periodos, regularidad, tensión; edad de menopausia.
- Historia Marital: edad de unión, duración y situación del noviazgo, relaciones y compromisos anteriores o posteriores, edad actual, ocupación, salud y personalidad del cónyuge, calidad de la relación marital. Hijos, sexo y edad; fecha de cualquier aborto; temperamento, desarrollo emocional, salud mental y física de los hijos, así como también la relación fraternal hacia con ellos.
- Situación Social actual: alojamiento, composición del hogar, problemas financieros entre otros.
- Historia Medica: enfermedades, operaciones y accidentes.
- Actitud hacia su proceso de envejecimiento y ante la problemática actual.
- Relaciones: de amistad reducidas o abundantes, cercanas o superficiales, con hombres o mujeres. Uso del tiempo libre: intereses y pasatiempos. Estado de ánimo predominante: ansioso, preocupado, alegre, desanimado, optimista, pesimista, auto desvalorado, demasiado confiado... Carácter: sensible, reservado, tímido, vergonzoso, suspicaz, celoso, resentido, irritable, impulsivo, egoísta, centrado en si mismo, auto conciente, falta de confianza, dependiente, estricto, exigente, rígido, meticuloso, puntual, ordenado; actitud hacia la salud y el cuerpo; hábitos alimenticios y adicciones.
- Por último acerca de cualquier tema que quiera ahondar el adulto mayor.

## b. EXAMEN MENTAL.

El examen mental se relaciona con los síntomas y la conducta durante la entrevista; este puede revelar información que no es posible obtener en otros momentos. Aunque tiene una gran relación con lo que dice el paciente, se aprende mucho de la observación de su apariencia, conducta y estructura corporal.

➤ Apariencia: sugiere pérdida de peso reciente debe alertar sobre la posibilidad de una enfermedad física, la apariencia facial, la postura y el movimiento, informa acerca del humor, donde el observador debe buscar evidencia de todas las emociones, incluso de júbilo, irritabilidad y enojo.

➤ Lenguaje: se valora primero la manera como habla, la tasa y cantidad del lenguaje, mientras que lo que dice se registra después.

➤ Humor: se valora con observaciones de la conducta que ya se describieron, y continua con preguntas directas: ¿Cómo esta de humor?, ¿Cómo está de ánimo?, se hacen preguntas acerca de sensaciones y pensamientos concernientes a la problemática que ellos refieren. En una persona normal, el humor varía de acuerdo con los temas principales a los que se refiere; parece triste cuando habla de hechos tristes; enojado cuando describe cosas que lo

molestan, y así sucesivamente. Cuando el humor no se ajusta al contexto, se califica como incongruente.

➤ **Orientación:** se valora cuando se pregunta acerca de la conciencia del paciente en relación a tiempo, lugar y persona, las preguntas específicas comienzan con el día, el mes, el año y la estación, cuando se investiga la orientación del lugar, el entrevistador pregunta en que lugar se encuentran, es decir, país, ciudad, colonia, etc.

➤ **Atención:** es la capacidad para enfrentar el tema que se trata, la concentración es la facultad para mantener este enfoque; cuando se efectúa la historia, el entrevistador investiga evidencia de atención y concentración. De esta manera forma un juicio acerca de estas capacidades antes de llegar el examen mental, las pruebas formales aumentan esa información.

➤ **Memoria,** durante el examen mental se lleva a cabo pruebas de memoria inmediata, reciente y remota; es decir, la memoria a corto plazo, se valora al solicitarle al individuo que repita secuencias de dígitos que se dicen con la lentitud suficiente para que de manera razonable pueda memorizarlas; a continuación el entrevistador valora la capacidad para aprender nueva información y reproducirla de manera inmediata. La entrevista continúa en torno a otros temas durante 5 minutos antes de someter a prueba el recuerdo. La memoria remota es posible valorarla si se solicita al enfermo que recuerde hechos personales o datos públicos bien conocidos de algunos años atrás, como las fechas del nacimiento de sus hijos o nietos, o los nombres de líderes políticos anteriores.

### c. EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA.

La evaluación psicológica del adulto mayor tiene diversas indicaciones, los estudios psicométricos que evalúan los rendimientos neuropsicológicos, la personalidad, los trastornos afectivos, etc. son útiles para ampliar el diagnóstico, establecer un pronóstico, identificar las necesidades asistenciales y las áreas prioritarias de tratamiento, así como para monitorizar la evolución, para diseñar posteriormente programas individualizados de tratamiento.

En la evaluación psicológica en el viejo se debe de considerar el proceso de envejecimiento, el cual dará puntajes diferenciales entre personas jóvenes y la cohorte de personas de edad avanzada será diferente, los puntajes del primer grupo serán más altas en forma relativa en comparación con los puntajes del segundo grupo; el psicólogo debe de conocer cuál es la curva del desarrollo para poder realizar una evaluación más objetiva.

La evaluación psicológica es el acopio sistematizado de datos y observaciones obtenidos a través de los siguientes instrumentos y técnicas: entrevista, pruebas psicológicas, cuestionarios formateados, registros observacionales y la historia clínica psicológica; con el objetivo de explorar la



personalidad, el funcionamiento intelectual, los problemas psicoemocionales y las alteraciones del comportamiento del individuo.

La personalidad es entendida como aquel comportamiento integrado y organizado del individuo que lo caracteriza como una persona única e irrepetible; esta permanece sin cambios aún en la edad avanzada, sólo se incorporan elementos psicofísicos en el individuo pero continúan la misma dinámica de organización; para la evaluación de la personalidad se emplean los siguientes instrumentos: a) escalas de personalidad, b) cuestionarios de evaluación, c) técnicas proyectivas, d) pruebas de funcionamiento intelectual y e) pruebas de alteraciones del comportamiento.

Para las valoraciones psicológicas en las personas de edad avanzada es conveniente considerar las baterías de pruebas gerontopsicológicas para llegar a un diagnóstico más certero, ya que estos consideran las limitaciones de las pruebas que originalmente se hicieron para las personas jóvenes. Desafortunadamente estas pruebas psicogerontológicas no se han estandarizado en nuestro país y han sido pocas las que se han adaptado a nuestro perfil.

#### d. INTEGRACIÓN DE REPORTE PSICogerontológico.

En la integración del reporte se deben considerar todos los instrumentos utilizados, tales como: la entrevista, la historia clínica, las pruebas psicológicas y observaciones, ya sean directas o indirectas, que describan la personalidad y el comportamiento del individuo. La integración del reporte psicológico en los adultos mayores, incluye los siguientes aspectos:

- a) **Datos de identificación:** es necesario incluir nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, estado civil, religión, escolaridad, ocupación anterior o actual.
- b) **Aspectos Generales del individuo:** se describen las actitudes que toma el individuo durante la entrevista, su aliño, postura corporal, su aspecto, su independencia en las actividades de la vida diaria, la indumentaria, el semblante que muestra, y defectos físicos.
- c) **Coordinación motora:** se describe tanto la conducta motora gruesa y la conducta motora fina. La primera se describe si el paciente camina sin dificultad o con uso de bastón o andador, si presenta marcha claudicante o uso de silla de ruedas. La autonomía para poder desplazarse, en las personas de edad avanzada reviste de gran interés a causa de lo que puede limitar sus actividades de la vida diaria. La conducta motora fina, permite considerar si la persona puede desempeñar alguna actividad de terapia ocupacional en la que implique la utilización principalmente de sus manos.
- d) **Memorias:** en este apartado se evalúa las memorias a corto y largo plazo, la primera es fácil muestra de un decremento conforme pasa la edad, a diferencia de la segunda la cual sufre menos deterioro. Si

existe algún deterioro en el rendimiento intelectual se observará deterioro en esta última.

- e) **Orientación:** se evalúan las siguientes esferas: tiempo, lugar y persona, cuando existe un deterioro profundo encontramos desorientación en alguna de las tres esferas.
- f) **Atención y concentración:** se analiza si su atención y concentración se encuentran es estado de alerta o disminuidas.
- g) **Pensamiento:** se puede determinar con la aplicación de las pruebas de inteligencia o por la entrevista estructurada. La fluidez en el curso del pensamiento puede ser acelerada, retardada o normal.
- h) **Juicio:** se valora la percepción de su realidad que el sujeto ha internalizado para poder relacionarse con el medio ambiente, además de la conciencia de su enfermedad, en caso de que no interactúe en forma lógica con su realidad externa, tendrá dificultades para lograr sus metas e intereses; se describe si la persona valorada conserva o no su juicio autocrítico.
- i) **Relaciones Interpersonales:** se considera que son la causa de todos los conflictos psicológicos según la teoría de Sullivan, motivo por el cual, debe de apoyarse para su descripción en la historia personal y clínica. Este apartado se describe si el individuo ha mantenido lazos estables durante el curso de su vida, o si su relación interpersonal ha sido superficial tanto en el pasado como en el presente.
- j) **Agresividad:** se relaciona con el control de los impulsos de los individuos. los controles están empobrecidos cuando se reacciona ante un estímulo ambiental agresivo de forma inmediata y en caso, de que no responda a la agresión nos hablará que no hay conflictos en esta área.
- k) **Afecto:** en la entrevista es recomendable observar su afecto el cual tenga una respuesta apropiada ante los problemas presentados.
- l) **Mecanismos de defensa:** estos surgen como una reacción psicológica ante los conflictos del individuo, reflejan su carácter, por lo que es necesario que se consideren para llegar a un diagnóstico certero.
- m) **Rasgos de personalidad:** en este rubro se describirán con base en las observaciones clínicas y a las pruebas aplicadas.
- n) **Diagnóstico:** se describe la problemática que se ha observado y analizado de la persona.
- o) **Tratamiento:** se debe de considerar las alternativas de acuerdo al diagnóstico, y con base en las necesidades percibidas, o bien los signos y síntomas que manifiesten. Lo más recomendable es que se le brinde un tratamiento eficaz y a corto plazo por el tiempo y la calidad de vida que presentan los adultos mayores.
- p) **Pronóstico:** permite al psicólogo ofrecerle una atención de acuerdo a lo rescatable de la personalidad del individuo y fijar planes de acción u objetivos inmediatos para poder ayudarle.

### 3. PREVENCIÓN Un llamado al auto cuidado.

Vistas las características de la vejez normal sin enfermedad y de la vejez patológica a nivel físico, psicológico y social, se deduce que para conseguir la primera sea necesario adoptar un enfoque preventivo que actúe antes de que aparezca el envejecimiento patológico. El viejo organismo constituye un sistema complejo en equilibrio dinámico, cuyos procesos vitales son resultado de acciones anteriores que tardan a veces años en manifestarse. Para que el organismo viejo resista las agresiones vitales, la prevención debe empezar varios años antes. La prevención se convierte en un acto racional de previsión y defensa del organismo en las etapas anteriores a la vejez cuando objetivamente, se sabe que aumentarán las agresiones ambientales, disminución de las capacidades cognoscitivas y cambios importantes en los roles familiares y sociales; por lo que resulta prudente elevar la capacidad de defensa biológica aunado a una mejor calidad de vida. Se encuentran tres niveles de prevención:

- A) Prevención Primaria: Acción para impedir la aparición de conductas o procesos no deseables, así como también no hay aparición o existencia de enfermedades, se considera importante mencionar que no nada más se ocupa de la aparición de enfermedades mentales, sino que se considera al adulto mayor como un todo sistémico donde se integran mente-cuerpo; por lo que también se considera la aparición de enfermedades crónico-degenerativas, infecciosas, gástricas, nutricionales, entre otras.
- B) Prevención Secundaria: Pone énfasis en la corrección o tratamiento de alteraciones ya presentes, o bien, trata de evitar su desarrollo; y es muy importante la adherencia terapéutica en donde la recuperación o el mantenimiento de una estabilidad física y mental depende de la relación comportamental del adulto mayor y los consejos sobre salud y/o prescripciones que ha recibido por parte del médico. Es aquí donde el psicólogo tiene un papel fundamental detectando desde los tres aspectos: la psicología, la dinámica familiar y el contexto social del adulto mayor, de que manera están influenciando para que exista o no la adherencia a la terapéutica médica.
- C) Prevención Terciaria: Se dirige a la rehabilitación, a la integración de los sujetos que han pasado por una situación problemática. Aquí la enfermedad ya dejó algún tipo de secuela y esto pudiera dar paso a nuevas enfermedades.

El fundamento del proceso de prevención consiste en el aprendizaje de los aspectos físicos y sociales de la persona de edad disfuncional y las nuevas actividades que le son gratificadoras. A través de este proceso se le enseña a la persona a enfrentarse con los problemas de la vida tal y como aparecen en el contexto biopsicosocial.

El trabajo sistematizado para la rehabilitación de las personas de edad avanzada, permitirá que las conductas de aprendizaje sean reforzadas en forma contingente.

En el adulto mayor, la soledad y el aislamiento social son factores de riesgo los que tienden a acelerar su proceso degenerativo por su alta correlación con sus conductas sedentarias, por lo que a las personas jubiladas se les debe de brindar alguna alternativa para ocupar su tiempo libre y no caer en la apatía y conducta sedentaria que afecten su salud integral. Es recomendable ofrecer a las personas de edad avanzada actividades recreativas accesibles y sin costo además de proporcionarles, si es preciso, transporte para el evento recreativo con la finalidad de garantizar su asistencia, la cual puede ser limitada por problemas del desplazamiento causado por sus afecciones del sistema músculo esquelético.

La depresión en las personas de edad avanzada causa más problemas de adaptación que el aislamiento ya que es una entidad patológica limitante para las actividades de la vida diaria. Este trastorno tiene una multicausalidad en los factores psicosociales, pero independientemente de la casuística externa de la depresión, se debe tomar en cuenta lo que ocurre en el interior de las personas de edad avanzada. Depende de la estructura de la personalidad del viejo lo que permitirá resolver o no los conflictos con recursos singulares, además de cómo haya afrontado las anteriores etapas a lo largo de su vida; dependerá de las circunstancias ambientales vividas, además del desarrollo ontogenético de las habilidades psicológicas puestas en práctica por la persona. La prevención o geroprofilaxis no empieza en la vejez, sino en las etapas tempranas para poder alcanzar una vejez satisfactoria.

Los niveles de intervención dependen del proceso de inducción de cada individuo ya que se puede estar en posibilidades de practicar el auto cuidado. En el auto cuidado el individuo no solamente deberá desarrollar las habilidades psicológicas, sino que también las otras áreas como la biológica y la social.

#### 4. ATENCIÓN PSICOLÓGICA.

La edad no constituye una contraindicación en sí misma del tratamiento psicoterapéutico, aunque modifica sustancialmente algunos aspectos. Es importante vencer las resistencias culturales y personales de los viejos al tratamiento de los problemas psicológicos. La actitud del terapeuta he de ser más activa, empática, reforzadora y flexible que con los adultos jóvenes; las terapéuticas más destacadas en la atención e intervención psicológica en el adulto mayor, se encuentran:

##### ∞ PSICOTERAPIA DINÁMICA

Se centra en el mantenimiento de la autoimagen y la autoestima ante los cambios biopsicosociales, la resolución de conflictos intrapsíquicos e interpersonales, el ajuste a la jubilación, la viudez y el cambio de roles intrafamiliares, y la aceptación de la pérdida de capacidades y la propia muerte. Los viejos tienden a presentar transferencias idealizadas que no es conveniente destruir. En otras ocasiones aparecen miedos al rechazo, incomprensión o intrusión del terapeuta en la propia viuda o envidia ante la juventud y vitalidad

de éste. El procedimiento más aconsejable en los adultos mayores es la psicoterapia breve y psicoterapia de apoyo.

#### ∞ TERAPIA COGNITIVO – CONDUCTUAL

La terapia cognitivo – conductual está indicada en viejos sin deterioro cognitivo y con buena motivación, para desarrollar y/o establecer el uso de potencialidades. Aunque algunos tratamientos conductuales se han desarrollado especialmente en pacientes demenciados, para el entrenamiento en problemas de hábitos alimenticios, continencia de esfínteres, habilidades sociales y utilización de recursos para aminorar problemas de memoria, y pueden ser necesarias para tratar trastornos obsesivos con comportamientos rituales.

#### ∞ TERAPIA FAMILIAR

La familia es esencial en el proceso diagnóstico y terapéutico psicogeriatrico, los dos aspectos centrales son: el ajuste de la familia al deterioro del viejo y las actitudes ante el tratamiento psiquiatrico. La función del terapeuta consiste en explicar adecuadamente a la familia la enfermedad del paciente y educarla en las formas de manejo de sus síntomas. También he de ayudar en la toma de decisiones prácticas y realistas, y colaborar en la resolución de conflictos intrafamiliares que impiden el proceso terapéutico.

#### ∞ TERAPIA DE GRUPO

La orientación de los grupos puede ser muy variada, pero los objetivos suelen ser comunes: aportar un entorno social que permita restablecer la autoestima y la comunicación; la resolución de problemas, el esfuerzo para retomar antiguos intereses.

#### ∞ TERAPIAS DESARROLLADAS ESPECIFICAMENTE PARA LOS ADULTOS MAYORES

La orientación de la realidad se maneja mediante un grupo de técnicas que ofrecen una estrategia comprensiva para el manejo del deterioro cognitivo; sus objetivos son la reorientación y la independencia del viejo.

La terapia de reminiscencia aplicable ya sea individual o grupalmente para cualquier adulto mayor, se basa en favorecer el recuerdo y la revisión de la propia historia vital. La terapia de validación o fantasía desarrollada para pacientes demenciados se centra en la expresión de sentimientos.

Existen otras formas de terapia utilizadas en adultos mayores como lo es el desarrollo de la terapia ocupacional, para el tratamiento de enfermedades mentales orgánicas y funcionales, supone un avance en la asistencia psicogeriatrica, por lo que lo abordaremos más adelante.

Por otra parte, también se han empleado en adultos mayores otras variables terapias personales como: la música terapia, el psicodrama, la expresión corporal y la artística; con el objetivo de resolver los problemas inmediatos del viejo, redefinir el significado de la vida personal y social, potenciar la autoestima, dignidad y sentimiento de bienestar y estimular las facultades intelectuales, físicas y emocionales.

## 5. REHABILITACIÓN BIOPSIICOSOCIAL.

La fase de rehabilitación biopsicosocial denominada así porque conlleva al desarrollo de funciones encaminadas a la eliminación de un déficit o disfunción física, psicológica o social para lograr el máximo grado posible de autonomía personal e integración social, se le da un enfoque integral que favorece la calidad de vida del adulto mayor, al evitar que se convierta en inválido o postrado. Está dirigida al adulto mayor sano u enfermo (agudo, crónico ó incapacitantes) tratando de prevenir o anular secuelas invalidantes, aprovechando sus capacidades residuales con el fin de conseguir su independencia y con ello la integración a su medio familiar y social.

Existe sin duda una tendencia conforme avanzan los años a limitar los movimientos, la actividad natural disminuye progresivamente. Siempre hay que buscar la causa que puede ser el resultado de una larga enfermedad o de una afección leve, o bien de una infección o caídas.

El objetivo principal de su rehabilitación es, evitar el deterioro físico por movilización insuficiente; si se deja al viejo postrado sin estimular su actividad, pierde rápidamente su capacidad funcional incluso llega a no poder caminar. Para el adulto mayor, la rehabilitación es vital, debe ser integral, no únicamente valorizando los aspectos físicos e invalidantes, sino también los de tipo psicológico, social y cultural, por lo que los objetivos del programa serán no solo movilizarlo, sino procurar que se integre lo más pronto posible a su vida cotidiana. Sus objetivos son:

- ∞ Valorar las capacidades residuales, tomando en cuenta todos aquellos factores que influyan como determinantes y agravantes de un grado de invalidez.
- ∞ Conseguir la independencia para el desarrollo de las actividades básicas cotidianas y de su propia movilidad, impulsando al adulto mayor a la acción, para que pierda la necesidad de dependencia excesiva.
- ∞ Desarrollar el interés para la práctica de diversas actividades.

Los principios generales de la rehabilitación integral son:

- Mantener la máxima movilidad

- ↗ Mantener o restaurar la independencia básica en las actividades de la vida diaria
- ↗ Obtener su confianza y colaboración desde el principio del tratamiento
- ↗ Estimular razonablemente la esperanza y el optimismo
- ↗ Aplicar tratamientos sencillos
- ↗ Efectuar sesiones terapéuticas que no causen fatiga
- ↗ Integrar un equipo de trabajo multidisciplinario

Las actividades dentro de la rehabilitación biopsicosocial, son variables de acuerdo a las posibilidades individuales, condicionamientos sociales y experiencia previa de actividades del ocio durante la madurez.

a. Terapia Ocupacional.



Fig. 17 En la terapia ocupacional se pueden aprender diversas manualidades<sup>4</sup>.

Cuando nos enfrentamos a las actividades que pueden desarrollar los adultos mayores, hallamos cuerpos y mentes que no pueden tan fácilmente recuperarse en cuanto a salud se refiere, por lo que el viejo debe aceptar el hecho de los defectos residuales, pero es importante procurar preservar las funciones corporales y las facultades mentales; esto no solo requiere la plena prosecución y adaptación de todos los avances médicos, sino que necesita la preservación simultánea de los privilegios, honor e integridad de la independencia personal para cada individuo viejo.

Por parte de los economistas, científicos sociales, médicos y gobernantes se ha llegado a la conclusión de que la vejez no recibía la atención especial que merecía; no obstante organizaciones nacionales y privadas que han logrado despertar una mayor atención hacia este problema.

Un problema especial es el creado por los retirados ya que la separación brusca o progresiva del trabajo habitual puede crear una serie de problemas en el viejo. El retirado debe crear para sí mismo un módulo de actividades que le sirva como un sustituto efectivo para su trabajo, si logra hallar una adaptación satisfactoria, el individuo experimentará la sensación de la aceptación de la sociedad.

---

<sup>4</sup>Fotografía tomada por la autora de la Tesina (Sra. Gloria del grupo Tláhuac).

La terapia ocupacional, es la que se encarga de diseñar esos procedimientos de intervención y prevención, por lo tanto es toda actividad física y/o mental perfectamente prescrita y guiada para ayudar al tratamiento de las enfermedades y discapacidades de los adultos mayores.

Según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, la terapia ocupacional es el arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud y prevenir la incapacidad para valorar la conducta y para tratar o adiestrar a los pacientes con disfuncionalidades físicas o sociales.

Implica una actividad útil planeada que favorece la recuperación de las personas afectadas por una enfermedad mental o una discapacidad física que algunas veces aparecen.

Considerada en su origen como una forma de ocupar el tiempo de los pacientes en periodo de convalecencia, en la actualidad la terapia ocupacional se ha convertido en un programa de actividades de trabajo que se seleccionan por su valor físico, mental, emocional y vocacional.

Con frecuencia el terapeuta emplea una forma de rehabilitación vocacional para la que selecciona actividades que tratan de enseñar tareas básicas de la vida diaria a aquellos que nunca las han aprendido o que las han perdido, como en el caso de quienes han sufrido una amputación, forman parte de un deterioro cognitivo, a quienes han tenido una pérdida gradual de sus habilidades y capacidades, tanto fisiológicas, psicológicas y sociales.

La terapia ocupacional, cumple con distintos objetivos, de los cuales podemos enumerar los siguientes:

#### 1. QUINETICOS:

- Aumento de la fuerza muscular
- Aumento de la movilidad articular
- Mejoramiento de la coordinación psicomotriz
- Favorecimiento de la relajación muscular

#### 2. PSICOLÓGICOS:

- Estimulación del interés en el ejercicio ejecutado
- Estimulación del interés de las cosas que lo rodean
- Estimulación de la atención
- Actuar como sedante, disminuyendo así la tensión emocional
- Disminución de la tensión destructiva
- Dar oportunidad para la propia iniciativa
- Creación de nuevos intereses y horizontes para el trabajo
- Conservación del hábito del trabajo



### 3. SOCIALES:

- Aumento de la sociabilidad
- Desarrollo de la responsabilidad de grupo y cooperación
- Elevación de la moral del adulto mayor (autoestima)
- Desarrollo del control de sí mismo

En cuanto al papel del terapeuta ocupacional, desarrolla en dos principales áreas, las cuales se pueden dividir en dos clases:

#### TERAPIA FUNCIONAL.

El terapeuta ocupacional valora la conducta del adulto mayor, desde el punto de vista de sus capacidades y ventajas, así como de sus disfunciones e impedimentos. La terapia funcional se centra en las funciones y disfunciones del sistema muscular y nervioso y en cómo las actividades planeadas pueden ayudar mejor a desarrollar o restablecer las capacidades sensoriales, motoras y perceptivas.

El programa de terapia ocupacional se individualiza con el fin de desarrollar y restablecer al máximo la coordinación nerviosa o muscular, aumentar la movilidad de las articulaciones, y fortalecer los músculos dentro de los límites de la tolerancia física del adulto mayor; también tiene en cuenta las motivaciones de los pacientes para llevar a cabo las actividades con sentido terapéutico.

#### TERAPIA PSICOLÓGICA.

Con independencia de si el impedimento deriva de una incapacidad física o de una enfermedad mental, la rehabilitación psicológica del adulto mayor es importante; se centra en la realización de actividades planificadas útiles que proporcionen al paciente triunfos escalonados que le ayudarán a vencer la falta de confianza en sí mismo, la escasa autoestima, la dificultad de enfrentarse al estrés y la depresión.

La terapia ocupacional se centra en obtener un equilibrio entre el trabajo, el juego y el descanso, en maximizar la función independiente y en considerar al adulto mayor como un sujeto capaz y no como un impedido.

#### TERAPIA RECREATIVA.



Fig. 18 El baile como recreación<sup>5</sup>.

Es toda actividad humana en la cual se invierte tiempo, energía física y mental con un fin terapéutico. Es una serie de actividades, ejercicios y juegos libres.

El juego es una actividad voluntaria realizada dentro de ciertos límites fijados de tiempo y espacio que siguen una regla libremente aceptada pero completamente imperiosa provista de un fin en sí mismo, acompañada de un sentimiento de tensión y alegría y una conciencia de ser algo diferente de lo que es la vida diaria. Dentro de los diferentes juegos, resaltan:

- Juegos verbales y mágicos, de suerte, de azar, augurio, y de simulacro.
  1. juegos de iniciación
  2. juegos imitativos
  3. juegos mágicos
  4. juegos de suerte
  5. juegos de azar
  6. juegos rituales
  7. juegos de simulacro
  
- Juegos de fuerza y habilidad
  1. juegos de habilidad
  2. juegos de habilidad con apuesta
  3. juegos gimnásticos, acrobáticos y rítmicos
  4. juegos de fuerza
  5. juegos de fuerza y habilidad a un tiempo
  6. lanzar y tirar
  7. saltar
  8. subir y llevar
  9. carrera de persecución
  10. carrera de luchas con participación del hombre
  11. juegos sobre agua, nieve, hielo y aire
  12. varios

---

<sup>5</sup> Fotografía tomada por la autora de la Tesina (Sr. Y Sra. Soto, disfrutando de un tango).

- Juegos intelectuales
  1. juegos de picaresca y farsa
  2. juegos de esconder algo
  3. juegos geométricos
  4. juegos de combinación
  
- Juegos de expresión y creatividad
  1. dibujo
  2. pintura
  3. recorte

## ANALISIS

Los viejos de más de 65 años poseen características físicas, psicológicas y sociales que los diferencian de los adultos más jóvenes, cada uno de los cuales ha vivido mucho tiempo, experimentado alegrías y dolores singulares. A pesar de esta singularidad, existen unos cuantos elementos generales y esenciales por considerar, al someter a terapia psicológica a personas de edad avanzada, los mismos que se pueden dividir en dos elementos: contenido y de proceso.

En cuanto a contenido, con la edad aumenta la incidencia de síndromes cerebrales orgánicos, pero otros problemas de salud mental en esta población no difieren tanto de los padecidos en una etapa anterior de la vida. Aunque el psicólogo debe de percatarse de la medida en que las incapacidades físicas y los medicamentos pueden agudizar los problemas psicológicos, también debe tenerse en cuenta la consistencia y continuidad de las primeras décadas de vida del viejo.

El psicólogo también debe estar consciente de que la afiliación emocional de estas personas puede ser una reacción justificada a los problemas de la vida, ya que sería injusto y equivocado sugerir que todos los malestares psicológicos son patológicos, pueden representar una respuesta comprensible a situaciones desagradables de la vida real.

Y en cuanto a proceso, los terapeutas conductuales descubrieron hace tiempo que no es necesario modificar sustancialmente las terapias efectivas para gente más joven al trabajar con adultos de la tercera edad. Ciertos clínicos realizan algunas adaptaciones de las mismas, y enfocan los problemas más inmediatos y directos; afirman que la terapia con los viejos debe ser activa y directa, proporcionar información, tomar la iniciativa en buscar las dependencias para los servicios requeridos, y ayudar al cliente y a su familia a sortear esa mezcla de leyes y oficinas y locales que tienen como objeto auxiliar a esta población.

El repasar la vida de los viejos, método propuesto por Butler (1963), es un enfoque terapéutico muy adecuado para esta población; refleja la influencia de la teoría del desarrollo en el lapso de vida de Erik Erickson (1950, 1968), según la cual las etapas de conflicto y crecimiento se prolongan hasta bien entrada la vejez. El repaso de la vida facilita en esencia la que parece ser una tendencia natural en los viejos a reflexionar en el pasado y a tratar de encontrarle cierta lógica a los sucesos de su existencia.

En términos eriksonianos, le ayuda a la persona a enfocar el conflicto entre la integridad del yo y la desesperación; se realizan actividades tales como pedirle al paciente que traiga fotografías antiguas, visite la casa donde transcurrió su infancia, y escriba una especie de autobiografía. Es posible que con esto la persona se sienta mejor o peor; debido a ello el terapeuta debe ser

sumamente hábil para que el paciente adopte una perspectiva más positiva de su pasado y se reconcilie con su existencia en la última etapa de ella.

Un aspecto de la psicoterapia sin importar su orientación teórica, que se pone de manifiesto al trabajar con personas de edad avanzada, es semejante al concepto analítico de contratransferencia. Los terapeutas, que usualmente son mucho más jóvenes que estos pacientes, pueden experimentar conflictos al enterarse de los problemas de sus pacientes, ya que pueden tocar aspectos delicados de su propia vida, tales como los problemas no resueltos con sus propios padres, preocupaciones por su propio envejecimiento, y renuencia a tratar aspectos relacionados con la muerte o agonía. Como especula Knight (1992) "la idea de que la terapia es distinta con los viejos parece deberse ahora al impacto emocional que sufre el terapeuta al trabajar con estas personas, que a verdaderas diferencias en cuanto a técnica, procedimiento o probabilidades de éxito... No obstante es un reto tanto intelectual como emocional para los terapeutas que les pueden brindar la satisfacción de madurar antes de tiempo".

Posiblemente encontramos justificado el problema que afrontan en el mundo un sinnúmero de adultos mayores que cada día se incrementa aceleradamente, advertencia que debe llegar a los profesionales en salud mental para asumir este nuevo desafío y construir una nueva estrategia de prevención, atención e intervención de la vejez. Esta tendencia general de las sociedades urbanas modernas provoca una profusa cantidad de cuestiones sociales en relación al adulto mayor, que no son suficientemente estudiadas, y empiezan a traducirse en disfunciones y conflictos sociales.

Es por ello que es indispensable crear una cultura en pro del envejecimiento, tomando en cuenta todos los ámbitos de estudio e investigación; en la educación superior, e incluir niveles de postgrado, las cuales deben fortalecer procesos de investigación en el campo de la Geriatria, Psicogeriatría, Psicogerontología y Gerontología, comprometiendo diferentes disciplinas y profesiones; cada una con sus aportes, evitará que la desinformación se repita para los viejos del mañana, y de esta manera podrán erradicarse los estereotipos erróneos que actualmente señalan al viejo y a cambio se dará paso a una política educativa y de atención, acorde a los cambios y transformaciones demográficas que experimenta el mundo.

En este sentido expreso una cordial invitación a todos y cada uno de los profesionales comprometidos en el cuidado de los adultos mayores, así como también a las instituciones que en la actualidad tienen el mismo objetivo, con el fin de que transfieran su experiencia en el trabajo gerontológico y reafirmen el compromiso que les asiste ante los viejos y ante la sociedad. Igualmente resulta importante involucrar al sistema educativo para que hagan suya la enseñanza de la Gerontología y la Geriatria en los diferentes niveles de la educación formal.

## CONCLUSIONES

Los especialistas en salud mental hasta hace poco habían puesto poca atención en las alteraciones de los adultos mayores; a medida que aumenta la población de gente que rebasa los 65 años, será cada vez más importante aprender acerca de los trastornos que proliferan en esta edad; los medios más eficaces para prevenirlos o intervenirlos. Aunque un hecho común en esta población es el deterioro del estado físico, parece que gran parte de la aflicción emocional a que son propensos los viejos tienen un origen psicológico.

Los trastornos cerebrales graves afectan a una población pequeña de viejos, dos son los principales: demencia y delirio, en la demencia, el funcionamiento intelectual de la persona se deteriora a ritmo acelerado, afecta a la memoria, el pensamiento abstracto y la capacidad de juicio. Si la demencia es progresiva, y casi siempre lo es, el individuo parece convertirse en una persona totalmente distinta, y al final no pone la más mínima atención en lo que ocurre a su alrededor. Distintos padecimientos ocasionan este deterioro, el más importante de los cuales es uno del tipo de la enfermedad de Alzheimer, donde se pierden células corticales. En el delirio existe una súbita obnubilación de la conciencia y otros problemas del pensamiento, sentimientos y conducta: ideas fragmentadas y sin dirección, habla incoherente, incapacidad de enfocar la atención, alucinaciones, ilusiones, desorientación, letargo o hiperactividad, y fluctuaciones del estado de ánimo; el estado es reversible, con tal que su causa no esté extendida y se proporcione el debido tratamiento. Las células cerebrales funcionan mal pero no siempre están destruidas.

Los tratamientos para cada uno de estos trastornos difieren marcadamente; si se sospecha de delirio, hay que encontrar la causa, a fin de rectificar la situación patógena; en cambio, la demencia casi nunca puede ser tratada, pero se puede orientar al enfermo y a su familia para que el tiempo que le quede de vida al primero pueda aprovecharse de algún modo y hasta resulte agradable.

La psicoterapia puede beneficiar a muchos viejos, pero hay que considerar varios aspectos relativos a su tratamiento. La aflicción emocional de estas personas a veces puede estar justificada; con frecuencia han sufrido pérdidas irreparables y enfrentan dificultades físicas y económicas reales. No conviene atribuir siempre sus malestares a algún estado psicopatológico. Asimismo la muerte es una de sus preocupaciones más inmediatas. En lo que respecta a la terapia, los clínicos a veces deben ser más activos y directivos, proporcionar información y localizar las dependencias que ofrecen los servicios sociales que requieren sus pacientes. La terapia también debe fomentar cierto sentido de control, capacidad y esperanza, así como ayudar a la persona a que se determine algún significado de su vida a medida que se acerca a su muerte.

Es por ello que debemos centrar nuestra atención en las actividades preventivas, sobre todo antes de que se manifieste el proceso de envejecimiento del organismo; además de favorecer a través de la educación

para la salud, hábitos de vida sana que propicien el mantenimiento de una correcta funcionalidad.

Sin el mejoramiento de las condiciones sociales y en la calidad de vida y sin los avances tecnológicos no puede haber mejoramiento en la salud. La calidad de vida está determinada por la mejor alimentación, mejor vivienda y mejor escolaridad; el reto actual ya no es incrementar la cantidad de años de vida de los mexicanos sino mejorar su calidad de vida. Esta mejoría depende de varios factores en los que intervienen los servicios de salud, al desarrollo de la ciencia y la tecnología, la formación de recursos humanos, la capacitación, mejores prestaciones para jubilados y mejorar el estilo de vida entre otros.

Debemos anticipar los servicios que requiere la población de la tercera edad como son: seguridad social, salud, educación, habitación, empleo, capacitación y servicios sociales. Se considera que un adulto mayor tiene un buen nivel de bienestar cuando es capaz de enfrentar los cambios que ocurren en su organismo y en su medio social, con un grado de adaptación adecuado y de satisfacción personal.

El reto es mayor conforme avanza el perfil de riesgos, se tiene que cuidar lo que se ha logrado, enfrentar el hoy con conocimiento y decisión, y anticipar el futuro para evitar una avalancha de problemas que lleven a la institucionalización de los viejos. Se propone lo siguiente:

- ∞ Preparación gerontológica a los profesionales de las instituciones que atienden a personas de edad avanzada mediante cursos de especialidad, diplomados o ciclos de conferencias.
- ∞ Brindar asistencia social a los adultos mayores que se encuentren en situación social desventajosa.
- ∞ Ofrecer servicios a la comunidad mediante centros de atención diurna, ayuda domiciliaria, educación y preparación para la vejez, mediante el programa de escuela para hijos.
- ∞ Realizar investigaciones que propagan nuevos programas de atención a los adultos mayores.
- ∞ Construir una política social para el adulto mayor.
- ∞ Despertar el interés o bien concientizar toda la sociedad en políticas y programas para los adultos mayores.
- ∞ Hacer una gran movilización social con los niños, jóvenes y los de etapas intermedias de la vida, para reconocer que en breve también llegaremos a este estadio de la vida.
- ∞ Sensibilización de los servidores públicos para que den trato de respeto y de calidad que merecen las personas adultas mayores.

Hay que volver a recuperar el respeto y el contacto entre generaciones a través de:

- I. Convivencia y desarrollo para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, mediante una efectiva integración a la dinámica de la ciudad,

mediante la apertura de espacios de participación y convivencia que fortalezcan la conciencia social sobre estos grupos y, potencien el desarrollo de sus capacidades y ámbitos de actuación económica, política y social.

- II. Implementar una red de apoyo para atender a los adultos mayores que están en una situación de pobreza, de indigencia o de vulnerabilidad.
- III. La dignificación del adulto mayor el cual se reconocerá y revalorará la capacidad, la entrega y no sólo en el entorno social sino también en los entornos familiares, mediante campañas de información y concientización sobre necesidades, capacidades y los derechos del adulto mayor.
- IV. Educación y capacitación a la familia y a la comunidad, para propiciar la permanencia de los adultos mayores en su entorno familiar y social, fomentando la convivencia solidaria, autónoma y ayuda mutua.

Para las campañas de orientación y capacitación a los núcleos familiares se manejará el respeto y la valorización dentro de los ámbitos familiares, y otros problemas centrales que son el de salud, auto cuidado y alimentación, ya que con una buena información, las familias podrán tener la capacidad de orientar la alimentación, el cuidado y la protección, si lo aunamos a un sólido programa que conlleve al auto cuidado de la salud y al auto cuidado personal del adulto mayor.

Reincorporación y participación efectiva en la vida productiva y social, a través de impulsar el acceso y la permanencia del adulto mayor en actividades productivas, recreativas y sociales de un amplio aspecto, acordes a sus capacidades físicas e intelectuales. Debemos construir y defender juntos los derechos de las personas Adultas Mayores.





## BIBLIOGRAFÍA

- Ander-Egg, E. (1995). Técnicas de Investigación Social. Argentina: Lumen.
- Ardila, A., Ostrosky, F. (1998). Diagnóstico de Daño cerebral. México: Trillas.
- Asili, N., Galvanovskis, A. (1995). Psicología y Envejecimiento. México: Ed. Revista Psicológica.
- Baena, G. (2001). Instrumentos de Medición. México: Editores Mexicanos Unidos.
- Barajas, M. J., (1999). El sentido de Vivir. México: Trillas.
- Bee, H. L., Mitchel, S. K. (1987). Desarrollo de la persona. México: Harla.
- Belsky, J. K. (1996). Psicología del Envejecimiento. España: Masson.
- Benitez, Z. R. (1999). Situación de los adultos mayores en el D. F. Elementos conceptuales para un modelo de atención. México:UNAM.
- Bianchi,H.,Gagey, J., Mareigner, J., et al. (1992). La cuestión del envejecimiento. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Buendía, J. (1990). Envejecimiento y Psicología de la Salud. España: Universidad de Salamanca.
- Canto, S. E. G. (2000). Redes de apoyo en una población de ancianos de los Reyes la Paz, Estado de México. Tesis de especialidad en Trabajo social en el sector Salud, UNAM.
- Chevallier, B. (1999). Como leer tomando notas. Argentina: FCE.
- CONAPO. (2002). Información Sociodemográfica de México 2002. México: UNFPA.
- Cortés, S. I. F., Barragán, V. C., Vazquez, C. M. L. (2000). Perfil de Inteligencia Emocional. Manual de Aplicación: México.
- Delgado, B. G. (1999). 25 años de Política de Población en México. Trabajo presentado en el foro de sensibilización en materia de población. México, D. F.
- Díaz, G. R. (1991). Psicología del Mexicano. México: Trillas.
- Eco, H. (1993). Como se hace una Tesis. España: Gedisa.
- El Adulto Mayor en el Distrito Federal: Por una Sociedad integral en el siglo XXI. (Noviembre, 1999). Editado por: Gobierno del Distrito Federal.
- El Doctor en su casa. Enciclopedia Médica Familiar. (1990). México.
- Enciclopedia de las Ciencias. Vol. 8. (1985).México: Grolier-Cumbre.
- Enciclopedia Microsoft. Encarta 2001. Microsoft Corporation.

- Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas. (Julio, 1999). Editado por: Consejo Nacional de Población: México.
- Escotto, C. A. (1996). Ensayos sobre Psicología Materialista. México: FES - Zaragoza
- Folleto sobre Depresión. Lo que usted necesita saber. (1992). México: Asociación Psiquiatría Mexicana A. C.
- G. Ferrey, G. Le Goves, J. Bobes. (1994). Psicopatología del anciano. España: Masson.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal. Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal. 7 de Marzo del 2000. Asamblea Legislativa del Distrito federal. Num. 38, Décima época.
- Gerusia. Órgano informativo de la Fundación: Fuego de Vida IAP. Num. 12, año 3. Impresa por Seri Editores y Distribuidores S. A. de C. V.
- Gobierno del Distrito Federal. (2001). Porque usted tiene derechos. México Distrito Federal.
- Goleman, D. (1995). La Inteligencia Emocional. México: FCE.
- González, A. J. (1999). Plan nutricional para una sana longevidad. México: Gerusia.
- González, R. M. (2003). Los Abuelos. España: Edimat Libros.
- Gutierrez, S. C. (2001). La bioética ante la muerte. México: Gaceta Medica Mexicana Vol. 137 no. 3
- Ham-Chande, R. (1996). El Envejecimiento: Una Nueva Dimensión de la Salud en México. México: Salud Publica.
- La Situación de los Adultos Mayores en el Distrito Federal. Elementos para un Modelo de Atención, Perfil Demográfico, Epidemiológico y Sociológico. (1999). México: Gobierno del distrito Federal.
- Lerh, U. (1988). Psicología de la senectud. Barcelona: Herder.
- Ley de los derechos de las personas adultas mayores del Distrito Federal. Gobierno del Distrito Federal. Marzo del 2000.
- Linton, R. (1942). Estudio del hombre. México: FCE.
- López, A. L. (1996). Anatomía Funcional del Sistema Nervioso. México: Noriega.
- Lozano, R. (1999). Las enfermedades en los adultos mayores pobres en México. México, Gobierno del Distrito Federal.
- Luna, T. L. (1999). Aprender a Envejecer, mientras envejece y de los que envejecen. Archivo Geriátrico (Órgano de difusión de la Asociación de Gerontología y Geriátrica, A. C.). Año 2, Vol. 2, Num. 3.

Manual de Atención: La Enfermedad de Alzheimer. México: Gobierno del Distrito Federal.

Manual de Diagnóstico DSM-IV. (1995). México: Masson.

Martínez, L. J. (2000). Envejecimiento normal. España: Caritas.

Mendoza, M. L., Caro, L. E. (1999). Manual de Grupos de Autoayuda. México: Gobierno del Distrito Federal.

Mishara, B., Riedel, R. (1986). El proceso de envejecimiento. Madrid: Morata.

Mopherson, B. (1983). Aging as a social process. Toronto: Butterworth.

Moragas, M. R. (1991). Gerontología Social. Barcelona: Heder.

Moreno, A. A. (2000). Información Sociodemográfica de la Población Adulta Mayor del Distrito Federal. Gobierno del distrito federal. Secretaría de Desarrollo Social.

Muy Interesante. Año XIX. Num. 11. Documento: Historia de la Población Humana; del Paleolítico al Baby-Boom.

Noback, Strominger, Demarets. (1993). El Sistema Nervioso. México: Interamericana.

Nueva Enciclopedia Temática. Tomo 4. (1985). México: Grolier-Cumbre.

O'Conor, N. (2001). Déjalos ir con amor. México: Trillas.

Organización Panamericana de la Salud en las Americas. (1994). Publicación Científica no. 549. Washington.

Population Referente Boreal. Measure Communication. (2000). Cuadro de la Población Mundial. Datos y Calculos Demográficos sobre los Países y Regiones del Mundo. Washington: PRB. Edición en cuadro y folleto.

Population Referente Bureau. (1991). Guía rápida de Población. 2 da. Edición. E. U.: PRB.

Proyecciones de la Población de México 1995-2020. (1999). México, D. F.: CONAPO.

Sánchez – Gaviota, A. G. (2000). Manual de prevención y auto cuidado para las personas adultas mayores. México: Gobierno del Distrito Federal.

Sánchez, C. S. (1989). Léxicos de Psicología. Madrid: Santillana.

Van, P. J. (2001). Aprendiendo del dolor. Madrid: Atlántida.

Vanguas J. J., Leturia M., Uriarte A. (1998). Intervención psicosocial en Gerontología. España: Caritas.

Vega, J. K. (1989). Acción Socio – Educativa en la Tercera Edad. España: Pedagogía Social.

Vidal, D. A. (1995). Trastornos psicopatológicos, su incidencia en el incumplimiento terapéutico. Argentina: Alcmeón.

Wastzlawick, P. (1993). La realidad inventada. Barcelona: Herder.

## **MEDIOS ELECTRÓNICOS**

Calculadora de Población

Monitor de población.

Hecho por: UNFPA FNUAP. Fondo de las Naciones Unidas A.P.

Fuente: Tabulaciones Suplementarias, División de Población, Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Secretaría de las Naciones Unidas. World Population Prospects: The 1992 Revisión (Naciones Unidas, Nueva Cork, 1993).

## **PAGINAS DE INTERNET**

[latercera@copesa.cl](mailto:latercera@copesa.cl)

<http://www.un.org/esa/socdev/iyop/esiyopoo.htm>

<http://www.inapam.gob.mx/inapam/transparencia/fraccionxv.htm>

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/esp.asp>

[http://www.cinu.org.mx/temas/envejecimiento/p\\_edad.hth](http://www.cinu.org.mx/temas/envejecimiento/p_edad.hth)

<http://www.clarin.com/diario/2005/06/24/elmundo/i:-03401.htm>

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### EL DÍA QUE ME VOLVÍ INVISIBLE

*No se a como estamos en esta casa no hay calendarios, y en mi memoria los días están hechos una maraña, me acuerdo de esos calendarios grandes, unos primores, ilustrados con imágenes de los santos, que colgábamos al lado del tocador, ya no hay nada de eso, todas las cosas antiguas han ido desapareciendo y yo también me fui borrando sin que me diera cuenta; primero me cambiaron de habitación, pues la familia creció, después me pasaron a otra más pequeña, aún acompañada de una de mis bisnietas; ahora ocupo el cuarto de los trebejos, el que esta en el patio de atrás; prometieron cambiarme el vidrio roto de la ventana, pero se les olvido, y todas las noches por allí se cuela un airecito helado que aumenta mis dolores reumáticos.*

*Desde hace tiempo tenía intenciones de escribir, pero me he pasado semanas buscando una pluma, y cuando al fin la encontraba, yo misma volvía a olvidar donde la había puesto, a mis años, las cosas se pierden fácilmente; claro que es una enfermedad de ellas, "de las cosas", porque yo estoy segura de tenerlas, pero siempre desaparecen.*

*La otra tarde caí en la cuenta de que también mi voz había desaparecido, cuando les hablo a mis nietos o a mis hijos, no contestan, todos platican sin mirarme, como si yo no estuviera con ellos, escuchando atenta lo que dicen a veces intervengo en la platica, segura de lo que voy a decirles no se les ha ocurrido a ninguno, y que les va a servir de mucho mis consejos, pero no me oyen, no me miran, no me responden, entonces llena de tristeza, me retiro a mi cuarto antes de terminar mi tasa de café, lo hago así, de pronto, para que me comprendan que estoy enojada, para que se den cuenta de que me han ofendido y vengan a buscarme y me pidan perdón, pero nadie viene.*

*El otro día les dije que cuando me muriera entonces si me iban a extrañar, el niño más pequeño, dijo: "¿A poco estas viva, Cande?", les cayó tan en gracia que no paraban de reír, tres días estuve llorando en mi cuarto, hasta que una mañana entro uno de los muchachos a sacar unas llantas viejas y ni los buenos días me dio, fue entonces cuando me convencí de que soy invisible. Me pongo en medio de la sala para ver si aunque sea estorbo, pero mi hija sigue barriendo sin tocarme, los niños corren a mí alrededor, de un lado a otro, sin tropezar conmigo.*

*Cuando mi yerno se enfermo, tuve la oportunidad de serle útil, le lleve un té especial que yo misma preparé, se lo puse en la mesita y me senté a esperar que se lo tomará, solo estaba viendo la televisión y ni un parpadeo me indicó que se daba cuenta de mi presencia, el té poco a poco se enfrió y mi corazón también.*

*Un viernes se alborotaron los chicos y vinieron a decir que al día siguiente iríamos todos de día de campo, me puse muy contenta, había tantos años que no salía y menos al campo.*

*El sábado fui la primera en levantarme, quise arreglar mis cosas con calma, los viejos nos tardamos mucho en hacer cualquier cosa, así que me tome mi tiempo para no retrasarlos, al rato entraban y salían de la casa corriendo y echaban bolsas y juguetes al coche, yo ya estaba lista y muy alegre, me para en el zaguán a esperarlos, cuando arrancaron y el auto desapareció envuelto en el bullicio, comprendí que yo no estaba invitada, tal vez porque no había en el coche o porque mis pasos tan lentos impedirían que todos los demás corrieran a su gusto por el campo, sentía claro como mi corazón se encogió, la barbilla me temblaba como cuando uno ya no se aguanta las ganas de llorar, vivo con mi familia y cada día me hago más vieja, pero cosa curiosa, ya no cumplo años, nadie me viene a felicitar, nadie me recuerda, todos están muy ocupados.*

*Yo los entiendo, ellos sí hacen cosas importantes, ríen, gritan, sueñan, llorar, se abrazan, se besan, yo ya no sé a que saben los besos, antes besaba a los chiquitos, era un gusto enorme el que me daba tenerlos en mis brazos, como si fueran míos, sentía su piel tiernita, y su respiración dulce muy cerca de mí, la vida nueva se me metía como un soplo, y hasta me daba por cantar canciones de cuna que nunca creí recordar, pero un día mi nieta Laura que acababa de tener a su bebé, dijo que no era bueno que los viejos besaran a los niños, por cuestiones de salud; ya no me acerque más, no fuera ser que les pasará algo malo por mis imprudencias ¡Tengo tanto miedo de contrariarlos!*

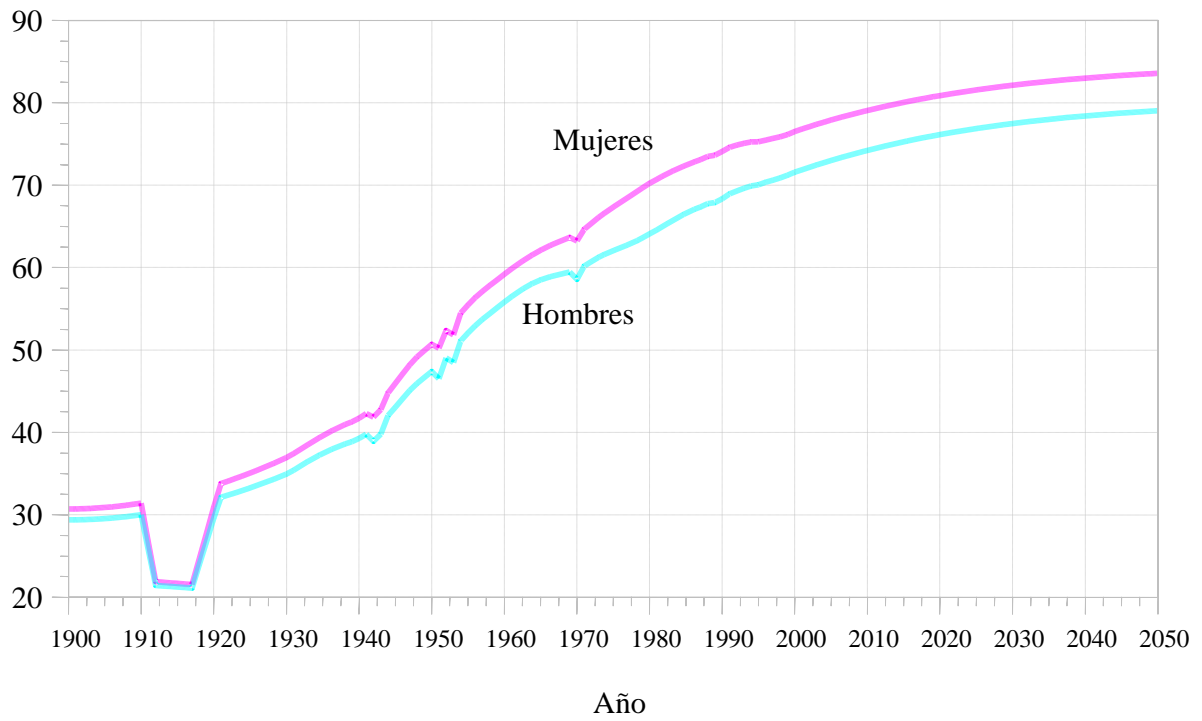
*Sin embargo aunque los quiero mucho, voy a causarles un último contratiempo, mañana que es Domingo y no están tan atareados, se encontraran con una sorpresa; ya tengo en mis manos el frasco de pastillas que tomaré, y no lo suelto, con eso de que todo se me pierde; lo haré en la sala, para que me encuentren pronto, Dios quiera que tengan dinero para mi ataúd y que no me guarden un mal recuerdo, yo los bendigo a todos y los perdono, porque ¿Qué culpa tienen los pobres de que yo me haya vuelto invisible?, les dejaré este papel para que tomen sus precauciones con tantas cosas que se inventan hoy, estoy segura de que habrá algo que puedan comprar para que siempre sean vistos y escuchados, para que el día de mañana no tengan que morirse estando muertos desde antes, como yo...*

(ANÓNIMO).

## ANEXO 2

### GRÁFICA A

México. Esperanza de vida al nacimiento por sexo, 1900-2050



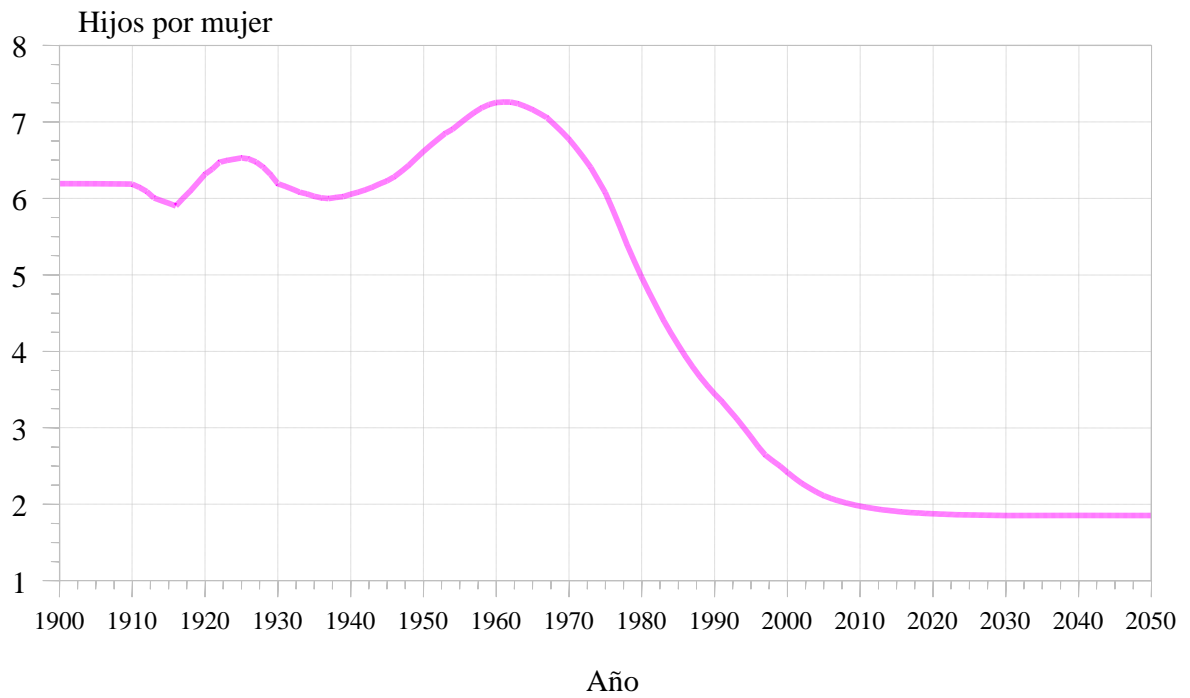
FUENTE: CONAPO (2002).



## ANEXO 3

### GRÁFICA B

México. Tasa global de fecundidad, 1900-2050



FUENTE: CONAPO (2002).