



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**EL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN ADULTOS
MAYORES, UN RESULTADO DEL
ENVEJECIMIENTO ACTIVO**

T É S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LIC. EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

FRANCISCO ALBERTO SÁNCHEZ CHÁVEZ

JURADO:

**DIRECTOR DE TESIS:
MTRA. MARÍA DEL CARMEN MONTENEGRO
NUÑEZ**

MTRA. MA. LUISA HERRÁN IGLESIAS

DRA. ZURAYA MONROY NASR

MTRA. KARINA TORRES MALDONADO

MTRA. LAURA ÁNGELA SOMARRIBA ROCHA



MÉXICO D. F. JUNIO DE 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A la memoria de los adultos mayores más importantes en mi vida, que siempre llevaré en mi corazón; quienes de manera especial motivaron este proyecto. Así mismo, agradezco a los participantes de este proyecto su valioso tiempo.

Mis abuelos maternos:

Aurelia Genoveva Sánchez Mejía
Urbano Chávez Martínez

Mis abuelos paternos:

Juan Sánchez Ramírez
Sara Juárez Mendoza

A mis padres:

José Francisco Sánchez Juárez
María Esther Chávez Sánchez
Por su apoyo incondicional, su paciencia, confianza, comprensión y amor.

AGRADECIMIENTOS

A Jehová Dios:

Por permitirme concluir esta etapa de mi vida y brindarme la oportunidad de haber alcanzado una de mis metas.

A mis hermanos:

Brianda Jathzibe Sánchez Chávez

Israel Ulises Sánchez Chávez

Por darme ánimos en los momentos más difíciles, contagiarme su alegría y ganas de vivir.

A mis amigos:

José Antonio Malacara Hernández

Jorge Luis Ibarra Martínez

Lizeth León Castillo

Por su apoyo incondicional, afecto y por ser mis mejores amigos.

A mis maestros

A todos y cada uno de mis maestros(as), que desarrollaron mis habilidades y conocimientos. Sobran las palabras para expresarles mi gratitud; sería difícil mencionarlos a todos, sin dejar de lado a quienes inesperadamente, su afecto e influencia traspasó las aulas, en especial a:

Maricarmen Montengro Núñez, por contagiarme las ganas de dar siempre lo mejor, por desarrollar mi pasión y el amor a la psicología; por su infinita paciencia y dedicación a este proyecto, y por facilitarme el instrumento psicométrico aplicado en este proyecto, mil gracias.

Karina Torres Maldonado, por su innovador método de enseñanza y por transmitirme el gusto y pasión por la teoría psicoanalítica.

María de Lourdes Monroy Tello, por su valioso apoyo durante todo el proceso del análisis estadístico de este proyecto.

A las autoridades: del “Club Ecológico de la Tercera Edad Aragón” y de la “Delegación Gustavo A. Madero”, por las facilidades otorgadas para el desarrollo de este proyecto de investigación.

A la Universidad Nacional Autónoma De México

Por haberme abierto sus puertas y brindado las facilidades para adquirir mis conocimientos en sus aulas. Espero poner muy en alto el nombre de esta máxima casa de estudios con mi ejercicio profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
I. MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1	
PERSPECTIVA DEL ENVEJECIMIENTO: UN ENFOQUE DEL CICLO VITAL	
1.1.El concepto de adulto mayor	9
1.2.El envejecimiento como etapa de la vida	10
1.3.Modelos teóricos del envejecimiento	
a) Conductista	16
b) Psicoanalista	19
c) Procesamiento Humano de la Información	23
d) Clínico	24
1.4.La adaptación del adulto a su condición de envejecimiento	
a) Actividad	27
b) Continuidad	29
c) Desarraigo	30
d) Roles	32
e) Modernismo	33
CAPÍTULO 2	
PROCESOS PSICOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO	
2.1. Una aproximación psicosocial al envejecimiento	35
1. Teorías sobre la relación del adulto mayor con la sociedad	35
a) Estratificación social	35
b) Subcultura	36
c) Medio social	37
2.2. Factores psicosociales del envejecimiento. La importancia de las redes sociales para el adulto mayor	38
a) La familia	39
b) Maternidad y paternidad	41
c) Separación de la pareja	42
d) Viudez	43
e) Trabajo y jubilación	44
2.3. Mitos sobre la vejez	48

CAPITULO 3

FACTORES PSICO-BIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO

3.1. Procesos psicológicos básicos	52
3.2. Biología del envejecimiento	66

CAPÍTULO 4

PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL ADULTO MAYOR

4.1. El envejecimiento como un proyecto de vida	90
a) Modelos a considerar en un proyecto de vida	90
4.2. El concepto de resiliencia en la etapa del envejecimiento	95
a) Resiliencia y envejecimiento	102
4.3. La importancia de las instituciones en la promoción de la salud para las personas adultos mayores	108
a) El envejecimiento activo	115
II. ANTECEDENTES	118
III. MÉTODO	124
IV. RESULTADOS	135
V. CONCLUSIÓN Y DISCUSIONES	150
VI. REFERENCIAS	161
VII. APÉNDICES	169

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento es vivenciado como una etapa más de la vida, en la cual se experimentan diversas pérdidas, disfunciones, así como implicaciones negativas en la salud. Los avances médicos han logrado que el promedio de vida de las personas mayores siga incrementándose. Por ejemplo, el promedio de vida en México es de 75.1 años, según cifras del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el 2008; se considera esta cifra como cercana al promedio mundial entre hombres y mujeres, que es de 77 años.

El deterioro al que se encuentran inevitablemente ligadas las personas adultas mayores, depende del estilo de vida que hayan llevado. Afortunadamente, los avances médicos han logrado que el promedio de vida de estas personas siga incrementándose; gracias a ello, las personas son más longevas; sin embargo, vivir durante más tiempo no es sinónimo de que se tenga salud durante esos últimos años, sino que las personas deben buscar por sí mismas, que ese tiempo pueda ser vivenciado con una óptima calidad de vida.

El incremento en el promedio de vida de las personas se debe en gran medida a los avances científicos y tecnológicos en el ámbito de la medicina. Sin embargo, vivir más tiempo no es sinónimo de bienestar y salud, por el contrario esto también ha generado que la calidad de la vida disminuya, ya que por un lado los sistemas de jubilación son deficientes, económicamente hablando, y por otro se carece de oportunidades de trabajo, para grandes y jóvenes, en la actualidad es un asunto generalizado. Prevenir el deterioro en la calidad de vida de los individuos es una responsabilidad en primer lugar del Estado, y al cual nos debemos sumar todos los profesionistas. Pero también hay una responsabilidad en los individuos que van envejeciendo, ya que del estilo del estilo de vida que hayan llevado y de su actitud actual, dependerá disfrutar con relativa autonomía su estado de adultos mayores. También es muy importante que el entorno que rodea a estas personas rompan con el imaginario que de los “viejitos” se tiene, dependientes, incapaces de aprender cosas nuevas, enfermos, sin energía suficiente y que por lo mismo, van a representar una carga para las personas más jóvenes, que forman parte de la familia, para dar lugar a una visión donde

se piense en las personas mayores con posibilidades de producir, aprender nuevas cosas, tomar decisiones, enamorarse y de seguir disfrutando de la vida.

El progresivo aumento de la población de adultos mayores, ha pasado a considerarse como uno de los temas de mayor interés a nivel mundial, por su fuerte impacto en los ámbitos económico, cultural, político, de sanidad y social entre otros. Las razones son diversas, por ejemplo, se van a requerir más profesionales especializados, en las distintas especialidades de la salud mental y física, para atender a estas personas, se tendrá que crear una cultura saludable en torno a ellos, así como un fondo de apoyo financiero y leyes que los protejan. Quizá lo más importante será crear una cultura de prevención y promoción de la salud, así como conservar e incrementar lo que hasta el día de hoy ha demostrado su efectividad, para que pueda ser accesible a las distintas comunidades. Es dentro de este nivel de prevención y promoción de la salud, el contexto en el que se ubica el presente estudio.

La prevención de la salud para la vejez, contempla la detección oportuna de factores de riesgo para poder eliminarlos o disminuir sus efectos. Mientras que la promoción implica implantar comportamientos saludables cuando no existen en la persona o en las comunidades. Implica entre otras cosas, crear conductas o hábitos, que la experiencia o la ciencia han demostrado, están asociadas positivamente con el estado de salud.

Diversas investigaciones del desarrollo humano, han descubierto que el tener un proyecto de vida personal, es uno de los factores de protección que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera fundamentales para promover la salud; sin embargo, esta actitud resiliente no parece encontrarse desarrollada en todas las personas, sino únicamente en una pequeña parte de la población, por lo que resulta interesante observar y aprender las causas que llevan a algunos de estos individuos a sentirse satisfechos y contentos, pese a las dificultades que seguramente han enfrentado; y a muchos otros, a sentirse abatidos y pesimistas.

La OMS (2002), utiliza el concepto de *Envejecimiento Activo*, para referirse al “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida de que las personas envejecen”.

Esta concepción fue el referente del objetivo del presente estudio: Evaluar el bienestar psicológico de un grupo de 30 adultos mayores, hombres y mujeres, de entre 60 y 80 años que realizan actividades para mejorar su calidad de vida. Se utilizó para explorar su bienestar psicológico, el instrumento denominado “Perfil de Estrés de Kenneth M. Nowack”.

Estadísticamente se hizo un estudio comparativo, utilizado en el análisis estadístico de la “*t* de student”. Entre los principales hallazgos de esta investigación, encontramos a un grupo de adultos mayores con un óptimo estado de salud y que se reconocen con bienestar psicológico.

I. MARCO TEÓRICO.

CAPÍTULO 1

PERSPECTIVA DEL ENVEJECIMIENTO, SEGÚN EL ENFOQUE DEL CICLO VITAL

1. 1. El concepto de adulto Mayor

El término “*tercera edad*” surgió en Francia hacia 1950, siendo acuñado por el Dr. J. Huet, uno de los iniciadores de la gerontología en este país. En un principio, el término abarcaba a personas de cualquier edad, jubilados y pensionados, considerados como de bajo consumo, productividad y poca o nula actividad laboral; el concepto se precisó posteriormente, caracterizando a jubilados y pensionados con edades por arriba de 60 años. Lo que significaba, que quienes alcanzaban la sexta década de la vida eran sujetos pasivos, y por tanto, representaban una carga económica y social para la población (Flores, 2004).

Desde el punto de vista antropológico, la sociedad derivó el concepto de vejez del proceso de producción, de determinadas tendencias de consumo y también de los ritmos vitales impuestos por la industrialización. El concepto de vejez es por tanto un término cultural, que viene dado por las sociedades industrializadas; por lo que cuando un adulto alcanza la edad de la jubilación representa para la propia persona dos cosas: por un lado ha alcanzado la vejez y por el otro ya no es útil a la comunidad. Ambas, representan situaciones de duelo porque forman parte del colectivo “*ancianos*”, y están siendo relegados de la sociedad competitiva en la que viven. De esta manera, el término “*viejo*” se ha convertido en un tipo de clasificación genérica y en un estigma con claros referentes peyorativos que los mismos individuos rechazan. En cierta forma, el contenido semántico que se esconde en el término viejo, implica incluso reducir la categoría humana en las personas envejecidas. En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), decidió emplear el término “*adulto mayor*”, significando personas de 65 a más años de edad; en México, el

INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores) considera los 60 años; por lo cual, en el presente trabajo se retomó este término para referirse a esta población. De tal forma, la identificación con el grupo de adultos mayores, no depende exclusivamente de la edad del sujeto, sino de su estado general de salud, sus creencias, valores, actitudes y su propia personalidad, así como la manera de comprender los términos empleados para designar los estadios de esta etapa de la vida y de enfrentarse a acontecimientos característicos de este período; como la jubilación, la muerte del cónyuge, y otros que se encuentran ligados a experiencias complejas dentro del medio social.

1.2. El envejecimiento como etapa de la vida

La investigación de las características del ciclo vital humano se centró desde sus inicios en el desarrollo infantil. Los primeros estudiosos del desarrollo infantil suponían que la investigación basada en los estadios iniciales de la vida, serían la puerta de entrada de todo conocimiento psicológico de la conducta humana del adulto. Estos estudios estuvieron caracterizados en un principio por un enfoque predominantemente biologicista.

Fue Vigotsky quien realizó los estudios que marcaron de forma decisiva la inclusión de un enfoque histórico-cultural. Estableció que la actividad mental podría ser comprendida correctamente y explicada, sólo si se analizaba como consecuencia del desarrollo histórico del hombre y del resultado de la actividad de sus órganos biológicos que sustentan su existencia. De esta forma, el enfoque del ciclo vital adquiere auge a partir de la segunda mitad del siglo XX (Trápaga, 2004). Posteriormente Neugarten (desde el enfoque de la psicología del desarrollo), como precursora del enfoque del ciclo vital, parte de una serie de estudios iniciados en 1950 y presentados en una monografía titulada "*Middle Age and Aging* (Mediana edad y envejecimiento)", quien con ayuda de sus colaboradores describió el ciclo vital con base en dos condiciones fundamentales: los eventos que suponen una transición para el individuo (matrimonio, tener hijos, logros profesionales, retiro, etc.) y los roles que éste asume, los cuales implican cambios en el autoconcepto y en la propia identidad. Consecutivamente el ciclo vital fue abordado por Baltes y Échale (1987), quienes

realizaron estudios longitudinales y seccionales con el fin de profundizar en los cambios que experimentan los individuos a lo largo del tiempo. Baltes estableció los siguientes supuestos, mismos que han sido considerados por sus sucesores, como la base del enfoque del ciclo vital (Fernández, 2002).

- 1) A lo largo de la vida, existe un balance entre el crecimiento y el declive.
- 2) Existen funciones psicológicas que declinan con la edad y otras que no declinan.
- 3) A través del ciclo vital va incrementándose la variabilidad interindividual y por tanto, las personas son cada vez más diferentes entre sí.
- 4) Existe capacidad de reserva a todo lo largo del ciclo de la vida, la cual se expresa a través de la posibilidad probada de compensar el declive mediante entrenamientos o manipulaciones externas.
- 5) La variabilidad existente entre las personas mayores se plasma en tres formas de envejecer: normal, patológica y con éxito, siendo esta última procurada mediante mecanismos de selección, optimización y compensación.

La orientación del ciclo vital parte de la base: que los cambios conductuales pueden ocurrir en cualquier momento, por lo que no son exclusivamente de ningún estadio particular del desarrollo; se interesa por toda la vida humana, en sus diversas fases, desde la concepción hasta la muerte de cada individuo. Las curvas biológicas del desarrollo tienen una fase ascendente, un punto culminante y una fase descendente. Con base en ello, se efectúa una división natural de la vida en dos partes: una primera fase del desarrollo corporal y de la maduración del aprendizaje, que implica la reproducción y la crianza de los descendientes, y una segunda fase, de la maduración mental-espiritual, la cual consiste en obtener sabiduría práctica, aplicando los recursos propios a lo vivido y establecer valores morales acordes con la religión que se profese (Yuste y Rubio, 2004).

Así mismo, podemos encontrar diversos autores que proponen concepciones diferentes acerca de cómo dividir el curso de la vida para su estudio; por ejemplo, la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson considera ocho etapas a

lo largo del ciclo vital, y parte de una crisis en la personalidad, previa al paso de la siguiente etapa. Cada etapa requiere del equilibrio entre una tendencia positiva y una negativa correspondiente. La última etapa es la de integridad del yo frente a la desesperación, en la cual la persona debe alcanzar un acuerdo con la forma en que ha vivido la vida o sucumbir a la desesperación por la incapacidad de volver a vivirla. La virtud de esa etapa es la sabiduría y las personas mayores que han alcanzado la integridad del Yo, sienten que su vida tiene un significado (Papalia, 2005).

Havighurst (1953) habla de tareas del desarrollo, que son muy marcadas por normas y determinadas éticamente. Sostiene que la persona estará satisfecha sólo si cumple su expansión evolutiva. Propuso también un sistema de ocho etapas: tres de las cuales están dedicadas a la infancia, adolescencia y juventud (equivalentes a la búsqueda de independencia y productividad), otras tres para la adultez (para establecer la consolidación como persona realizada) y dos de vejez, en las cuales hace énfasis en el retiro y adaptación del sujeto a este retiro (Yuste, 2004).

Jung pensaba que: “Lo que se es en la adultez, no se puede reducir a unas simples necesidades infantiles” (Belsky, 2001, pp. 43), como lo supone la teoría psicoanalítica de los instintos de Freud; ya que el presente y el futuro tienen una importancia capital, como son las metas y los planes en la vida, la persona del presente y que espera llegar a ser. Por tal motivo, Jung divide la vida en cuatro etapas: infancia, juventud, edad mediana y vejez. Como fruto de esta idea prospectiva sobre la naturaleza humana, Jung pensaba que la segunda parte de la vida es más importante que la primera, debido a la diferencia de búsqueda de autonomía de la infancia, en la juventud se busca independencia y reconocimiento por la sociedad. Jung creía que este cambio de la juventud hacia la madurez, completa psicológicamente a la persona y que al lograr aceptar e integrar todas las facetas de nuestra personalidad, incluso aquellas que previamente hemos negado, alcanzamos la totalidad del ser (Belsky, 2001).

Mientras que Freud (1905), propuso una división de la vida en cinco etapas, basadas en el desarrollo psicosexual del niño hasta la juventud, de tal manera

que nunca abordó el envejecimiento como tal, pero los mecanismos de defensa característicos de cada etapa en particular, así como la estructura psíquica, son los conceptos que han servido de plataforma para comprender algunos de los comportamientos de las personas ancianas en la vejez, y mediante ellos establecer las necesidades de cada persona (psicodinamia) en esta etapa de su vida. A diferencia de los autores anteriormente mencionados, el ciclo vital y sus defensores dividen el curso de la vida en ocho etapas, de las cuales el ciclo vital plantea como primera etapa el período prenatal, infancia, niñez temprana, niñez intermedia, adolescencia, adultez temprana, adultez intermedia y adultez tardía. Las últimas dos etapas están dedicadas al envejecimiento (Papalia, 2005), (Véase el cuadro 1.1).

Cuadro 1.1. Etapas del desarrollo según diversos autores.

EDAD	ERIKSON (1950)	FREUD (1905)	HAVIGHURST (1953)	JUNG (1955)	CICLO VITAL
0					Período prenatal
1	Confianza/desconfianza	Etapa oral	Vida autónoma	Infancia	Infancia
2	Autonomía /vergüenza	Etapa anal			
3	Iniciativa/culpa	Etapa fálica			
6					
7	Laboriosidad/inferioridad	Etapa de latencia			Se realiza la propia vida
10					
11	Identidad/disgregación				Adolescencia
15	Madurez primera Intimidad/aislamiento	Etapa genital	Se centra la existencia	Juventud	Edad adulta temprana
20					
28					
30					
35			Adultez temprana: esfuerzo por consolidarse		

Cuadro 1.1. Etapas del desarrollo según diversos autores. (Continuación)					
35	Madurez intermedia Fecundidad/estancamiento.	Etapa genital	Adulthood temprana: esfuerzo por consolidarse	Juventud	Edad Adulta temprana
40			Madurez: el sujeto se afirma y se entrega	Edad mediana	Edad adulta intermedia
45					
50					
55			Madurez final: modificación de roles		
60	Tercera Edad. Integridad del yo/ Desesperación.	Etapa post-genital	Retiro	Vejez	Edad adulta tardía
65					
70			Aprovechamiento del retiro		
73					
75					
80					

De la revisión que aquí se ha elaborado, resulta importante destacar la forma en que algunos autores han abordado el envejecimiento, como una etapa que puede estudiarse al igual que cualquier otra del ciclo vital, y que también tiene características propias, además de ser resultado del desarrollo evolutivo de cada individuo. Desde el enfoque del ciclo vital, el envejecimiento es definido como una etapa más de la vida; es decir, como un proceso dinámico y natural de todo ser vivo, de carácter universal, individual e irreversible, que avanza progresivamente generando cambios en el cuerpo y sus funciones generales a lo largo de la vida, ya que los órganos se van deteriorando progresivamente a distinta velocidad en el individuo (Muñoz, 2002). El envejecimiento se encuentra determinado por factores intrínsecos o genéricos (herencia) y extrínsecos o ambientales (nutrición, contaminación, estrés, estilo de vida, medio ambiente). Encontramos que en la década de los setentas y ochentas, sólo podía pensarse en la vejez como el anuncio de la decadencia de la persona y la declinación de las funciones vitales, y por ende la decadencia de la persona. El enfoque del ciclo vital plantea que durante la vejez, igual que cualquier otro momento durante el desarrollo, se reconoce la plasticidad a que resultan sometidos los distintos

acontecimientos evolutivos, así como también, la importancia de las relaciones funcionales y los factores situacionales.

Estos teóricos consideran que el desarrollo es un proceso que tiene lugar a lo largo de la vida, como una expresión tanto del desarrollo ontogenético como de los principios del cambio histórico o evolucionista (biocultural), concepciones que originaron un crecimiento sustancial de estudios longitudinales, y transversales, mismos que se han basado en etapas de la vida propuestas por estos mismos autores a lo largo de los años. Por tanto, a lo largo de todas las etapas del ciclo vital, se llegó a la conclusión de que ocurre un balance entre el crecimiento y el declive; aunque se producen cambios comportamentales, también se da estabilidad en algunas funciones cognitivas, diferentes para cada persona. Así en la vejez no se da un universal y unidireccional declive del funcionamiento psicológico; aunque existen funciones psicológicas que experimentan déficit debido al deterioro, otras se mantienen constantes, e incluso pueden ser incrementadas.

Sin embargo, desde el punto de vista de la psicología clínica, no es sencillo encontrar indicios de lo que podríamos denominar como rasgos pertinentes del envejecimiento, para obtener un perfil aproximado del mismo. Lo que sí podemos tener en cuenta es la edad cronológica, ya que nos puede servir como un parámetro para significar la normalidad de alguien, con respecto al promedio del conjunto al que pertenece. En lo que respecta al ámbito de la medicina, los avances logrados han prolongado el promedio de duración de la vida humana y esto hace necesario plantearnos la vejez como una nueva etapa vital. Por tanto el desarrollo humano a lo largo del ciclo vital, resulta multidimensional porque hace referencia a los diversos niveles del individuo que cambian con la edad y es multideterminado porque cada una de las dimensiones puede cambiar en distintas direcciones (Cornachione, 2003).

Por tanto, al prolongarse el promedio de vida en el ser humano y enfrentarse ante una nueva etapa del ciclo vital, en la que su salud y sus funciones cognitivas son diferentes, lo llevan a cuestionarse sobre: “Cómo vivir estos años que le quedan, ya que posiblemente no pensó en llegar a esta etapa de su

vida, que ahora le demanda adaptación. Así surge la necesidad de plantearse un proyecto de vida personal (Singer, 2001, pp. 96)".

1. 3. Modelos sobre los cambios producidos en el envejecimiento

Existen diferentes modelos teóricos que pretenden explicar la manera en que cambia el comportamiento de las personas que envejecen. A continuación veremos las más importantes teorías:

a) Conductista.

El conductismo es una corriente dentro de la psicología que, en su momento, representó la revolución más radical en el enfoque del psiquismo humano. Nace en un momento histórico (Siglo XIX) dominado por el introspeccionismo e irrumpe en el mismo, considerando que lo que le compete, es la conducta humana observable y rechazando que se tenga que ocupar de la conciencia. Su fundamento teórico está basado en que a un estímulo le sigue una respuesta, siendo ésta el resultado de la interacción entre el organismo que recibe el estímulo y el medio ambiente (Hergenhann, 2007).

El nacimiento del conductismo suele centrarse en Watson (1913). Desde sus inicios esta corriente estuvo muy relacionada con la psicología experimental. Se podría decir de hecho, que si el evolucionismo de Darwin estableció una continuidad filogenética entre el animal y el hombre, el conductismo proporcionó una continuidad epistemológica entre las ciencias que estudian al animal y las que estudian al hombre, teniendo como objetivo el estudio de su conducta. En opinión de los partidarios del conductismo, todo aprendizaje se produce mediante dos mecanismos básicos: el condicionamiento clásico y el operante (Papalia, 2005).

El condicionamiento clásico es la forma más primitiva de aprendizaje e implica unas respuestas involuntarias. En este tipo de aprendizaje, se produce un estímulo que evoca automáticamente una emoción determinada o una reacción psicológica (el estímulo no condicionado) junto con un estímulo neutral (el

estímulo condicionado). Después de un número de apareamientos, o asociaciones, se establece una conexión y ahora la respuesta es provocada únicamente por el nuevo estímulo. Los conductistas suelen recurrir al condicionamiento clásico para explicar por qué aprendemos emociones negativas en ciertas situaciones. Así, cuando se ha tenido una experiencia espantosa por sí misma, se crea una conexión entre el miedo y la situación inicialmente neutral que sirve de estímulo. Cuando esta experiencia hace cambiar de conducta al emprender la huida ante la situación neutral para evitar sentir miedo, se produce el segundo tipo de aprendizaje, que se denomina condicionamiento operante. El Condicionamiento operante es el mecanismo que explica nuestras acciones iniciadas voluntariamente. El principio aquí expuesto es simple. Las respuestas que se recompensan, o se refuerzan, se repiten. Las respuestas que no se refuerzan se extinguen o desaparecen. En este caso, el librarnos de la ansiedad que nos invade al acercarnos al estímulo adverso nos lleva a evitar el objeto o situación que nos producen miedo (Papalia, 2005).

En lo que respecta a las aportaciones que el conductismo hace a la psicopatología, cabe decir que para los conductistas, los síntomas no son expresiones de una enfermedad sino que son la enfermedad misma, siendo estos el tema central de su análisis. Así, la conducta normal, al igual que la patológica, quedan explicadas en base a estos principios, tratándose del comportamiento normal de un buen aprendizaje y la enfermedad de un mal aprendizaje. Y por tanto, la desaparición de las conductas anormales sería equivalente a la curación (Hergenhann, 2007).

El conductismo considera además, que la conducta animal más elemental, se puede extrapolar a la conducta más compleja del ser humano. Los conductistas asumen tres conceptos fundamentales: conflicto, frustración y tendencia condicionada de evitación. Entendiendo por conflicto, la situación en la que existen dos tendencias simultáneas que conducen a respuestas incompatibles entre sí. Asimismo, ante el conflicto miedo-hambre, los animales estudiados muestran síntomas como anorexia. Se han considerado tres tipos de conflictos. Aproximación-aproximación; evitación-evitación; y aproximación-evitación. Este último daría lugar a respuestas de ansiedad y desplazamiento. La frustración, es

el estado al que se llega cuando se produce el bloqueo de una tendencia. Puede dar lugar a tres tipos de respuesta: agresión, regresión y fijación. La agresión se produce cuando se rompe el equilibrio entre instigación e inhibición a favor de la instigación. La regresión ocurriría cuando la ruptura es a favor de la inhibición, pudiendo existir respuestas que ya habían sido superadas. La fijación, sería la adopción de mecanismos anormales, que pertenecen, insistiéndose en una conducta que se ha comprobado que es ineficaz. Con el ejemplo clínico de este último mecanismo, estarían las conductas de tipo obsesivo. Para el conductismo, estos comportamientos se explican por un modelo según el cual, los rituales obsesivos son reforzados y mantenidos para evitar el estímulo aversivo. Es decir, un comportamiento compulsivo sería reforzado y mantenido para reducir la ansiedad, que se teme que sería más intensa si no existiera dicho comportamiento obsesivo o ritual (Hergenhann, 2007).

Según los conductistas, el refuerzo de una conducta específica, provoca todas las conductas subsecuentes y sólo podemos determinar qué factor actúa de refuerzo, midiendo con cuidado los resultados relacionados con cada respuesta. También queriendo registrar el momento en el que se produce el refuerzo, porque diferentes programas de refuerzo producen diferentes modelos de conducta. De esta manera, el refuerzo repetido explica porqué los adultos jóvenes excepcionalmente creativos suelen demostrar un talento desacostumbrado en la edad madura, y porqué demuestran ser cada vez mejores en comparación con otras personas de su mismo campo a medida que pasan los años. El refuerzo explica también la persistencia de rasgos negativos como la hostilidad. También emplearían los conductistas la extinción, para explicar los cambios relacionados con la edad. Por ende, la extinción explica porqué las mujeres envejecidas, dado que los hombres las han dejado de considerar atractivas, dicen que no tienen ya sentimientos sexuales. Esta teoría sirve para explicar de forma generalizada, cómo es el comportamiento de algunos ancianos (Belsky, 2001).

De esta forma, los conductistas no creen que exista un cambio definido y relacionado con la edad. Para ellos, los mismos principios que explican el comportamiento de un niño de un año de edad, explican también el de una

persona de 85 años. En opinión de Belsky, los conductistas piensan que nuestras acciones están determinadas por nuestras experiencias en el mundo exterior, y no por aquello con lo que nacemos como lo es el temperamento; ni por los rasgos heredados del carácter. Creen que la conducta es previsible y obedece leyes sencillas, en contraposición al inconsciente aportado por Freud en su teoría psicoanalítica (Belsky, 2001).

b) Psicoanalista

La teoría psicoanalítica fue desarrollada por Sigmund Freud en las primeras décadas del siglo XX. Esta perspectiva considera que el desarrollo es modelado por fuerzas inconscientes que motivan la conducta humana. Freud desarrolló el psicoanálisis, un enfoque terapéutico con el cual pretendía dar a sus pacientes conocimientos sobre sus propios conflictos emocionales inconscientes. Freud creía que la personalidad básica se forma en la primera infancia, mientras que los niños se enfrentan a conflictos inconscientes entre esos impulsos innatos y las exigencias de la vida civilizada, para seguir después relativamente estable. Esos conflictos ocurren, según Freud, en una secuencia invariable de cinco etapas basadas en la maduración del desarrollo psicosexual (cuadro 1.1.), en las cuales el placer sexual o sensual cambia de una zona del cuerpo a otra: de la boca al ano y luego a los genitales. Freud creía, que en cada etapa la conducta cambiaba: de la alimentación a la eliminación y a la postre a la actividad sexual. Así mismo, propuso que las tres primeras etapas eran cruciales; sugiriendo que si los niños recibían muy poca o demasiada gratificación en cualquiera de esas etapas, estaban en riesgo de una fijación, o sea una detención en el desarrollo que puede mostrarse en la personalidad adulta (Papalia, 2005).

Freud pensaba que la personalidad tiene aspectos conscientes e inconscientes. Su capa más profunda, la inconsciente, es la principal determinante de la conducta. Propuso también que la personalidad tiene tres facetas: el YO, el ELLO, y el SUPERYO. El ello, presente en el nacimiento, es el conjunto de instintos, deseos y necesidades que tenemos cuando llegamos al mundo. El yo, el ejecutivo de la personalidad en gran parte

consciente y orientado a la realidad, se forma cuando los niños se dan cuenta de que sus necesidades no se pueden satisfacer inmediatamente; sus funciones implican la lógica, el razonamiento y la planificación; conseguir lo que queremos de una manera adecuada. Después se desarrolla el superyo, la interiorización inconsciente de las prohibiciones, las normas y los ideales paternos y sociales.

Freud creía que durante la primera infancia aprendemos los requisitos para ser humanos, y que en ocasiones debemos abandonar los propios deseos para vivir una vida moral y ética.

Freud y sus seguidores pensaban que los padres son responsables de dicho aprendizaje, y por tanto, de tener salud mental durante toda la vida. Si nuestros padres son empáticos y sensibles durante nuestra infancia, desarrollaremos un ego fuerte que nos permite adaptarnos a las crisis de la vida. Si por el contrario son insensibles, o el cuidado que ofrecen es deficiente, la formación del yo no será la óptima y seremos vulnerables, propensos a la erupción de impulsos provenientes del ello, proclives a tener problemas cuando nos enfrentamos a las tensiones que sin duda nos traerá la vejez. Así pues, para los psicoanalistas freudianos el modo de comportamientos de los mayores es estable, determinado por una personalidad esculpida desde nuestros primeros años. Las tensiones de la vejez; por ejemplo, la viudez, la enfermedad o la jubilación, son pruebas del funcionamiento psicológico. Estos cambios presionan en exceso la capacidad del yo, el ejecutivo encargado de la salud mental, para que mantenga el control con firmeza. Si nuestras experiencias infantiles no han sido ideales, es durante estas crisis de la vida cuando perdemos el control y desarrollamos síntomas psicológicos. Así, para comprender la conducta, es esencial mirar debajo de la superficie psíquica (Belsky, 2001).

De la calidad de la organización del aparato psíquico depende la restauración de un equilibrio anterior o la instauración de uno nuevo. En el curso del envejecimiento, los deseos parecen ignorar la marca del tiempo en el momento en que el cuerpo se agota, y las tensiones exteriores se

incrementan. Por reacción, el aparato psíquico se vuelve hacia el presente o hacia el pasado, que embellece para hacer agradable el presente. Es en la forma de manejar el presente, como se abren paso importantes diferencias entre los individuos; según su aptitud para transformar el presente en fuente de disfrute (tanto directa como sublimada), los ancianos encuentran en su vejez las últimas oportunidades ofrecidas por la vida. El trabajo de envejecer, bien cumplido en sí mismo, es el mejor disponible para conseguir una cierta realización. La nueva vejez tiene como precio: encontrar los medios para dar a la vida tardía el interés de ser aún vida, o mejor dicho, encontrarle sentido a la vida. Con el tiempo, sin embargo, se observa un descenso de la calidad de vida de la preconsciencia del yo, su capacidad asociativa disminuye, las novedades desaparecen y la vida mental se instala en la repetición. Los rasgos de carácter se acusan, sólo los temas favoritos permiten todavía al individuo mantenerse igual a sí mismo, las sublimaciones artísticas o intelectuales, si son de buena calidad, permitirán no derivar hacia la idealización del campo ilusorio, como tentación narcisista (Ferrey, 1999).

El aparato psíquico se afana en la búsqueda de soluciones y cada vez que un reto es importante, se asiste a una movilización de medios, lo que puede crear la ilusión de un renacer pulsional. En realidad, la amplitud de medios desplegados da especialmente la medida del valor de la función interesada. Es por su importancia por lo que se juzga el valor estratégico de la función afectiva. Ahora bien, entre las personas que experimentan los perjuicios del paso del tiempo, los individuos con un narcisismo frágil se cuentan entre los más vulnerables. También puede agravarse la regresión neurótica. Se puede asistir al retorno del sadismo por un frenado progresivo de la vuelta de la pulsión sobre sí. Con la desaparición de la genitalidad, las pulsiones parciales recuperan el terreno previamente ocupado. Sin embargo, la reaparición de pulsiones parciales no se limita siempre a hacer de los ancianos unos perversos polimorfos. También puede favorecer la eclosión de tendencias artísticas, portadoras de auténticas sublimaciones. El estrés es una reacción inespecífica, indiferenciada; es decir, fuertemente sometida a las reacciones psíquicas que lo atenúan o lo amplifican. La contracatexis y el sistema protector contra las excitaciones, cuentan dentro de estos

mecanismos psíquicos. Aunque son reforzados por el psicoanálisis o una psicoterapia de reanimación, tienen también sus límites, más allá de los cuales se producen los accidentes somáticos (Ferrey, 1999).

Durante el desarrollo, la economía libidinal se degrada por un doble comercio: el comercio objetal con los demás y el comercio narcisista consigo mismo. En el curso del envejecimiento, el comercio narcisista se degrada singularmente. La capacidad del cuerpo disminuye, su seducción se altera, reduciendo por consiguiente, la calidad del autoerotismo. Complacerse a sí mismo se hace cada vez más difícil. El descenso de la seducción en la mujer o de la potencia sexual en el hombre y, por tanto, de sus correspondientes imágenes mentales, actúa en el mismo sentido. El descenso del umbral afectivo incrementa el sentimiento de vulnerabilidad del sujeto que envejece. Como la capacidad para encontrar placer por sí mismo disminuye y la propia imagen reflejada en los demás provoca un desmarcamiento, es cada vez más difícil reunir los medios necesarios para el restablecimiento de las posiciones anteriores. Tarde o temprano, la experiencia de la pérdida se consolida y las diferencias dependerán de la capacidad para soportarla; para luchar contra el sentimiento doloroso de decadencia, la aptitud para forjar una imagen digna de sí mismo, que cuente ante uno mismo como ante los demás, es generalmente la solución más eficaz. La capacidad para disfrutar de las cualidades de los demás, alimenta la calidez de las relaciones. Esta procede de la inteligencia afectiva, cuyo grado de desarrollo favorece la instalación y conservación de la red relacional. Quienes han podido desarrollar esta cualidad relacional, los educadores, por ejemplo, demuestran a menudo una verdadera habilidad con respecto a los más jóvenes. Las nuevas generaciones son para ellos una fuente de fructíferos intercambios. Por el contrario, aquellos que creen tener que comportarse definitivamente como padres que dictan la conducta de los más jóvenes, desencadenan y mantienen conflictos generacionales casi insolubles (Ferrey, 1999).

Al centrarse exclusivamente en la personalidad y en los problemas emocionales, y en cómo es la escultura que somos, la teoría psicoanalítica carece de amplitud, del optimismo y del carácter práctico del conductismo.

En realidad, las ideas tradicionales del psicoanálisis son hostiles a la edad, y ofrecen una imagen de los adultos mayores como personas incapaces de cambiar, describen la última fase de la vida como un período de pérdida y declive. Al igual que el conductismo, tiene dificultades para explicar las grandes diferencias que se suelen observar entre las personas de entornos que parecen similares.

c) Procesamiento Humano de Información sobre el envejecimiento

El objetivo de la perspectiva del procesamiento de la información es el de comprender la cognición; es decir, cómo pensamos. El supuesto básico que subyace en este enfoque es que la mente se comporta de forma muy parecida a como lo hace un ordenador. De la misma forma en que los ordenadores manejan la información, la adquieren y la procesan según unas reglas, el pensamiento humano se produce siguiendo unos pasos semejantes. Los investigadores del procesamiento de la información, mediante la propuesta de modelos y la realización de estudios que descubran estos pasos y expongan cómo funcionan, pretenden adquirir una mejor comprensión del funcionamiento de la mente.

El procesamiento de la información se ha empleado para comprender la conducta en cada fase de la vida, desde el desarrollo de la memoria a medida que nos hacemos mayores. En la psicología del envejecimiento, el enfoque del procesamiento de información es la principal perspectiva que emplean los investigadores, para comprender las razones del declive cognitivo relacionado con la edad (Belsky, 2001).

Los tres modelos mencionados nos ayudan a tener una visión más clara del comportamiento de los ancianos, siempre y cuando sean tomados en su conjunto y no separados, ya que de hacerlo así, nos privamos de una visión más completa en diversos aspectos; debido principalmente a que cada teoría estudia cosas diferentes en las personas, y qué decir de la última etapa del envejecimiento.

d) Clínico: salud - enfermedad en el envejecimiento

Tomando en cuenta que la salud al envejecer depende del estilo de vida que se haya llevado y la madurez alcanzada, así como la capacidad de adaptación y afrontamiento; es como se va a vivenciar el envejecimiento. Cada persona lo vive con diferentes grados de salud y funcionalidad; de ahí la necesidad de los investigadores y los teóricos por clasificar el envejecimiento de diversas maneras, con la finalidad de estudiar mejor sus consecuencias, aunque la más relevante establece tres tipos de envejecimiento: la vejez normal, la vejez patológica y la vejez con éxito (Fernández, 1999). Es así como se considera a la vejez normal o *senescencia*, como aquella etapa que cursa el ser humano sin patologías físicas o psicológicas inhabilitantes; por el contrario, la vejez patológica o *senilidad*, sería el resultado de un organismo quebrantado por la enfermedad y la discapacidad (Muñoz, 2002). La vejez con una baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada a un alto funcionamiento cognitivo, capacidad física funcional y compromiso con la vida, ha sido llamado *vejez con éxito* o *vejez competente*, término ideado por John Rouse en 1987 y que ha sido motivo de diversas investigaciones (Martínez, 2004).

El concepto de senilidad pone mayor énfasis en las disfunciones observadas en el ser que envejece; dicha noción corresponde a la concepción biomédica del desarrollo humano; preconiza que con la edad aparecen en el individuo enfermedades crónicas (enfermedades vasculares, arteriosclerosis, demencias, etc.); este posicionamiento teórico admite que la acumulación de factores de riesgo y de enfermedades modulan el proceso de envejecimiento a lo largo de toda la vida y en todos los individuos. Por otro lado, la senescencia tiende a considerar el envejecimiento como una etapa del ciclo vital en la cual se aprecian decrementos benignos propios de la edad, que se asocian al envejecimiento normal. El envejecimiento patológico se define en contraposición del envejecimiento normal, la diferencia entre ambos está relacionada con las múltiples causas y mecanismos que interaccionan en la variabilidad inter e intraindividual que se observa en cada sujeto.

La importancia de dicha clasificación sirve de base a las políticas de atención para los adultos mayores, que desde organismos internacionales (como La Organización Mundial de la Salud [OMS]) y desde disciplinas como la gerontología, pretenden la potenciación de la vejez con éxito y la reducción de la vejez patológica.

La psicología es una de las ciencias que ha contribuido en el esclarecimiento de cuáles son los mejores predictores de estas tres concepciones del envejecimiento, así como a través de qué intervenciones se puede aminorar la vejez patológica y procurar un envejecimiento competente o funcional.

Al ser considerado por la comunidad mundial como un problema que requiere soluciones y estudios diseñados especialmente, tuvo como consecuencia que en 1968 este tema fuese planteado por primera vez en la asamblea mundial de las Naciones Unidas (ONU) por el representante de Malta. Así, en 1982 tuvo lugar la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena, dando como resultado la elaboración del Plan Internacional sobre el envejecimiento, denominado Plan de Acción de Viena (Trápaga, 2004).

En la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en el año 2002, se generó el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002. El objeto de dicha reunión fue proseguir con la elaboración del programa de investigación de Naciones Unidas acerca del envejecimiento para el siglo XXI, cuyo objeto es servir de base para adoptar medidas normativas en relación con el envejecimiento, especialmente en los países en desarrollo. Estos planes de acción han orientado el pensamiento y la acción sobre el envejecimiento en los últimos 20 años y han generado iniciativas y políticas de vital importancia en múltiples direcciones de trabajo que incluyen a diversos sectores de la sociedad: políticos, dirigentes gubernamentales, autoridades sanitarias, instituciones jurídicas, comunitarias, educacionales y otras. Además, han contribuido a considerar que el envejecimiento no es una etapa terminal de la vida caracterizada por el aislamiento, la tristeza, invalidez y rechazo de los más jóvenes, sino una etapa que brinda determinadas oportunidades: llegar a la vejez con goce de

mejor salud y de un bienestar realizado más plenamente, con la posibilidad de inclusión y participación plenas en la sociedad y haciendo aportes más efectivos a la comunidad y al desarrollo de esta; o sea, a considerar que la vejez es un logro (Trápaga, 2004).

Uno de esos logros es el estudio longitudinal de Baltimore sobre el envejecimiento, cuyo objetivo principal es descubrir nuestra forma de cambiar fisiológicamente a lo largo de los años (a cargo del *National Institute on Aging* [Instituto Nacional del Envejecimiento]); cuyo inició fue en 1959 y aun sigue en curso), ha contribuido bastante a nuestra comprensión no sólo del envejecimiento físico, sino de cómo nos desarrollamos en muchas áreas importantes de la vida. El primer hallazgo del estudio es un hecho comprobable mediante la observación de la apariencia y la forma de actuar de individuos de la misma edad. Por tanto, cuando se describen individuos de edad avanzada, son esenciales la diversidad y las diferencias individuales; aunque debemos tener en cuenta que cualquier persona concreta puede ser muy distinta de la norma (Belsky, 2001).

El segundo descubrimiento se refiere a la existencia de trayectorias diferentes de envejecimiento. Algunas funciones fisiológicas declinan de forma regular y lineal con el paso del tiempo; sin embargo, otras funciones son estables permaneciendo relativamente sin modificar o declinar solamente en la decadencia de la vida. Con el paso de los años, se pierden neuronas continuamente, pero las que permanecen, literalmente crecen con mayor robustez, añadiendo nuevas dendritas y estableciendo nuevas interconexiones, contribuyendo a la preservación del pensamiento y la memoria. Así, se ha descubierto que tenemos la capacidad de desarrollarnos y adaptarnos, incluso en áreas en que las generaciones pasadas nunca hubiesen imaginado que podría producirse crecimiento alguno después de la madurez.

El aporte de diversas ramas de las ciencias al enfoque del ciclo vital a partir de la segunda mitad del siglo XX ha permitido concebir a la vejez como una etapa de la vida que puede transcurrir de manera exitosa o no patológica. Esta

concepción fue planteada por vez primera, por Rowe y Kahn en 1987 (Trápaga, 2004) y se basó en la observación de que aun cuando proliferaba la creencia de que las personas ancianas se caracterizaban por un deterioro cognitivo progresivo en la medida en que aumentaba la edad, diversas investigaciones atestiguaban que gran parte de ellas mostraban rendimientos cognitivos semejantes a los de personas adultas jóvenes, y mantenían capacidades que les permitían llevar una vida plena y placentera (Rubio, 2004). Esta corriente teórica llevó a comprender la vejez con una perspectiva de desarrollo que tiene en cuenta diversas variables del contexto social y psicológico del anciano en interacción con factores genéticos y biológicos. Así, el envejecimiento exitoso o funcional, ha sido introducido como un elemento que toma en cuenta la heterogeneidad entre la población anciana y favorece la identificación de factores predictores de éxito en ámbitos críticos, de modo que los cambios cognitivos en el adulto mayor, pueden ser explicados en términos de factores tales como estilo de vida, hábitos, dieta, y factores psicosociales, más que por el envejecimiento en sí mismo (Trápaga, 2004).

1.4. La adaptación del adulto a su condición de envejecimiento.

A continuación se exponen algunas teorías que pretenden explicar la forma en la que el individuo se adapta a su condición de envejecimiento:

a) *Actividad.* Propuesta originalmente por Havighurst (1963), establece que “para que un anciano logre enfrentarse a las pérdidas asociadas a la vejez, preservar la moral y aumentar la autoestima, debe haber una restitución de roles o actividades perdidas” (Sánchez, 1990, pp. 70). Asume que los ancianos, al igual que los adultos jóvenes, tienen las mismas necesidades sociales y psicológicas de mantenerse activos. De esta forma, se presume que las personas se mantendrán social y psicológicamente aptas. En otras palabras, cuanto mayor número de roles o actividades opcionales posea la persona según entra en la edad avanzada, mejor resistirá los efectos desmoralizantes de salir de los roles obligatorios, a los que ordinariamente se les da prioridad en la vida adulta. Así, para envejecer exitosamente, la

persona en la edad avanzada debe mantener un nivel de actividad parecido al de la edad mediana o sustituir roles o actividades.

La inactividad está relacionada con bajos niveles de felicidad, poco sentido de suficiencia y un ajuste inadecuado de la vida anciana. La clave para la vejez exitosa será por tanto, mantener unos niveles óptimos de actividad. Obviamente, esto dependerá de la disponibilidad de roles o actividades y de la capacidad de la persona para llevarlos a cabo. Esta teoría, opuesta a la teoría de retraimiento o separación, enfatiza la interacción e integración social para explicar mayores niveles de satisfacción de la vida. Según la teoría de la actividad, una vejez lograda supone el descubrimiento de nuestros roles o medios de conservar los antiguos. La crítica principal a esta teoría, es que asume que los roles de la edad mediana a la vejez, se mantienen relativamente estables y que hay sustitutos disponibles tanto para roles como para actividades (Atchley, 1989).

Muchas personas adultas mayores procura continuar con las mismas actividades de su juventud, ya que mantienen las mismas necesidades, psicológicas y sociales, de etapas anteriores. Así, la teoría sostiene que algunas personas de mediana edad y las ancianas están predispuestas y motivadas hacia una continuidad psicológica interior, así como a una continuidad exterior de las circunstancias y costumbres sociales. Donde, dicha continuidad interna se refiere a la persistencia en el tiempo del temperamento, afecto, experiencia, preferencias, habilidades, disposiciones, actividades, valores, creencias y visiones del mundo en general. Las personas verían así su cambio interior conectado a su pasado, y su pasado sosteniendo y justificando su nueva identidad (Bazo, 1999).

Según Havighurst y colaboradores: “el envejecimiento óptimo depende de la continuidad de un estilo de vida activo, y del esfuerzo de las personas de edad por contrarrestar la limitación de sus contactos sociales. El que quiera envejecer de manera óptima, deberá encontrar un sustituto adecuado de las actividades a las que haya tenido que renunciar, como es la actividad profesional, pero también un sustituto de los amigos y seres queridos de los

que se haya visto privado por la muerte” (Vega, 1996, pp. 136). Lemon y colaboradores (1972) lograron confirmar su hipótesis sobre la actividad ejercida en diversos roles sociales, la cual repercutía positivamente en quienes lograban llevar a cabo esta actividad; que a su vez, es el requisito previo más importante para conseguir el deleite de vivir, y por tanto, para un envejecimiento exitoso. Lo que en realidad resulta importante de esta teoría es el papel que desempeña en la sociedad. El individuo está provisto de papeles definidos por la sociedad que le dan la posibilidad de actuar y de sentir que existe. Cuando la sociedad le retira una parte de sus roles no le queda más que buscar otras posibilidades disponibles. Por otro lado, si tomamos en cuenta que en el individuo, lo relevante es su autoconcepto; entonces, la sociedad no es más que el medio a través del cual el individuo obtiene aprobación y gratificación. Por ende, no depende de las expectativas sociales para determinar como provechosa el tipo de actividad elegida. Así, no es la actividad por sí misma lo que es provechosa, sino lo que para el individuo tiene sentido.

En conclusión, hay que destacar que esta teoría reside en el hecho de buscar la comprensión de los fenómenos del envejecimiento a partir de un funcionamiento psicosocial de amplio espectro. Desgraciadamente parece ser que la diversidad de situaciones psicológicas y sociales que integran el envejecimiento, revela la insuficiencia de los conceptos en vigor, en el estudio del adulto mayor.

b) Continuidad. Elaborada por Neugarten (1964), se basa en la premisa de que “los individuos en las etapas de su vida van desarrollando actitudes, valores, metas, hábitos y comportamientos que retienen en cierta medida en la vejez” (Sánchez, 1990, pp. 71). Sostiene que la edad avanzada no implica un cambio drástico en la vida de las personas, ya que según se entra en años, existe una tendencia a mantener una continuidad. Los hábitos, gustos y estilos personales adquiridos y elaborados durante la vida, persisten y se mantienen en la vejez. El mejor índice de predicción del comportamiento de una persona en una determinada situación sigue siendo su conducta anterior (Mishara, 1986). La pérdida de roles o actividades se

maneja mediante la consolidación y redistribución de actividades y roles. Este acercamiento no asume que los roles perdidos deben ser reemplazados. En este contexto, la continuidad significa que la reacción del individuo a su vejez puede explicarse, si se examinan las interrelaciones complejas entre los cambios biológicos y psicológicos, los hábitos de las personas, preferencias y asociaciones, las oportunidades situacionales y las experiencias actuales. La experiencia de vida creará ciertas predisposiciones que el individuo mantendrá si le es posible. Esto incluye estilos de vida y preferencias personales.

Se ha criticado el sentido de continuidad como significado de estabilidad; que en este sentido, la continuidad como única respuesta posible no podría integrar los cambios que se presentan con la edad. Por lo que no es sorprendente que a pesar de las buenas recomendaciones que permite dar a los futuros gerontes, la teoría de la continuidad sea percibida por algunos autores como pesimista. Esta hipótesis tiende más a satisfacerse a sí misma que a enriquecer una forma de actuar eficaz; es decir, de alguna manera permite señalar lo que una persona pudo hacer en su pasado para adaptarse a sus condiciones de vida, pero no permite actuar en el presente para mejorar una situación difícil. Sin embargo, el mérito que se le ha otorgado a esta teoría, es el recordar que de la infancia a la vejez es siempre el mismo individuo el que evoluciona y se adapta. De la misma manera, restituye a la psicología su verdadero objeto de investigación: el individuo confrontado a las contingencias que la evolución de su organismo y la sociedad le imponen (Yuste, 2004).

c) *Desarraigo, retraimiento o separación.* Está fundamentada en la perspectiva funcionalista de la sociología, sugiere que: “Es imperativo que las personas de edad avanzada se separen de la sociedad porque eventualmente morirán. Esta separación es funcionalmente necesaria para que las instituciones sociales sobrevivan y se mantenga una estabilidad y un funcionamiento social cohesivo” (Sánchez, 1990, pp. 68). Para el anciano esta separación también es social y psicológicamente funcional, y se considera parte del envejecimiento normal. Los máximos exponentes de

esta teoría fueron Cumings y Henry (1961), quienes aplicaron el término separación o retraimiento al proceso por el cual el individuo va separándose o retirándose gradualmente de los roles y actividades que ha ocupado en la sociedad. Según la persona envejece, y de acuerdo a esta perspectiva teórica, sus necesidades psicosociales básicas cambian desde una participación activa a una contemplación inactiva acerca del significado de la vida ante la muerte inminente (Sánchez, 1990).

La teoría establece que el retraimiento o separación es un retiro mutuo entre la sociedad y el individuo que ocasiona una disminución de interacción entre la persona de edad avanzada y sus semejantes en el sistema social al cual pertenecen. Sugiere que las personas están listas para la separación o el retraimiento cuando se dan cuenta del corto período de tiempo que les resta por vivir y cuando perciben que van perdiendo energía y vitalidad para mantener los roles y relaciones sociales de edades previas. La función primaria del proceso de separación es preparar tanto al individuo como a la sociedad para la separación que es la muerte. La sociedad, por lo tanto, debe buscar una forma ordenada de transferir roles y aislar a los ancianos de la participación social. El individuo a su vez, busca la oportunidad de retirarse de las demandas de la sociedad para contemplar serenamente el significado de la vida y la muerte. Por tanto, el aislamiento se convierte en algo aceptable. Tanto la sociedad como el individuo son responsables de este proceso y como consecuencia debe ser algo deseable para ambos. Así, este retraimiento se manifiesta especialmente en el caso de la jubilación como un referente fundamental de la vida productiva (Bazo, 1999).

El retraimiento o separación no es un fenómeno universal y contrario a las predicciones de esta teoría, muchas personas de edad avanzada se mantienen activas en diversas áreas. A pesar del reclamo de que esta teoría podría tener un alcance universal, las críticas a ésta se basan en que culturalmente está atada a la situación del anciano norteamericano y a pesar de los intentos de probarla en otros contextos culturales, los resultados han sido inválidos por las diferencias culturales. De este modo

conservarán su autodefinición positiva las personas que vayan sustituyendo progresivamente los roles de más actividad por otros más tranquilos, alejándose de los de más responsabilidad en el sistema productivo y centrándose en el ejercicio de roles periféricos, familiares y de amistad: para que puedan mantener una imagen positiva de sí mismos, deben corresponder a las expectativas de la sociedad y, en este sentido, las personas que ya no son socialmente competitivas, dejan de ser productivas y, por tanto, han de retirarse (Rodríguez, 1994).

d) Roles. Su exponente principal fue Rosow, (1967); esta teoría establece que “debido a una serie de cambios especialmente asociados a la tecnología y a la modernización a que se exponen las personas de edad avanzada, se van afectando su posición en la sociedad y se arriesga una pérdida de sus roles” (Sánchez, 1990, pp. 72). Este autor consideraba que el proceso de socialización, mediante el cual la sociedad asignaba posiciones a las personas, especificaba los roles y status de estas posiciones. Nuevamente con la sociedad norteamericana en mente; Rosow señalaba que la fuente principal de status era la ocupación y el trabajo que realizaba la persona. Como resultado de los cambios previamente mencionados, la edad avanzada se convertía en una etapa de vida sin roles. También, señalaba que las personas durante diferentes etapas de su vida, van asumiendo unos roles más que otros que a su vez van disminuyendo en la edad avanzada, roles como padre o madre, trabajador o trabajadora, entre otros.

La persona sin roles es la persona que no es ni esto ni aquello; no es nada, por lo que carece de normas y expectativas. Es en definitiva, una persona inútil. Se trata de la situación que típicamente se produce cuando el individuo, tras una prolongada vida laboral, llega a la jubilación con la consiguiente ruptura con las aspiraciones y desvelos que habían orientado toda su vida anterior, es decir con todo lo que había constituido el anclaje de su persona; a saber: el trabajo, la productividad, de ahora en adelante ya no es productivo, y en nuestra sociedad quien no produce, estorba (Rodríguez, 1994).

Rosow identificó una serie de cambios a los cuales se enfrentan las personas de edad avanzada que influyen en la pérdida de roles; estos cambios son: el control de la propiedad, en la tecnología o conocimientos estratégicos, cambios en la productividad, como la automatización, en los patrones de dependencia, y cambios en lazos de parentesco: familia extendida por nuclear. Todos estos cambios traen como consecuencia que la posición de la persona de edad avanzada en la sociedad se devalúe y esto es observable en las actitudes que prevalecen en las sociedades modernas manifestadas en diferencia y exclusión de participación social. La debilidad de la teoría de los roles se hace clara cuando se aplica a otras culturas (Yuste, 2004).

e) Modernismo. Desarrollada por Cowgill y Colmes (1972), se basa en la presunción de que la vejez es una experiencia negativa aplicable universalmente. Esta teoría postula la pérdida inevitable de poder y status de los ancianos según se moderniza una sociedad tradicional. De acuerdo a esta teoría: “La pérdida de status social no es peculiar de las culturas occidentales, sino que es una experiencia universal en todas las culturas donde los procesos de modernización están ocurriendo, independientemente de tradiciones económicas, religiosas, políticas y sociales” (Sánchez, 1990, pp.74). Cowgill (1981), al aplicar la teoría a otras culturas seleccionó lo que considera como los cuatro aspectos más sobresalientes de la modernización en cuanto a la vejez se refiere, estos son:

- 1) El desarrollo de la tecnología en la salud, que según Cowgill, favorece más a la juventud ya que permite que más infantes sobrevivan a edades adultas, aunque a la larga esto derive en mayor longevidad.
- 2) Modernización o desarrollo económico, que estimula mayor especialización y aumento en desarrollo de destrezas complejas para ciertos trabajos, ocasionando la eliminación del anciano de roles de trabajos y de su rol tradicional de guía vocacional para jóvenes.
- 3) Urbanismo que tiende a separar el trabajo del hogar y a la persona de edad avanzada de los miembros más jóvenes de su familia.

- 4) Educación formal dirigida a los jóvenes dejando a las personas de edad avanzada analfabetas y en desventaja educacional.

Cuando sucede todo esto, conduce a una brecha intergeneracional y a una población desprovista y excluida de las corrientes sociales. Cowgill señalaba que la pérdida de status es una función de las mismas estructuras de las sociedades modernas. Aún en sociedades donde la tradición hace un llamado al apoyo familiar y al respeto por los ancianos, la tradición está siendo desafiada a niveles prácticos. Pese a que esta teoría parecía tener un alcance de aplicación universal, ha sido criticada principalmente por hallazgos de otros investigadores como Palmore y Manton (1974); quienes en un estudio sobre la pérdida de status entre ancianos en varias sociedades con diferentes niveles de modernismo, descubrieron que en las sociedades más modernas, las personas de mayor edad recuperaban status, particularmente si este estaba ligado a ocupación o educación. Otra de las críticas ha sido porque sus propulsores no han reconocido el poder de ciertas tradiciones culturales fuertemente establecidas y tampoco han considerado el hecho de que las tradiciones viejas muchas veces toman nuevas formas, y se preservan en medio del cambio al modernismo. Una debilidad principal de esta teoría es que asume que el poder y status del anciano se deriva inevitablemente de su rol como custodio de la tradición y que cualquier innovación cultural o social, por lo tanto, será anatema para ellos y minará su autoridad cuando esto ocurra. Neugarten (1968) y colaboradores, descubrieron que las personas de edad avanzada tienden hacia una interiorización o introspección, lo cual significa una mayor atención al propio mundo psicológico. Entendiendo de esa forma la desvinculación, no significa necesariamente el abandono de ciertas conductas sino una actitud de los individuos hacia la vida. Más aún, no hay razón para asumir que todas las personas mayores están inclinadas hacia un estadio de desvinculación, aunque sea psicológico (Bazo, 1999).

CAPÍTULO 2

PROCESOS PSICOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO

2.1. Una aproximación psicosocial al envejecimiento

El proceso de envejecimiento no ocurre en un vacío, sino que se da dentro de un contexto social, cuyo componente se relaciona con lo que sucede a las personas en nuestra sociedad según van envejeciendo. La vejez es una experiencia de múltiples determinantes que dependen de un balance complicado de aspectos físicos, sociales y emocionales. Generalmente los cambios más notables y a los que usualmente se temen en la vejez, son los de orden biológico y fisiológico. Sin embargo, existen pérdidas y cambios sociales que incluyen entre otros: pérdida de roles, de actividad y de status y éstas no necesariamente están ligadas a las mermas físicas normales de una vejez saludable, que afectan la vida de las personas ancianas. La base fundamental para el desarrollo de las principales teorías sociales es el descubrimiento de que las pérdidas de la vejez no era resultado único de variables físicas y materiales, sino también de variables psicológicas y sociales tales como status, rol y personalidad, (Sánchez, 1990).

Existen diversas teorías que intentan explicar las relaciones sociales entre los ancianos. Estas teorías pueden ubicarse en dos grandes grupos: aquellas que pretenden explicar la relación entre el sistema social y los ancianos, y las que pretenden explicar cómo se adapta el individuo a su propio proceso de envejecimiento. Las siguientes teorías pretenden explicar la relación del adulto mayor con la sociedad:

a) *Estratificación social.* Elaborada por Riley (1971), provee una base para explicar las formas y niveles de desigualdad que existen entre ancianos y jóvenes en cualquier sociedad. Explica la vejez desde la perspectiva social como resultado de la combinación del proceso de estratificación y el curso del ciclo vital, trayendo como resultado diferentes generaciones. Establece que: “La graduación de edad y el curso de vida se combinan

para producir ciertos estratos por edad o generaciones reconocidas, y que la interacción de las personas dentro de las mismas estará determinada por lo que consideren propio de sus generaciones” (Sánchez, 1990, pp. 67). Las personas interactúan entre sí como miembros de una cohorte, miembros de una generación y no como individuos. Los sociólogos usualmente conceptualizan la distribución desigual de poder social, prestigio y recursos económicos en cuanto a distinciones sociales de clase.

La teoría no asumía, que las condiciones de la vejez eran necesariamente siempre las mismas. Podrían diferir de una sociedad a otra y cambiar de tiempo en tiempo en una sociedad particular. De acuerdo a esta teoría, la desigualdad relativa del anciano en cualquier tiempo y contexto cultural dependía de dos tipos de experiencia: las experiencias típicas de su curso de vida debido particularmente a cambios físicos y mentales, y las experiencias del momento histórico integrante del grupo de edad particular a que pertenecen. Lo que sucede a los miembros de una cohorte de edad particular depende primordialmente de eventos externos, tales como guerras, cambios económicos y tecnológicos que moldean sus experiencias de envejecer comparado con la experiencia del grupo etario que le precede o le sigue (Sánchez, 1990).

b) Subcultura. Desarrollada por Rose, (1965), sostenía que: “se puede generar una subcultura cuando miembros de una categorías de edad particular, interaccionan más entre sí que con miembros de otra categoría de edad” (Sánchez, 1990, pp. 65). La subcultura surge como resultado de la afinidad positiva que se establece entre un alto número de personas mayores de 60 años que aún se mantienen lo suficientemente saludables y activas como para interactuar entre sí. Dicha interacción se encuentra también motivada por la discriminación que excluye a este mismo grupo de edad, de relacionarse con otras generaciones. Por otro lado, las políticas de retiro o jubilación, legalmente establecidas en muchas sociedades industrializadas han limitado la integración de muchas personas ancianas con la sociedad mayor, promoviendo por lo tanto que

se identifiquen más como grupo y se creen las condiciones para el desarrollo de una subcultura de la vejez. Así, mientras más se excluye a las personas de edad avanzada de la participación social, más se desarrollará una conciencia de grupo que propicie la subcultura (Sánchez, 1990).

De esta forma los adultos mayores, habiendo compartido formas de vida, una experiencia histórica y social común, y teniendo unos problemas similares, se entienden mejor entre ellos; se sirven unos a otros como punto de referencia y comparación para validar los propios valores, opiniones y hasta para evaluar la propia situación y la propia valía. Según esta teoría, los adultos mayores formarían una subcultura aparte, una minoría social, lo que les ayuda a mantener su identidad y una autoestima positiva pues ello les permite establecer comparaciones de sí mismos, con otras personas que están en situaciones similares a la suya; y de ese modo no necesitan compararse con otros tipos de personas de otros grupos de edad, que podrían resultar negativas para su estima (Rodríguez, 1994).

- c) **Medio social.** Elaborada por Gubrium, (1973), plantea que “el comportamiento social del individuo en la etapa de la vejez está condicionado por factores biológicos y sociales imperantes en su medio ambiente” (Sánchez, 1990, pp. 66). En otras palabras, el comportamiento de la persona va a depender de la sociedad en donde viva, de su condición física y de los recursos con que cuente para satisfacer sus necesidades. El medio ambiente en que se encuentre la persona de edad avanzada incluye no sólo el contexto social con sus normas sino también los bienes de orden material y las posibilidades que se le ofrecen. Sobre el nivel de actividad de una persona de edad avanzada influyen tres factores importantes: salud, dinero y apoyos sociales. En conjunto, los factores procedentes del medio ambiente social que pueden incidir en el grado de actividad de la persona van a resultar favorables o desfavorables en su adaptación al envejecimiento (Sánchez, 1990).

2.2. Factores psicosociales del envejecimiento. La importancia de las redes sociales para el adulto mayor

Para la psicología, la socialización se refiere al proceso por el cual un niño se transforma en un miembro de una sociedad particular y aprende los roles apropiados de su grupo de referencia, donde suele enfatizarse la canalización de los impulsos hacia formas socialmente aceptables. Desde la perspectiva sociológica, el ciclo vital es considerado como una sucesión de roles sociales, y la personalidad, como el producto de pautas cambiantes de socialización. Así, la adecuación de la persona a las demandas específicas de cada período social determina su grado de socialización. Para adaptarnos y funcionar eficientemente en la esfera social, hemos de desarrollar una serie de hábitos que nos permitan interactuar correctamente con los demás. Por lo tanto, la socialización es entonces un proceso a través del cual el ser humano adquiere el conocimiento, las habilidades y las disposiciones que le permiten actuar eficazmente como miembro de un grupo. Esta actuación puede tener lugar con personas de la misma edad y de otras edades; es decir, se puede producir a través de las relaciones entre iguales, o por medio de las relaciones intergeneracionales. Las relaciones sociales continúan moldeando la vida de la persona y su comportamiento durante todo el ciclo vital; y son estas mismas relaciones las que a su vez, son básicas para el desarrollo personal y afectivo, así como para la salud, tanto física como mental. Por consiguiente en cada época y en cada momento de la vida de una persona, el componente social prescriptivo es diferente (Yuste, 2004).

La socialización adulta es entonces, el resultado de la aplicación de las normas sociales a un individuo concreto y la forma que éste tiene de conformarse a esas reglas sociales específicas. Estas normas suelen estar asociadas a la edad cronológica de la persona, dando lugar a las clasificaciones de edad. Entonces, la persona mayor socializa en la interacción con sus iguales y con los miembros de otras generaciones de menos edad. Los participantes en la interacción son los mismos, aunque con el aumento en edad cambia el origen y la dirección de la influencia principal. La socialización del adulto se produce, fundamentalmente en el trabajo, en la familia, en la comunidad y con los

amigos. El contexto de socialización que tiene lugar en el sistema de relaciones laborales desaparece en la vejez. A su vez, surge un nuevo contexto de socialización asociado al disfrute del tiempo libre y del ocio (Yuste, 2004). En todas estas áreas de relaciones sociales se están produciendo cambios notables que benefician a los adultos mayores, entre las más relevantes destacan las que veremos a continuación.

a) La Familia. Es la célula básica de la sociedad; constituye el núcleo de la organización social básica. Regula la actividad sexual y proporciona un contexto adecuado para criar y educar a los niños. Las familias proporcionan a las personas protección, intimidad, afecto e identidad social. Cada familia pasa por sucesivas etapas o cambios a lo largo del tiempo. Estos cambios constituyen diferentes momentos del ciclo de vida de una familia. En segundo lugar, unas familias difieren de otras en diferentes momentos de sus ciclos. Estas diferencias dan lugar a las distintas formas de familia. Con el aumento de edad, estos estatus y roles familiares implican adaptaciones importantes en la vida de las personas, dando lugar a roles como el de ser abuelo o a otras características. Las familias cambian con el tiempo. La noción de ciclo vital familiar hace referencia a los cambios que experimentan las familias. Los ciclos vitales de cada uno de los miembros de la familia pueden solaparse, y en consecuencia, la cadena familiar puede continuar (Grifa, 2005).

Hay muy pocos ancianos que nunca se han casado. Estas personas poseen un tipo diferente de personalidad social y parecen no necesitar una relación más íntima; manifiestan sentirse menos solos frente al envejecimiento que otras personas de su edad, ser más felices y tener mejor salud física y mental que los divorciados o viudos de su edad. Parecen estar menos afectados por la edad, son más independientes, tienen pocas relaciones sociales y, en general, se sienten satisfechos con la vida. Uno de los atractivos del matrimonio es la felicidad que proporciona, la gente que nunca se casó, refiere ser más feliz y reporta mayor felicidad que las personas casadas. Lo cual parece indicar que la felicidad de las personas ya no se limita al estado matrimonial. La

actividad sexual fuera del matrimonio y el trabajo de la mujer fuera de casa, son factores que pueden estar contribuyendo a que el matrimonio no genere el estado de mayor felicidad. En el caso de aquellas parejas que permanecen juntas muchos años, la evolución de la satisfacción matrimonial sigue una distribución en forma de “U” a lo largo del ciclo vital. La mayor satisfacción matrimonial se produce al principio y al final. El período que presenta niveles más bajos de felicidad y satisfacción matrimonial es el que corresponde a la crianza de los hijos. El punto más bajo coincide con la independencia del último hijo adolescente (Krassoievitch 2005).

En general, las personas mayores casadas comparadas con las no casadas, reportan niveles más altos de satisfacción vital, optimismo, salud mental y física, recursos económicos, integración y apoyo social e índices más bajos de institucionalización. Al estar casados tienen menos probabilidades de adoptar comportamientos de alto riesgo y siempre tienen a alguien que pueda cuidarlos. En lo que respecta a la vida familiar, clásicamente se describen las fases preparental, parental, posparental y la fase posproductiva, que sigue a la jubilación. Es de notar que debido al aumento de la longevidad, la fase posparental abarca actualmente en ocasiones 30, 40 o más años. Cada una de las fases de la existencia familiar implica cambios en los roles respectivos, y por tanto, en las relaciones interpersonales de sus miembros. En el caso de la mujer, las dos últimas fases significan con frecuencia el cambio del papel del cónyuge al de viuda. Si no hay tal, una de las tareas importantes de la pareja de ancianos es la preservación de la integridad de la relación conyugal, que incluye el redescubrimiento del compañero, en ausencia de los hijos. El equilibrio conyugal se ve amenazado por sucesos como la jubilación, la enfermedad y la perspectiva de la enfermedad de uno de los cónyuges. Durante la fase posjubilatoria, las relaciones verticales (padre-hijos) cobran mayor importancia que las horizontales (cónyuge, parientes), y esto es más notorio para las mujeres, quienes están ocupadas con sus nietos y mantienen contactos frecuentes con sus hijas. Por su parte, los

hijos varones suelen visitar a su madre, pero frecuentemente lo hacen solos (Krassoievitch 2005).

- b) Maternidad y la paternidad.** Ambas suponen transiciones de rol mucho más importantes, incluso que el propio matrimonio. Tanto hombres como mujeres experimentan muchos sentimientos conflictivos a medida que llega el momento de volverse padres, incluso aquellos que se han preparado debidamente para el embarazo. El mantenimiento del papel de padres puede ser tan complejo como el de asumirlo, a medida que los niños van creciendo, van cambiando también los padres. La maternidad y la paternidad requieren de continuos ajustes en función de los cambios que se producen en los niños; cuando este equilibrio se logra, los padres definen la situación como satisfactoria (Griffa, 2005).

Desde el momento del nacimiento, los hijos van adquiriendo mayor independencia de sus padres hasta que se independizan definitivamente. Ver que los hijos se están haciendo adultos lleva implícito considerar que los padres son mucho mayores y acentúa, hasta cierto punto, la distancia generacional entre padres e hijos. Los hijos tienden a independizarse y a crear su propio hogar, en consecuencia, cada vez es más frecuente que los matrimonios pasen muchos años solos después de independizarse el último hijo. Cuando el último hijo abandona el hogar, se da una situación conocida como “*nido vacío*” (Papalia, 2005).

Aunque algunas mujeres sienten pena y aflicción cuando los hijos se van de casa, la mayoría de ellas se sienten liberadas al no tenerlos en casa. La sensación de nido vacío va acompañada más por la liberación que por la pena; frecuentemente, los padres reaccionan frente a la partida de los hijos de casa con remordimientos por no haber estado más tiempo con ellos cuando eran pequeños. Alternativamente la etapa de nido vacío puede ser más dura, para unos padres cuyos hijos no se independizan cuando ellos quieren, sino que permanecen mucho más tiempo del esperado en casa. Esto es frecuente en épocas de crisis económicas (Lemme, 2003).

Los papeles de padre para con los adultos jóvenes y de abuelos para con los hijos de estos, plantean nuevos problemas y requieren nuevas actitudes y comportamientos. El período de nido vacío puede irse llenando con roles de apoyo a los propios hijos que ya viven fuera de casa, y a los padres que comienzan a necesitarlo y que tampoco se encuentran en el mismo hogar. Se ha observado que los ancianos que no tienen hijos no son más solitarios ni más pesimistas acerca de la vida, ni tampoco más temerosos de la muerte que los que tienen hijos. El estado de ánimo a esta edad depende más de la frecuencia con la que ven a sus amigos que a sus hijos (Lemme, 2003).

c) Separación de la pareja. Mientras que el hecho de estar casado por sí mismo tiene beneficios para la salud de los ancianos, está vinculado con la calidad del matrimonio. Las parejas casadas que permanecen más tiempo juntas en la edad adulta tardía, tienen mayores probabilidades que las parejas maduras de reportar que su matrimonio es satisfactorio, incluso muchas afirman una mejoría. La forma en que las parejas resuelven los conflictos es una clave para la satisfacción matrimonial a lo largo de la edad adulta. Los patrones de solución de conflictos tienden a mantenerse constantes a lo largo del matrimonio; además, la mayor habilidad de las parejas viejas para regular sus emociones ayuda a disminuir la gravedad de sus conflictos (Papallia, 2005).

Por otro lado tenemos que el divorcio y sus efectos negativos en edades avanzadas pueden deberse a la falta de sistemas de apoyo adecuados. Un ajuste correcto después del divorcio parece estar asociado a los recursos económicos, a la educación, y a unas redes sociales intensas con familiares y amigos. Pero, la mayor incidencia en divorcio que se da actualmente está asociada a la independencia económica de las mujeres, a que los obstáculos legales se han reducido, a una menor oposición religiosa y a un menor desprecio social hacia las personas que se han divorciado. Las personas de 50 a 79 años que se divorcian tienen más problemas para adaptarse a los cambios que las de 20 a 49 años, y el grupo de mayor edad tiene menos esperanzas de futuro. Estos

divorciados y separados mayores, expresan una satisfacción familiar mucho menor que los casados, que los viudos o que los que nunca se han casado. Los hombres divorciados se sienten menos satisfechos con los amigos y sus actividades extralaborales, aunque esto no ocurre con las mujeres. Los ancianos que nunca se casaron tienen mayor probabilidad que los ancianos divorciados o viudos de preferir la vida de solteros y es menos probable que se sientan solitarios (Yuste, 2004).

d) Viudez. Es un estado más frecuente a medida que avanza la edad y constituye una carga difícil de llevar, sobre todo, para las mujeres; supone un cambio importante en el curso vital y trae consigo profundas modificaciones y pérdidas, tanto a nivel objetivo como subjetivo. Quedarse viudo(a) tiene efectos negativos sobre la salud física y mental, además de que incrementa la probabilidad de muerte y de depresión. Lobata (1973) dividió la experiencia de viudedad en 4 estadios:

- 1) El reconocimiento oficial del suceso.
- 2) La desvinculación temporal de los lazos de comunicación.
- 3) El olvido.
- 4) El reencuentro o la vuelta.

El primer estadio comienza con los funerales e incluye el período de duelo. Enfrentarse a la pérdida del cónyuge y elaborar el duelo lleva tiempo y puede implicar un alejamiento temporal de las actividades y responsabilidades sociales previas. La vuelta o reenganche no es el final de los problemas de la viudedad, puede ser simplemente el principio. El problema más serio que afrontan las viudas es la soledad y la pérdida económica. La pérdida del ser querido y sus implicaciones emocionales no es el componente más negativo de la viudedad; incluso, en algunos casos, puede constituir una liberación. Los efectos negativos de la viudedad parecen provenir de la disminución de ingresos y del impacto en la autoimagen. En general, la soledad se percibe siempre como un problema importante en la vejez (Griffa, 2005).

Los ancianos se adaptan con mayor facilidad a la viudez que los jóvenes. Uno de los factores determinantes parece ser las mayores relaciones sociales que pueden mantener los ancianos. La calidad puede ser más importante que la frecuencia con que se den esos contactos sociales.

La viudez puede afrontarse mejor si la persona desarrolla un nuevo sentido de identidad y de autosuficiencia. Así, una fuerte identidad y una autosuficiencia económica y social, son predictores de una buena adaptación a la viudez. Las personas que parecen adaptarse mejor son también quienes se mantienen ocupados en actividades laborales o sociales. Es importante tener una red social diversificada y redes sociales alternativas que garanticen las relaciones intergeneracionales y entre iguales, tanto dentro de la familia como en la comunidad. La viudez introduce cambios en las redes sociales y en la participación social (Papallia, 2005).

e) Trabajo y jubilación. El trabajo y la ocupación son los elementos más importantes en la vida de una persona durante su juventud y adultez, ya que pasan su infancia, adolescencia y juventud preparándose para desempeñar una actividad productiva durante su juventud y madurez. El trabajo organiza nuestras actividades de la vida diaria, pero también nos ayuda a formar nuestro autoconcepto e identidad personal. La actividad productiva juega un papel importante en el envejecimiento, ya que no solo pueden seguir siendo productivos sino que también pueden mejorar su productividad. Los trabajadores ancianos tienden a ser más confiables, cuidadosos, responsables y templados con el tiempo, también es más probable que se acepten sus sugerencias (Vega, 1996).

Existe aparentemente un temor al desempleo y a la jubilación en los trabajadores que son adultos mayores, de modo que el hecho de percibir de forma anticipada las posibles carencias por la disminución del ingreso económico llega a ser paralizante; sin embargo, no debería ser así, pues un trabajador mayor tiene todavía la fuerza necesaria para emprender un negocio propio. Tanto la entrada como la salida del mundo laboral

merecen una planificación y una preparación cuidadosa. La satisfacción de las personas depende del éxito en la adaptación, tanto a la actividad de la ocupación, como a la inactividad después de jubilarse y dejar la ocupación. En resumen, el trabajador mayor es un incrédulo de sus capacidades, se mide con parámetros que ya no son vigentes (salud y apariencia física, por ejemplo), está más cerca de su esencia y tiene un potencial que, si muestra suficiente disponibilidad, podrá echarlo a andar en su provecho (Reig, 2004).

Desde el punto de vista individual, la percepción de la jubilación es única y el individuo la puede interiorizar como un evento, una crisis, un rol y también como un proceso. En realidad son múltiples los factores que inciden en el bienestar de la persona cuando se jubila. Estos van desde los aspectos inherentes al ciclo vital, hasta los de tipo psicosocial o condicionantes socioeconómicos. La jubilación es uno de los acontecimientos más importantes de la vida de una persona que contribuye al significado de la vejez en nuestra sociedad (Moragas, 1991). Es importante aclarar que jubilación no es equivalente a vejez, debido a que muchas personas se jubilan a una edad temprana y en una situación personal en la que no pueden considerarse viejas. Además, puede ser voluntaria o involuntaria, puede tener lugar de forma anticipada o en su momento, y puede ser parcial o completa. Las actitudes iniciales hacia la jubilación son ambivalentes, ya que muchos trabajadores esperan con ansiedad ese momento, mientras que otros no. Esto se debe principalmente a la relación que se da entre el deseo de trabajar y la satisfacción que experimenta la persona en su trabajo. Atchley (1989) señala que si el nivel académico es mayor y el tipo de trabajo que se desempeña es satisfactorio, entonces es menor el deseo de jubilarse y existe una mayor probabilidad de que estas personas continúen trabajando después de los 65 años; por otro lado, los trabajos físicos y tediosos relacionados con una pobre educación académica, llevan asociados el deseo de una jubilación anticipada (Bazo, 1999).

Esta etapa de la vida puede ser especialmente problemática en cuanto a la salud; se necesita adoptar medidas preventivas, para lo cual no es suficiente un programa parcial con un enfoque solamente sanitario, sino que es necesario realizar un planteamiento general que abarque todos los estratos de la persona. Algunos estudios empíricos indican, que cuando el trabajo realizado representa una parte importante del mundo vital del individuo y además le confiere un elevado prestigio, la persona puede tener dificultades de adaptación. Por el contrario si el trabajo no representa más valor que la recompensa económica y la persona no se siente identificada con él, su desvinculación es menos traumática. De acuerdo con estos razonamientos, las personas que han ejercido profesiones de alto prestigio social suelen asimilar peor la jubilación que aquellos que han desempeñado un trabajo modesto y perciben una pensión adecuada. Existe otro sector de profesionales de clase media que también encuentran dificultades de adaptación al período de jubilación, sobre todo sí, como los profesionales de alto prestigio, quieren continuar con sus actividades. El trabajo de este tipo de jubilados ha dependido de contactos sociales o de la utilización de máquinas o herramientas muy complejas. Ambas cosas no suelen estar disponibles después del retiro (Bazo, 1999).

La preparación para la jubilación debe comenzar durante el período laboral; se considera que de tres a cinco años puede ser el tiempo adecuado para buscar una reorientación y crear hábitos motivacionales que propicien realmente un cambio interesante (Muñoz, 2002). La planificación de la jubilación puede prevenir desajustes e inadaptaciones en este período, ya que dicha preparación ayuda a afrontar los problemas de salud, económicos, sociales, así como la organización y reestructuración del curso de la vida. No obstante, incluso en países que han ofertado programas oficiales de este tipo, sólo participa un 5 por ciento de las personas a los que van dirigidos. En los países latinos, la participación es menor y no supera el 1 por ciento. Los programas de preparación a la jubilación suelen clasificarse bajo dos formas genéricas: programas de asesoramiento y programas de jubilación (Vega, 1996).

Los programas de preparación formativa persiguen facilitar la transición y adaptación del sujeto a su nueva situación. Desde este punto de vista, la jubilación es considerada como un período de crisis; así, los programas intentan cambiar la actitud del sujeto frente al inminente cese de su actividad laboral. El asesoramiento motiva y ayuda a la persona para que ésta encare la jubilación de forma positiva. Desde esta perspectiva, los interesados deben plantearse un proyecto de vida que se adecue a su motivación personal y realizar una programación diaria de sus actividades. La segunda forma que suelen adoptar los programas de preparación para la jubilación consiste en la planificación de los eventos que pueden ocurrir. Desde este punto de vista, los cursos tienden a estimular la búsqueda de información con el objeto de realizar planes para el futuro. La preparación informativa para la jubilación cumple otro objetivo, el de reducir la ansiedad que puede aparecer en los individuos a medida que se va aproximando la fecha real y efectiva de su jubilación. La planificación realista de la jubilación previene sus posibles efectos negativos y palia las disfunciones originadas por la evaluación errónea que el individuo hace de este período (Muños, 2002).

En la sociedad del siglo XXI muchos papeles y estatus asignados se refieren a las actividades de tipo laboral y profesional. Aun cuando este hecho se relaciona con la enajenación que sufre el hombre contemporáneo. Las metas y la identidad se ven entonces seriamente afectados y se presenta un estado que algunos autores llaman “*anomia*”. Si no se presentan nuevos papeles para sustituir a los anteriores, la anomia lleva a la desadaptación y a la enajenación. La anomia se estudia en dos perspectivas; la primera es la sociológica y consiste en una carencia de normas, valores y de fuerzas reguladoras, con las que la sociedad habitualmente toma decisiones o hace evaluaciones sobre su estado. La segunda perspectiva es psicológica y en este caso la anomia se expresa por un sentimiento de falta de metas, ansiedad y soledad; siempre se relaciona con la anomia en un sentido sociológico. De hecho, cuando se presenta una contradicción entre las metas personales y las oportunidades sociales para alcanzarlas, el individuo puede caer en

desequilibrios conductuales y emocionales. Este es el caso de ancianos que han perdido su rol y estatus sociales debido a la jubilación o a la viudez. Este estado de anomia suele acompañarse de rumiaciones nostálgicas referidas al pasado de apatía y de rechazo al compromiso con nuevas interacciones sociales (Krassoievitch, 2005).

2.3. Mitos y realidades sobre la vejez.

Butler introdujo el concepto de “*ageism*” en el campo de la gerontología en 1973; término que Salvarezza tradujo al castellano como “*viejismo*” en 1988. Este término puede ser definido como el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a las personas envejecidas, en función de su edad (Krassoievitch, 2005). Esta apreciación se aprende en la juventud y no se relaciona con el medio en el que ha nacido el individuo; por el contrario, la condición que provoca la discriminación se adquiere al pasar de los años y transforma con el tiempo en una imagen negativa de sí mismo. Por tanto, el *viejismo* es una apreciación estereotipada y socialmente compartida de que los cambios que se producen en la vejez son exclusivamente negativos. Es decir, que consisten fundamentalmente en ir perdiendo el conjunto de habilidades y capacidades que se adquirieron durante la juventud y la edad adulta. Son numerosos los prejuicios negativos que existen sobre las personas mayores y que son compartidos por ellas mismas, por los profesionales que las atienden y por las personas de otras generaciones. Distintos estudios e investigaciones le posibilitaron a Kart (1990) el reconocimiento de un listado de los prejuicios más frecuentes entre la población de Estados Unidos de Norte América, en relación con las personas viejas:

- La senilidad inevitablemente acompaña a la edad.
- La mayoría de las personas viejas están aisladas de sus familias.
- La mayor parte de las personas viejas tienen poca salud.
- Las personas viejas suelen resultar víctimas de crímenes con más frecuencia que las personas jóvenes.
- La mayoría de las personas viejas son pobres.

- Las jubilaciones y las pensiones son la causa del déficit de la seguridad social del país.
- Los trabajadores de edad producen menos que los trabajadores jóvenes.
- Las personas de edad se jubilan por los problemas de salud o por la muerte próxima.
- Las personas mayores carecen de interés y de capacidad para las relaciones sexuales.
- La mayoría de las personas de edad pasan sus últimos días internados en una residencia.

Para una mayoría realmente significativa, estas afirmaciones son falsas, incluso para un considerable porcentaje de adultos mayores. Estas son afirmaciones que se pueden aplicar también a personas de otros grupos generacionales, pero aquello que más preocupa es que estas afirmaciones no ofrecen una conceptualización adecuada, ni verídica de la mayoría de las personas ancianas.

El estudio de Fernández (1972) con respecto a los mitos que la sociedad española plantea sobre la vejez, muestra que el estereotipo más difundido es el siguiente: la vejez es el momento de descansar después de toda una vida dedicada al trabajo. Entre los mitos y prejuicios que la autora estudió, predominan aquellos que engloban una apreciación negativa y de forma más acentuada, aún entre las propias personas viejas. Propone Calvo (1995), una organización de los mitos y prejuicios en los que se oponen unos a otros, a la vez se superponen y enmascaran, pero poniendo siempre en evidencia el problema social que constituye la vejez (Cornachione, 2003). Calvo realizó la siguiente presentación:

- La vejez y la antigüedad. Desde lo social puede considerarse que aquello que envejece pierde valor o por el contrario que aumenta su valor y algo semejante se plantea con la vejez, ya que con ella se puede trascender y alcanzar cierta intemporalidad, pese a que no se puede vencer la muerte.

- La vejez y la irresponsabilidad. A las personas ancianas resulta posible responsabilizarlas de su falta de responsabilidad a raíz de una supuesta situación de regresión. Este hecho estaría suponiendo la posibilidad de retirarlos anticipadamente y usufructuar sus beneficios, tales como puestos de trabajo, herencias, etc.
- La vejez y la enfermedad. Las personas suelen temer a la edad y a la enfermedad como causa de muerte, tal como si el sólo hecho de cumplir años ya fuese el desencadenante para tener alguna enfermedad.
- La vejez y la beneficencia. Se suele sostener que los viejos son una carga, un peso, que demandan apoyo y sostén económico, pero la vejez no es sinónimo de pobreza y demanda económica.
- La vejez como problema social. Para evitar que se conviertan en problema social es necesario reinstalar la plena dignidad, el ejercicio de roles y la plena reciprocidad generacional.

La idea central sobre el envejecimiento en la actualidad es que lo importante no es la longevidad (la inmortalidad), sino la calidad de vida en los últimos años. Una de las frases acuñada recientemente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y que recoge esta perspectiva afirma que: “Lo importante no es dar años a la vida, sino vida a los años (OMS; 2001)”; es decir, lo crucial no es la longevidad, sino el mantenimiento de la calidad de vida. La expectativa de vida de una persona se refiere al número de años que se calcula que va a vivir a partir de cada edad exacta. Pero esta expectativa media de vida de las personas de una población puede ir cambiando a lo largo de la historia. Depende de factores ambientales, acontecimientos externos al individuo, la incidencia de las enfermedades, los avances médicos y tecnológicos, etc. En consecuencia, la expectativa media de vida parece incrementar con el desarrollo económico y social de los países. Sin embargo, el límite máximo de la vida no ha aumentado. El desarrollo trae consigo que más personas se aproximen al límite máximo de la vida. El objetivo a conseguir con la intervención en la vejez es que el mayor número de personas se aproxime en el mejor estado posible al límite máximo de vida (Papallia, 2005).

Son varios los factores que se han identificado como determinantes de alta expectativa de vida y, en consecuencia, de la longevidad. En primer lugar, se encuentran los avances de la medicina y en el tratamiento de las enfermedades. Si fuéramos capaces de eliminar todas las causas de muerte prematura, viviríamos por término medio en torno a los 100 años. La muerte llegaría como consecuencia de los cambios biológicos asociados al envejecimiento. En segundo lugar, intervienen factores como el género y la longevidad de los antepasados familiares. La diferencia en la expectativa de varones y mujeres se ha ido incrementando a lo largo de este siglo. Finalmente, participan otros factores. La expectativa de vida individual disminuye al fumar intensamente, con la obesidad y con la polución. Aumenta con el ejercicio físico, una buena nutrición, un buen matrimonio, el sentido de utilidad, la actividad y el trabajo, una actitud flexible hacia la vida, siendo mesurado en los hábitos y teniendo capacidad para adaptarse a los nuevos acontecimientos (Papallia, 2005).

CAPÍTULO 3

FACTORES BIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO

3. 1. PROCESOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS

Los elementos más representativos de las funciones cognitivas son la memoria, el aprendizaje, la atención, el lenguaje, la habilidad visoespacial, la conceptualización, las conductas aprendidas y la inteligencia general; veremos a continuación algunas de las más importantes:

A) APRENDIZAJE. Respecto al aprendizaje hay diferencias significativas entre los adultos y los ancianos, quienes requieren mayor tiempo para aprender, materiales más ordenados y de menor complejidad. En el proceso de aprendizaje, los adultos mayores son más susceptibles de perturbaciones que los jóvenes y que los adultos. Por ejemplo, las pausas intercaladas durante la ejercitación, que suelen mejorar los resultados del aprendizaje en los jóvenes, entre los viejos lo empeoran generalmente. El aprendizaje por partes es más favorable para los jóvenes, mientras que el aprendizaje global lo es para los ancianos. Por esto se cuestiona el declive de la capacidad intelectual en la vejez. El adulto con formación intelectual prescinde de los elementos accidentales y trabaja con factores esenciales y generalizaciones. Por eso, el anciano de menor formación académica, sufre más la decadencia del rendimiento intelectual (Griffa, 2005).

Generalmente implica algún esfuerzo o intención por parte de quien aprende. Frecuentemente a esto, la memoria se ha definido como un proceso más abstracto, que también depende de la experiencia, pero que no necesariamente está adscrito a una situación específica como ocurre con el aprendizaje. El condicionamiento es la forma de aprendizaje más simple. El patrón de cambios con la edad depende de si se considera el condicionamiento clásico o el operante. Se ha sugerido que el debilitamiento de la respuesta involuntaria se debe a la pérdida de células en el cerebro, una estructura cerebral involucrada, fundamentalmente, en la

coordinación del movimiento. Si esto fuera así, el menor condicionamiento de muchos ancianos se podría deber a cambios en el sistema nervioso central. Otra explicación es que el tiempo que se permite para la aparición de la respuesta, que puede ser de sólo 300 mseg; podría afectar los resultados, enmascarando muchos casos de condicionamiento, puesto que a los ancianos les lleva más tiempo registrar los estímulos y responder a ellos. Mientras que en el condicionamiento clásico las personas no suelen ser conscientes de la respuesta que se está condicionando, en el condicionamiento operante la conducta cambia en función de la consecuencia que se deriva de la acción que se realiza. En este sentido, se ha encontrado que cuando la acción conduce a la obtención de una respuesta, no hay diferencias en condicionamiento a lo largo del ciclo vital. Parece existir un declive en el área del aprendizaje verbal después de los 60 años, tal como se ha obtenido de todos los estudios transversales de aprendizaje verbal que se han realizado; e incluso, de los datos encontrados en el estudio longitudinal de Baltimore (Vega, 1996).

La capacidad de aprendizaje está en estrecha relación con los procesos sensoriales, el tiempo de reacción, la organización sensomotriz y la memoria. Su evolución sigue la misma línea que empezó a manifestarse en la edad adulta y que ahora se hace más evidente. Los viejos generalmente necesitan más repeticiones que los jóvenes para aprender la misma tarea, y el aprendizaje realizado puede también interferirse o perturbarse más fácilmente por diversas incidencias. El aprendizaje y la memoria están inextricablemente enlazados. Por un lado, si los individuos no han aprendido, es muy poco lo que pueden recordar; por otro lado, si su memoria es mala, no es mucho lo que pueden aprender. El aprendizaje consiste en la adquisición del conocimiento, mientras que la memoria consiste en el almacenamiento, procesamiento y recuperación del conocimiento adquirido. Pero, cada una depende de la otra. El aprendizaje es más probable que se lleve a cabo en las personas que tienen la necesidad emocional de lograr la excelencia como también en las que aprenden a buscar estatus. Esas personas están motivadas por la necesidad personal de satisfacer al ego, y en consecuencia se esfuerzan

más que aquellas cuyas necesidades y pulsiones son menores. La motivación también puede aumentar gracias a incentivos externos; sin embargo, ninguna cantidad de incentivo funciona a menos que los sujetos sientan que las recompensas ofrecidas están a su alcance. El aprendizaje también se ve afectado por el grado de asociación, o la llamada fuerza asociativa; así, algunas palabras parecen ir juntas de manera natural, por ejemplo, mesa va más con silla que con sombrero, por lo que mesa-silla tiene mayor fuerza asociativa (Rice, 1997).

B) ATENCIÓN. La atención es un proceso en el que intervienen muchos factores, los cuales determinan qué información se procesará y el grado de procesamiento que recibirá. La atención se podría definir como la energía o la capacidad necesaria para apoyar el procesamiento cognitivo, y en ella es posible diferenciar 3 categorías diferentes (En: Rice, 1997):

- 1) atención sostenida o vigilancia;
- 2) atención selectiva o capacidad para extraer información relevante de información irrelevante, y
- 3) capacidad atencional (recursos para una atención total).

Con respecto a la noción de vigilancia, ésta se relaciona con la atención sostenida y para medir ésta, se utilizan las tareas de vigilancia en las que hay que atender a una fuente de información, para detectar objetos o sucesos que ocurren a intervalos de tiempo impredecibles. La mayor susceptibilidad a la distracción por parte de los ancianos podría explicar también las diferencias con la edad en vigilancia. Es posible que las personas mayores se distraigan más durante las tareas de vigilancia, lo que aumentaría la probabilidad de no percatarse cuando se presentan los objetivos. Por otra parte; el funcionamiento de filtro o atención selectiva, quizá sea la función más básica, esta habilidad para centrarse en la información relevante despreciando los aspectos irrelevantes de la situación, resulta esencial para el aprendizaje. Aunque la atención selectiva presenta modificaciones a lo largo de todo el ciclo vital, ésta más bien depende de la situación, que de la discriminación de los estímulos externos

del entorno. También existe un enlentecimiento generalizado en el sistema nervioso central que afecta los procesos atencionales. El cambio de atención hace referencia al proceso de cambiar el foco de atención entre dos o más fuentes de información alternativamente. (Vega, 1996).

Con la edad se producen importantes cambios en las funciones cognitivas de las personas mayores. Light (1991), propuso que los déficits de memoria secundaria en la vejez se debían a cuatro fenómenos:

- 1) Fallo de metamemoria, por conocimiento deficiente del manejo de la memoria, deficiente estrategia o desuso y escasa monitorización de los procesos mnemónicos;
- 2) Déficit semántico debido a insuficiente información ortográfica y fonológica de los conceptos y probable deficiencia en los procesos de codificación por interferencia;
- 3) Deterioro de la recolección deliberada de información contextual, y
- 4) Disminución de los recursos de procesamiento, por déficit atencional leve, deterioro de la memoria de trabajo y enlentecimiento cognitivo.

Las habilidades visoespaciales o capacidad para percibir y funcionar en el dominio visoespacial también declinan con la vejez. De igual manera, se aprecian cambios significativos en la capacidad de conceptualización o habilidad para formar conceptos, cambiar de un concepto o categoría a otro, generalizar desde una instancia simple, y aplicar reglas y principios. En los ancianos es frecuente constatar algunos de los siguientes trastornos de memoria:

- 1) Olvidos benignos;
- 2) Trastornos de la memoria secundaria: a) disfunciones asociadas a mecanismos auditivos y verbales por lesiones en la región presilviana posterior izquierda y b) sordera para las palabras por lesión del lóbulo temporal superior izquierdo;
- 3) Déficits de consolidación mnemónica o amnesia anterograda por fallos de codificación o evocación;

- 4) Déficit de almacenaje-liberación o amnesia retrógrada en situaciones de lesión por neurocirugía, encefalitis, traumatismo craneal, síndrome de Korsakoff, enfermedad de Alzheimer u otras formas de demencia;
- 5) Trastornos específicos de memoria reciente, y
- 6) Trastornos específicos de memoria remota. Todas estas formas de disfunción cognitiva no son típicas de la vejez, a excepción del olvido senil, y se expresan como un epifenómeno patológico de procesos subyacentes de naturaleza vascular, degenerativa, traumática, infecciosa, metabólica o tumoral (Rice, 1997).

C) COMPRENSIÓN. Monge y Gardner (1972), señalan que las pruebas de familiaridad con las palabras han demostrado que los adultos generalmente muestran mejorías entre los 50 y los 59 años, después de lo cual disminuye la puntuación. Feier y Gerstman (1980), consideran que la investigación sobre la comprensión de oraciones ha revelado que la habilidad para comprender oraciones subordinadas (oraciones complejas con una serie de cláusulas relacionadas) permanece estable hasta los 60 años, luego de lo cual disminuye. De modo similar, los adultos no suelen tener un buen desempeño en pruebas de lectura cuando se les ordena terminarlas en un tiempo determinado. La capacidad de los adultos mayores para comprender el significado fue casi tan buena como la observada en los adultos jóvenes (edad promedio 18.3 años). Los ancianos acertaron en 83% de los ensayos mientras que los jóvenes lo hicieron en el 91 % de los casos (Rice, 1997).

D) CREATIVIDAD. La creatividad es la habilidad para innovar, para dar respuestas nuevas, para colocar juntos de un modo adaptativo, nuevo e inusual, elementos que previamente no estaban conectados. La poca atención brindada a la creatividad de los adultos ha dado como resultado que la investigación en el área sea, a todas luces insuficiente (Rice, 1997).

Con el envejecimiento muchas personas creativas muestran cambios predecibles en su estilo artístico. El que este estilo emerja puede estar producido por cambios psicológicos en la persona, quizás condicionada por la conciencia creciente de la proximidad de su muerte. Es un estilo

caracterizado por la contemplación y por la separación o desapego del mundo. Las experiencias dirigidas a educar creativa y artísticamente a las personas mayores han demostrado una relación positiva con la satisfacción vital. La educación artística promueve la creatividad y la autoexpresión en las personas mayores. Este entrenamiento se basa en la revisión de la propia vida y en las emociones que esta revisión provoca. La revisión de la propia vida genera la necesidad de contar la propia historia y el deseo de compartirla con los demás a través del arte, cómo una forma de resolver inquietudes y conflictos personales (Vega, 1996). Así, la creatividad facilita al anciano la revisión de su vida y la visualización de nuevas perspectivas; es en cierto modo una forma de prolongar cualitativamente la vida, al darle un sentido y afirmar su identidad. Así, la reminiscencia, como recuerdo cargado de afecto, se puede canalizar en reorganizaciones constructivas y creativas (Griffa, 2005).

E) INTELIGENCIA. Algunas funciones intelectuales se incrementan con la edad; otras alcanzan su punto máximo de manera temprana y se mantienen en la vejez, mientras que otras más empiezan a declinar al inicio de la vida adulta. Es claro que las conclusiones a las que se llegue respecto a los cambios en la capacidad intelectual habrán de diferir dependiendo de qué funciones sean las evaluadas (Rice, 1997).

El acercamiento psicométrico a la inteligencia se centra en evaluar la inteligencia que se puede medir en una persona por medio del uso de diferentes escalas de medida. Esta perspectiva asume que las puntuaciones que se obtienen de esas escalas, reflejan las aptitudes reales que existen dentro de una persona. Desde esta tradición surgió un interés por conocer el modo en que la inteligencia se organiza estructuralmente; es decir, si existe una aptitud general que controla todos los tipos de ejecución o si la inteligencia se estructura en varios factores que controlan distintas ejecuciones. La medida de inteligencia general es la más amplia y directa que podemos efectuar de la capacidad de una persona. A este factor general ha llegado, tanto a través del análisis factorial (que extrae el componente común y general que tienen las diferentes pruebas de

inteligencia), como mediante procedimientos analíticos y lógicos que delimitan todos los componentes de la inteligencia. Aunque no han sido desarrollados con la técnica del análisis factorial, los tests de cociente intelectual, como el WAIS o el Terman, miden también la inteligencia general (Vega, 1996).

El CI es una medida de la inteligencia general. Sin embargo, las baterías de CI también se componen de subtests que miden aptitudes específicas; esos subtests se han factorizado y se ha comprobado empíricamente la independencia de los que componen la prueba total. El test de CI más frecuentemente utilizado en los estudios longitudinales de la edad adulta y de la vejez es la “Escala de Inteligencia para Adultos WAIS”, desarrollado por Weschler. Las diferentes pruebas específicas que componen el WAIS, se agrupan en dos escalas: verbal y manipulativa. En los estudios longitudinales se ha encontrado que las pruebas de cada una de estas escalas siguen cursos evolutivos diferentes. (Vega, 1996). En general, Storandt y Futterman (1982), consideran que las puntuaciones verbales tienden a mantenerse al aumentar la edad, mientras que las puntuaciones de desempeño suelen declinar después de mediados de los veinte: Salthouse (1992), propone que el deterioro de las puntuaciones de desempeño se debe en parte a una pérdida en la rapidez y la coordinación psicomotora. Las investigaciones longitudinales tienden a minimizar el deterioro intelectual que tiene lugar con la edad, mientras que las investigaciones transversales tienden a maximizarlo. Pese a ello, un hallazgo común tanto de los estudios longitudinales como de los transversales es que las puntuaciones verbales tienden a mantenerse estables mientras que las de desempeño son las que más se deterioran. Las puntuaciones en las pruebas de Información, Vocabulario y Comprensión de la parte verbal, fueron las más estables; mientras que las puntuaciones que más declinaron con la edad fueron las de Diseño con bloques, Ensamblaje de Objetos y Símbolos y dígitos de la parte de desempeño (Rice, 1997).

Diversos investigadores asumen que la inteligencia es el resultado de dos tipos de aptitudes fundamentales: la inteligencia fluida y la cristalizada. Es decir, todas las aptitudes intelectuales específicas tienen un mayor o menor componente de estos dos tipos de inteligencia. La inteligencia fluida se corresponde con los procesos cognitivos básicos y es similar al factor “g” de Spearman. Se define en términos del procesamiento de relaciones percibidas, de la extracción de correlatos, del mantenimiento de la amplitud de la conciencia inmediata en el razonamiento, de la abstracción, la formación de conceptos y la resolución de problemas. La inteligencia cristalizada corresponde al conocimiento adquirido y a las habilidades intelectuales desarrolladas: se puede ver como la aplicación de la inteligencia fluida a los contenidos culturales. Resolver un problema aritmético o definir una palabra mide inteligencia cristalizada. Debido a que actúan diferentes grupos de factores causales en una y en otra, la inteligencia fluida aumenta y luego disminuye a lo largo del ciclo vital, mientras que la inteligencia cristalizada generalmente aumenta y/o se mantiene estable en la mayor parte de los años adultos. Como sus nombres indican, la inteligencia fluida es fluida o fluctúa con la demanda que se ejerce sobre el individuo en situaciones nuevas. La inteligencia cristalizada toma una forma definida con la experiencia. Cuando la situación o el problema exigen que la persona elabore una respuesta nueva, se pondrá en juego la inteligencia fluida, mientras que cuando se requieran habilidades aprendidas previamente, se hará uso de la inteligencia cristalizada. La mayor parte de los estudios longitudinales indica que existe muy poca o ninguna disminución intelectual hasta los 55 años o incluso, un crecimiento hasta un poco más tarde, sobre todo por lo que se refiere a las aptitudes que conforman la inteligencia cristalizada. En los tests de velocidad aparecen algunas disminuciones.

Eisdorfer y Wilkie (1977), realizaron un estudio longitudinal con el WAIS que siguió a personas mayores, desde los 60 a los 80 años de edad y descubrieron lo siguiente:

- 1) Entre los 60 y los 69 años, la ejecución se mantenía en la escala verbal del WAIS, mientras que empezaba a descender en la escala manipulativa.
- 2) De los 70 a los 79 años, se observaron pérdidas en ambas escalas, lo que puede indicar que en los últimos años de la vida existe un declive general de todas las funciones intelectuales.

Horn y Cattell (1967), encontraron que la inteligencia fluida empezaba a declinar después de los 14 años de edad y que el mayor deterioro se presentaba al inicio de la vida adulta. El deterioro en la inteligencia fluida se manifestaba en el más pobre desempeño en las pruebas que requerían del pensamiento abstracto, el razonamiento inductivo, el pensamiento de relaciones y la memoria a corto plazo, así como en las pruebas que requerían que se realizaran clasificaciones de figuras, analogías y que se completaran series lógicas. Por otro lado, de acuerdo con el reporte de Horn y Cattell, por lo menos 20 estudios, transversales y longitudinales, encontraron incrementos en la inteligencia cristalizada a lo largo de la vida adulta. Este hallazgo los llevó a considerar que el aprendizaje por la experiencia y la aculturación puede continuar durante muchos años, lo que a su vez implica que la inteligencia, definida como conocimiento, puede crecer por lo menos hasta los 60 años. Sin embargo, cuando se combinaron las puntuaciones de las pruebas de inteligencia fluida y de inteligencia cristalizada, la puntuación compuesta de inteligencia permaneció en esencia igual, o se incrementó muy poco de los 14 a los 60 años. El desempeño en las pruebas de inteligencia está afectado por otros factores, como el grado de motivación o los rasgos de personalidad. Las puntuaciones obtenidas pueden mejorar por la confianza en uno mismo, la experiencia y la práctica en la solución de este tipo de pruebas. También influyen factores físicos. Más aún, factores emocionales como un estado de ánimo disminuido, depresión, preocupación por el aprendizaje y la tensión pueden dar por resultado puntuaciones menores (Rice, 1997).

Existe un aspecto de inteligencia que no se mide mediante los acercamientos tradicionales psicométricos y de procesamiento de información. Es lo que se conoce como inteligencia práctica, que involucra la aplicación de las habilidades intelectuales a las actividades cotidianas y prácticas de las personas. Las actividades sobre las que se mide la inteligencia práctica pueden variar, y es probable que varíen, a lo largo del curso vital (Vega, 1996).

F) MEMORIA. En los estudios sobre la memoria que realizaron Holland y Rabbitt (1992), registraron que la memoria se compone de tres procesos básicos: adquisición, almacenamiento y recuperación. El proceso de *adquisición* comienza con la exposición a estímulos, lo que permite la obtención de información. Durante el proceso de *almacenamiento* la información que pasa de una etapa a otra, es procesada, organizada, repasada y almacenada hasta que se necesite. La *recuperación* es el proceso mediante el cual se recuerda la información almacenada. El concepto más popular de almacenamiento en la memoria es un modelo que plantea tres etapas: almacenamiento sensorial, almacenamiento a corto plazo y almacenamiento a largo plazo, que también son conocidos como memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria largo plazo. Según este modelo, la información primero es recibida y traducida por los sentidos, donde se mantiene por un período muy breve antes de que la imagen comience a decaer o sea bloqueada por la llegada de nueva información sensorial. La información que no se ha desvanecido del almacén sensorial pasa entonces al almacén a corto plazo que, como tiene una capacidad muy limitada, es necesario repasar la información para poder mantenerla por más tiempo y luego transferirla al almacén a largo plazo que es relativamente permanente y, en términos prácticos, de capacidad infinita. En el proceso de recuperación, la información almacenada es obtenida mediante búsqueda, hallazgo y recuerdo, sea por memorización o reconocimiento. La eficiencia de la memoria depende de esos tres procesos.

Con la edad avanzada tiene lugar una pérdida o deterioro de memoria, independientemente de que el aprendizaje se mida en términos de velocidad o por cantidad de información comunicada o reconocida. Si se les concede tiempo suficiente para registrar, asimilar, codificar, categorizar, repasar y reforzar la información a corto plazo, muchos ancianos pueden mostrar un desempeño tan bueno o mejor que el de muchos jóvenes. Para Arenberg (1982), la amplitud de la memoria sensorial de los ancianos depende en parte del grado en que sus receptores sensoriales funcionen de manera normal. No puede esperarse que quienes muestran algún deterioro en el funcionamiento visual o auditivo recuerden lo que no han percibido.

En estos casos, la información que pasa del almacén sensorial al de corto plazo es obviamente menor. La información recibida por los sentidos se mantiene por periodos muy breves en uno de varios almacenes sensoriales específicos. La memoria visual o icónica, la memoria auditiva o ecoica y la memoria táctil, muestran cierto deterioro con la edad, pero en el caso de la memoria táctil el deterioro parece ser más rápido. Waugh y Norman (1965), propusieron utilizar los términos memoria primaria y memoria secundaria. Así, la memoria primaria, se considera sinónimo de la memoria a corto plazo, la cual se ocupa de la información que está siendo repasada y se concentra en la mente consciente. La memoria secundaria, o memoria a largo plazo, se define por la profundidad con que ha sido procesada la información y no por el tiempo que haya sido retenida. La memoria secundaria puede durar 30 segundos o años. En este análisis se emplean los términos: primaria y secundaria como sinónimos de memoria a corto plazo y de memoria a largo plazo, aunque algunos elementos almacenados en la memoria secundaria se recuperan luego de intervalos de tiempo relativamente cortos. Erber, (1989) considera que no hay que asumir que el envejecimiento acarrea inevitablemente una pérdida de memoria.

Muchos factores pueden eliminar las diferencias. La capacidad verbal global es un mejor predictor del recuerdo de la prosa que la edad. El material que se organiza, categoriza o asocia con algo que ya es familiar se recuerda con mayor facilidad porque la adquisición es mejorada. Más aún, otros

estudios han demostrado mayores pérdidas con la edad en el desempeño de recuerdo libre que en el de reconocimiento, lo que sugiere que la recuperación del almacén sin contar con ninguna clave representa un problema especial para los sujetos mayores. Hess y Flanagan (1992), opinan que los ancianos están en desventaja cuando los materiales que deben aprender carecen de significado, son poco familiares o no pueden ser asociados con lo que ya se conoce. Hultsch (1971), refiere que de cualquier forma la capacidad general de recordar disminuye con la edad. Existen tres tipos de almacenamiento de memoria a largo plazo, cada uno con diferentes propiedades y, probablemente, basados en diferentes mecanismos cerebrales:

- La memoria de procedimiento es la memoria que corresponde a habilidades y procedimientos, es la que nos permite recordar cómo montar en bicicleta.
- La memoria semántica es la memoria para el significado, que nos permite recordar qué es un padre o qué es un helado.
- La memoria episódica es el tipo de memoria que almacena la información acerca de experiencias específicas que tuvieron lugar en momentos y en lugares específicos (Rice, 1997).

Se observa una mayor pérdida de capacidad de memoria en la llamada memoria secundaria o a corto plazo y no en la primaria o inmediata. Es decir, el anciano presenta dificultades para recordar un dato cuando le es solicitado después de varios minutos u horas de haberle sido informado (por ejemplo, si se le pregunta qué cenó anoche es factible que no lo recuerde). A diferencia de ello no presenta problemas en la memoria primaria, es decir, la que le permite recordar un dato inmediatamente después de haberle sido informado. Paradójicamente, los ancianos conservan la información mnémica de lo sucedido muchos años antes y suelen hacer un uso marcado de la memoria terciaria en el diálogo interpersonal (Griffa, 2005).

Las capacidades de la memoria, que se componen de estructuras y de procesos, pueden declinar; pero los contenidos de la memoria, que aluden al conocimiento almacenado, pueden aumentar. En cuanto a la transferencia desde el registro sensorial a la memoria primaria y/o secundaria, parece ser que los ancianos necesitan más tiempo que los jóvenes para extraer la información de letras sencillas, pero la cuestión práctica que se desprende de estos datos estriba en si una pérdida modesta en memoria sensorial, contribuye de forma significativa a las dificultades de aprendizaje y de recuperación de la información que experimentan los ancianos. La memoria a corto plazo pese a ser un almacén temporal con capacidad limitada, desempeña un papel importante en el control y en la asimilación de nueva información, estando implicada cuando la información es todavía el objetivo de la atención consciente. Este tipo de memoria es usado como almacenamiento principalmente, pero también para el procesamiento. La recuperación de la memoria a corto plazo también empeora con la edad puesto que se recupera más lentamente. Se ve claro que la memoria primaria se ve afectada por las diferencias en edad. La memoria a largo plazo posee una capacidad ilimitada, implica mecanismos muy variados y de gran extensión temporal. No sólo es el sistema que mantiene de forma permanente la información, sino que también interviene activamente en todo el proceso de recuerdo. Es el almacén de nuestra experiencia pasada y en ella se mantienen lo que previamente denominamos contenidos de la memoria: recuerdos del pasado, nuestro conocimiento sobre el mundo y sobre cómo hacer las cosas, e incluso la información sobre cómo funcionan nuestros procesos de pensamiento (Vega, 1996).

Todos los estudios realizados sobre la memoria en la vejez concluyen que ésta se encuentra disminuida en relación con la de los sujetos jóvenes. Pero también todos los estudios constatan que no todas las formas de la memoria se alteran por igual. La memoria a corto plazo se altera más fácilmente en los viejos ante cualquier interferencia, lo que supone que el circuito límbico es más vulnerable ante nuevas informaciones antes de ser capaz de traducir la información en forma definitiva a la memoria a largo

plazo. La memoria a corto plazo y a largo plazo cuentan, como vimos, con fundamentos neurológicos diversos, por lo que también pueden alterarse diversamente por el proceso de envejecimiento. Las lesiones de la corteza cerebral son las que producen una alteración de la memoria a largo plazo. En todos los adultos mayores, como consecuencia del proceso involutivo subyacente, se encuentran alteradas en mayor o menor medida ambas formas de memoria. La memoria inmediata también disminuye con la edad (Monedero, 1986).

Por su parte la memoria a corto plazo, de varios minutos de duración, es afectada a avanzada edad y tiende a emerger la memoria a largo plazo, que resulta evidente aun las amenas charlas de adultos mayores que narran hábilmente, curiosos detalles de su juventud o de su infancia, pero pasan por alto el motivo del encuentro. De nuevo esta tendencia puede aumentar o disminuir de acuerdo con el estilo de vida; así, una vida cotidiana con pobreza de estimulación sensorial, de contacto interpersonal y trabajo intelectual reducirá las posibilidades de conservación de la memoria a corto plazo. Cabe mencionar que, contrario a lo que pensamos comúnmente, la mayoría de las personas de la tercera edad permanecen con lucidez y competencia intelectuales hasta su muerte (Rubio, 2004).

G) PENSAMIENTO. Considera Johnson (1990), que existe evidencia de que los ancianos solucionan los problemas a un nivel de abstracción inferior al mostrado por los adolescentes o los jóvenes. En lugar de aplicar los métodos lógico-deductivos, los ancianos confían más en el pensamiento subjetivo e intuitivo. Para Labouvie-Vief (1986), esta forma de pensamiento no es inferior a la lógica formal: es sólo diferente. Denney y Palmer (1981), encontraron que al aumentar la edad disminuía la capacidad de los individuos para resolver problemas abstractos, pero mejoraba su capacidad para resolver problemas prácticos a los que podrían enfrentarse en la realidad (Rubio, 2004).

H) SABIDURÍA. Luski (1985), considera que una de las ventajas de envejecer es que la gente desarrolla un conocimiento pragmático al que llamamos sabiduría. Baltes (1992), afirma que esta sabiduría va más allá del aprendizaje y del conocimiento factual, pues consiste en la acumulación de experiencias vividas a lo largo de la existencia al cumplir las tareas, manejar las situaciones y resolver los problemas que la propia vida impone. Algunos teóricos como Leadbeter (1986), han descrito una forma avanzada de pensamiento adulto al que han denominado pensamiento dialéctico. De acuerdo con este punto de vista, cada idea, verdad o tesis implica una idea opuesta o antítesis. El pensamiento dialéctico consiste entonces, en la capacidad de considerar simultáneamente ambos punto de vista, así como la capacidad para aceptar la existencia de contradicciones (Rice, 1997).

3. 2. Biología del envejecimiento.

El envejecimiento se caracteriza por un proceso en el que ocurren diversos cambios en el cuerpo, como son: un gradual encorvamiento, rigidez en los ligamentos y articulaciones, fragilidad ósea que facilita las fracturas, pérdida de elasticidad muscular, disminución de la actividad metabólica y de la capacidad respiratoria. Por lo tanto, el anciano pierde movilidad, agilidad y autonomía; así mismo, las capacidades sensorio-perceptivas disminuyen como consecuencia de los cambios en este proceso; esta disminución varía considerablemente de un individuo a otro. Por lo general, se hace evidente una reducción en la capacidad de recibir y de tratar la información concerniente al entorno (Griffa, 2004).

Cuando se envejece la dificultad para ver los objetos aumenta; los ojos enfocan los objetos con mayor dificultad y se pierde agudeza visual. Se presenta mayor dificultad para oír, no sólo los ruidos y los sonidos que permiten un buen desempeño en el medio físico, sino que también la voz humana cambia. Se presentan problemas para diferenciar los fonemas que emite un interlocutor; la capacidad para detectar y diferenciar olores disminuye, los movimientos corporales se hacen más lentos y la disminución de la fuerza física es inminente. La agilidad mental también declina y la capacidad para recordar

hechos recientes, de igual forma se dificulta (Vega, 1996). Veremos a continuación la forma en que el proceso de envejecimiento, afecta las principales funciones biológicas y procesos psicológicos en el sujeto senescente.

A) APARATO CIRCULATORIO. Con el proceso de envejecimiento ocurren varios cambios en el corazón: se forman depósitos de grasa a su alrededor y en los puntos de entrada de los vasos sanguíneos; disminuye el número y tamaño de los músculos del corazón en la medida que las células que lo componen envejecen y mueren; el colágeno reemplaza tejido flexible en las válvulas y paredes arteriales causando endurecimiento y engrosamiento; las paredes arteriales se calcifican, ocasionando que dichas arterias se dilaten, alarguen y pierdan elasticidad; las paredes de la aorta (arteria principal) pierden elasticidad, lo que da lugar a un incremento característico de la presión sanguínea sistólica. Los cambios estructurales que este proceso de envejecer va produciendo en el corazón y en los vasos sanguíneos, ocasiona una disminución en su eficiencia de bombeo y en el volumen expulsado; además, la tasa de latidos cardíacos disminuye gradualmente. De los 20 a los 75 años, esta irrigación generalmente disminuye sólo en un 30%. En la medida en que las arterias se endurecen y que la resistencia periférica se incrementa, aumenta el esfuerzo del corazón para permitir el paso de la sangre por los pequeños orificios, lo que impone una presión adicional al corazón que, en los casos extremos, puede agrandarlo y dañarlo; a este tipo de problemas cardíacos se le denomina enfermedad hipertensiva del corazón (Rice, 1997). El tamaño del corazón en los ancianos, mantiene en los hombres la misma relación peso cardíaco/peso corporal, mientras que en las mujeres presenta un cierto aumento variable (Gonzalo, 2002).

De las alteraciones cardiovasculares asociadas a la edad, la más frecuente es la hipertensión, que a su vez, es causa de un número considerable de alteraciones vasculares; entre las que destaca la red de vasos sanguíneos, que tiende a presentar depósitos de calcio y acumulaciones de cristales de ácido graso y colesterol que se endurecen, contribuyendo así a la

hipertensión propia de la arteriosclerosis, que es considerada como una de las causas principales de muerte en asociación con los infartos. Al disminuir la elasticidad de las arterias, la sangre encuentra mayor resistencia para su avance; por otra parte, el latido pulsátil disminuye, por lo que para conseguir que el flujo sanguíneo no continúe disminuyendo, es necesario el aumento de la tensión arterial. La hipertensión exige un mayor esfuerzo cardiaco y aumenta la intensidad del proceso arteriosclerótico, especialmente la formación de placas de ateromas (Gonzalo, 2002).

Por tal motivo, la vascularización tiende a ser más tortuosa y rígida, mientras que los capilares sanguíneos disminuyen de forma concomitante con la reducción de células en los tejidos. Como resultado del aumento de la resistencia a la circulación sanguínea (derivada del endurecimiento de los vasos sanguíneos), el músculo cardiaco debe realizar mayor esfuerzo para su conducción, de manera que se aprecia una hipertrofia del ventrículo izquierdo; por lo que tiende a reducirse la cantidad de sangre bombeada por minutos (esto se halla relacionado más directamente con el estilo de vida sedentario que con el envejecimiento). La frecuencia máxima del latido cardiaco tiende a disminuir, sin implicar problemas de oxigenación. Estas variaciones de las funciones cardíacas redundan en una reducción de la velocidad de circulación, de modo que se acentúa la tendencia a tener pies y manos frías, ya que la sangre conduce calor por convección del centro a la periferia: por tanto, existe un riesgo relativo de hipotermia a edad avanzada. En términos generales, la capacidad circulatoria para la adaptación a las demandas de oxigenación está disminuida; por ejemplo, es característica la presión baja cuando se permanece de pie, pues esta postura requiere el esfuerzo cardiaco para lograr el retorno venoso; o el aumento del tiempo de recuperación del pulso de reposo después de subir escaleras. Pero estos cambios son ampliamente modulados por el condicionamiento físico, como lo demuestran los atletas de más de 80 años de edad (Rubio, 2004).

Un cese completo de la irrigación sanguínea a cualquier área del corazón, se denomina oclusión coronaria con infarto al miocardio. Las arritmias cardíacas son irregularidades en la secuencia normal de latidos cardíacos y pueden ser peligrosas cuando alteran el ciclo normal de contracción del corazón. Estas contracciones irregulares, pueden dar como resultado una reducción de la capacidad de bombeo del corazón y una nutrición inadecuada del músculo cardíaco, produce las condiciones de isquemia. Cuando la enfermedad vascular sucede en el cerebro puede ocurrir un accidente en forma de una trombosis, una embolia o una hemorragia. La apoplejía, es la parálisis que se presenta cuando se interrumpe la irrigación sanguínea al cerebro y mueren las células cerebrales afectadas (Rice, 1997). La disminución del riego sanguíneo además de afectar a las extremidades, perturba particularmente al cerebro, que es muy sensible a la reducción de la oxigenación; lo que puede ocasionar, una disminución en la velocidad de transmisión de los nervios, que se puede observar en la pérdida o disminución de reflejos (Griffa, 2004).

B) APARATO DIGESTIVO. El proceso digestivo empieza desde la percepción visual y olfativa que preparan la salivación e incluso anticipan las secreciones gástricas y de insulina, previniendo la digestión de los alimentos y el rápido ascenso de la glucemia. A edad avanzada, disminuye esa percepción anticipatoria, pero también la masticación se ve afectada frecuentemente por el estado de la dentadura, ya que la pérdida de piezas dentales juega un papel importante, pues se puede optar por tomar sólo alimentos que son fáciles de masticar; esta pérdida de piezas dentales puede retrasarse de modo considerable mediante especiales cuidados de higiene bucal, aunado a la asistencia odontológica regular (En: Gonzalo, 2002). En el proceso digestivo, la salivación disminuye de tal manera que a menudo apreciamos resequedad de la boca o xerostomía, por lo cual se debe consumir a lo largo del día el agua de un recipiente con al menos dos litros de capacidad, como referencia segura del consumo adecuado de líquido (Rubio, 2004).

El peristaltismo esofágico o contracción sincronizada de anillos musculares que favorecen la conducción de los alimentos hacia el estómago, tiende a modificarse con la edad, sin constituir necesariamente una patología; a su vez, la regurgitación de alimentos y el riesgo de paso de líquido a la glotis suceden con una frecuencia similar a la de adultos jóvenes. La cavidad gástrica presenta una disminución de glándulas, de manera que a edad avanzada hay una escasez o incluso ausencia de formación de ácido clorhídrico, necesario para activar la acción de las enzimas digestivas. La musculatura del estómago se adelgaza y sus contracciones son menos frecuentes e intensas; estos cambios implican mayor tiempo en los procesos digestivo, pero no desnutrición por ineficacia digestiva. Las vellosidades intestinales presentan una atrofia moderada, sin implicar problemas de mala absorción. El peristaltismo intestinal disminuye en general, de modo que es recomendable el consumo de fibras propias de legumbres y vegetales en general, así como el ejercicio (Rubio, 2004).

Con la edad se produce una reducción del número y de la longitud de las microvellosidades y en esa medida disminuye su potencial capacidad de absorción. Sin embargo, para una ingestión normal de alimentos es ampliamente suficiente. Es frecuente encontrar en los ancianos estados de malnutrición, pero la mayor parte de las veces no está motivada por un trastorno de absorción, sino por dieta inadecuada o por alteración en la secreción de los jugos digestivos. Las dietas inadecuadas son frecuentes, pues a veces, su origen está en ideas erróneas sobre la alimentación, que llevan a rechazar unos productos y tomar de forma casi exclusiva otros (Gonzalo, 2002).

En los ancianos se produce la inhibición del esfínter con menor volumen de contenido rectal, lo cual favorece la incontinencia. En la mujer esto es más pronunciado que en el hombre. El tránsito intestinal suele ser más lento, por lo que la tendencia al estreñimiento es mayor. La menor actividad del plexo mientérico, responsable de la movilidad intestinal, se achaca a una disminución del número de neuronas en dicho plexo nervioso. En las personas mayores hay una modesta reducción del volumen pancreático y

un aumento del tejido conectivo. La amilasa pancreática no disminuye, en cambio, si lo hacen la lipasa y la tripsina; no obstante, con una décima parte de la secreción normal del páncreas se puede conseguir una buena digestión. Aunque disminuya la secreción de determinados fermentos, no se afecta la capacidad digestiva de este órgano aun en la edad más avanzada (Gonzalo, 2002). Los problemas de vesícula biliar también son comunes entre los viejos. La vesícula biliar almacena aproximadamente 45 centímetros cúbicos de bilis que recibe del hígado y libera cuando la digestión lo requiere. Con respecto a la vesícula biliar, a penas se han detectado cambios ligados a la edad en la secreción biliar, tampoco en la función de almacenamiento y concentración de la bilis; pese a la aparición de cálculos biliares en la vesícula se hace más frecuente a medida que avanza la edad (Gonzalo, 2002). La enfermedad puede bloquear el conducto biliar y producir dolor extremo; si la bilis se concentra en exceso pueden formarse cálculos biliares que deben ser eliminados (Rice, 1997).

El hígado es el órgano más importante en la digestión. Participa en el metabolismo intermedio de los tres tipos de nutrientes: grasas, proteínas y carbohidratos. También es importante su participación en la eliminación de las toxinas de drogas como la morfina, los esteroides y en la tarea de convertir el ácido úrico en urea, que luego es expulsada del cuerpo. Para la edad de 75 años, el hígado ha encogido aproximadamente en un 20%, y aun así, la mitad del órgano puede ser eliminada y seguir funcionando adecuadamente, pues tiene la capacidad de hacer crecer nuevas células cuando se necesitan. Cuando el hígado no está funcionando adecuadamente se desarrolla ictericia, condición en que la piel se torna amarilla. La cirrosis es otra condición en que el tejido conectivo se engruesa y luego se encoge, lo que ocasiona que el hígado se vuelva duro, grumoso y arrugado. La cirrosis es la octava causa de muerte entre los ancianos, también puede ser ocasionada por ciertas infecciones y venenos, por un exceso de grasa, por una dieta deficiente en proteínas y por la falta de vitaminas del complejo B (Rice, 1997).

El páncreas también es importante para la digestión porque secreta enzimas y sales que ayudan a digerir las proteínas, azúcares y grasas. También secreta insulina directamente al torrente sanguíneo. Todas las células del cuerpo necesitan insulina, ya que esta sustancia les ayuda a usar el azúcar, su principal combustible. Si el páncreas secreta muy poca insulina, como en ocasiones sucede a edades avanzadas, las células no pueden funcionar adecuadamente. En estas condiciones el azúcar se acumula y se expulsa del cuerpo en la orina, lo que constituye uno de los síntomas principales de la diabetes mellitus, la novena causa de muerte entre las enfermedades comunes de los viejos (Rice, 1997).

C) APARATO RESPIRATORIO. La vía respiratoria, es la parte encargada de conducir el aire atmosférico hasta el parénquima pulmonar; se encuentra formada por las fosas nasales, faringe y bronquios; a su vez, las fosas nasales tienen como órganos los senos paranasales. La vía respiratoria, consiste en un sistema continuo de tubos; que constan de mucosa, capa muscular y cartilaginosa; y la más externa, la adventicia. La función principal de la vía aérea es la conducción del aire inspirado, pero junto a ésta, otra función importante es la de acondicionar el aire que se inspira, para que no altere la mucosa y los alvéolos pulmonares. Este acondicionamiento tiene tres aspectos: elevar la temperatura del aire que discurre por la vía respiratoria, humedecerlo y depurarlo de los microorganismos y partículas que contiene. Esta función es importante, viene favorecida por los senos paranasales que amplían considerablemente la superficie de contacto del aire con la mucosa respiratoria. La misma anfractuosidad de las fosas nasales favorece que este contacto sea más amplio y continuado (Gonzalo, 2002).

La vía respiratoria desempeña un papel pasivo en lo que respecta a la entrada y salida del aire en los pulmones. El elemento activo está formado por la caja torácica y los músculos respiradores; la caja torácica, no sólo es un elemento protector de las vísceras torácicas, sino que merced a su movilidad y a los músculos respiradores que actúan sobre ella puede ampliar o disminuir su capacidad provocando con ello una disminución o un

aumento, respectivamente, de la presión intratorácica. Los cambios en la vía respiratoria son escasos si no se suman a los años otras enfermedades o el hábito tabáquico. Se ha observado una disminución de la secreción de la mucosa respiratoria, por lo que la capacidad de depuración y tumefacción del aire inspirado puede ser insuficiente en circunstancias normales, (por ejemplo, en ambiente muy frío o con una fuerte polución). Se hace más lenta la renovación de las células de la mucosa y disminuye la mortalidad de los cilios, por lo que el avance de la secreción seromucosa hacia la faringe es algo más lenta. Esto puede favorecer la proliferación microbiana y provocar inflamación de la mucosa; contribuye a la dificultad en la eliminación del moco, la menor sensibilidad de los receptores tusígenos (Gonzalo, 2002).

A nivel pulmonar, los cambios asociados a la edad son más pronunciados en la vía respiratoria. Los principales son: disminución de la capacidad vital del pulmón, reducción de la superficie alveolar y aumento del espesor del tabique de separación aire alveolar-sangre capilar. La movilidad de la caja torácica, necesaria para los movimientos respiratorios, va disminuyendo con los años. Ello se debe a dos factores: articular y muscular. La articulación costovertebral que permite el giro de las costillas según un eje transversal oblicuo de lugar a un ascenso de las costillas y a una ampliación del diámetro transversal y anteroposterior de la caja torácica en la inspiración (Gonzalo, 2002). Los sacos aéreos pierden elasticidad, obstaculizando su capacidad para expandirse al inhalar y de contraerse al exhalar. Más aun el deterioro de los capilares y los sacos aéreos reducen la efectividad del intercambio gaseoso entre éstos y su irrigación sanguínea (Rice, 1997). Las articulaciones condrocostales y esternocostales también contribuyen a la movilidad del tórax. Al envejecer, la amplitud del movimiento en estas articulaciones se reduce y con ello, la ampliación de los diámetros de la cavidad torácica (Gonzalo, 2002).

La tasa respiratoria permanece constante mientras que disminuye la capacidad respiratoria, y ello significa que el volumen inhalado en cada respiración disminuye considerablemente (Rice, 1997). En cuanto al factor

muscular, en los músculos respiratorios se da el mismo fenómeno que en el resto de la musculatura: disminuye su masa y la potencia de su contracción. El resultado es que cuando la inspiración se ve forzada, se hace un ejercicio físico intenso y disminuye de amplitud. El diafragma, sin embargo, que es el músculo que interviene en todos los movimientos inspiratorios, experimenta una escasa disminución de su potencia al paso de los años (Gonzalo, 2002).

Es beneficioso el ejercicio para evitar la atrofia muscular. Esto mismo sucede en el resto de los músculos inspiradores: en los que practican deportes o atletismo, la reducción de su potencia es mucho menor que en los sedentarios. Esto hace que la capacidad vital de aquellos sea mayor que los que no hacen ejercicio (Gonzalo, 2002). En los adultos mayores, las enfermedades respiratorias más comunes son la tuberculosis, la neumonía bronquial y las infecciones pulmonares. El tabaquismo es uno de los factores de riesgo mayores y se considera una causa importante del enfisema y el cáncer pulmonar (Rice, 1997).

D) APARATO URINARIO. El tamaño del riñón disminuye, aproximadamente, un 1% por año a partir de la tercera década de vida. Parte de esta reducción se debe a que el volumen vascular disminuye, el resto se debe a la pérdida de un cierto número de unidades del riñón. Esta pérdida viene motivada por la esclerosis de algunos glomérulos renales. La absorción selectiva de los productos filtrados disminuye al avanzar la edad y en circunstancias un tanto extremas, puede producirse hiponatremia e hiperpotasemia, alteraciones en las que no sólo intervienen el túbulo renal sino también el trío renina-angiotensina-aldosterona. La capacidad funcional del riñón es suficiente en las condiciones normales y se encuentra disminuida cuando esas condiciones se alteran: exceso o defecto de agua, exceso de defecto de sodio o potasio, cambios en el flujo sanguíneo glomerular, etc. El tracto urinario o vía excretora de la orina, sufre cambios con el paso de los años. La más afectada es la vejiga y, de forma indirecta, la uretra prostática. La pelvis renal y el uréter pueden sufrir alteraciones por cálculos, infecciones, etc; pero estos procesos no corresponden a los cambios normales debido a

la edad. El cambio más significativo es el de la vejiga urinaria, debido a la edad, por la disminución de la capacidad contráctil del músculo detrusor, que es el encargado de vaciar la vejiga. Esta menor potencia se traduce en que el chorro de orina es más débil y el vaciamiento de la vejiga no es total. En los varones otro trastorno frecuente es el ocasionado por el adenoma benigno de próstata. Al alcanzar éste un cierto tamaño produce una reducción de la luz de la uretra prostática dificultando la micción y en los casos extremos una oclusión total, con la subsiguiente retención urinaria (Gonzalo, 2002).

D) SISTEMA INMUNOLÓGICO. El sistema inmune realiza una amplia gama de funciones aparte de las que tradicionalmente han sido atribuidas para la vigilancia inmunológica. Se sabe que el sistema inmune está encargado de mantener tanto la inteligencia corporal como el recambio sanguíneo, pero también puede generar autoanticuerpos que producen enfermedades, como la artritis reumatoide, la anemia hemolítica y la esclerosis múltiple. El timo involuciona hacia los 18 años de edad y disminuye drásticamente su producción de factores metabólicos encargados de la maduración de linfocitos T, que llevan a cabo la respuesta celular inmunológica. La involución del timo a una edad temprana se cree relacionada con el incremento de autoanticuerpos a edad avanzada y la declinación de la respuesta inmune en general. La capacidad de proliferación de las células inmunitarias, parecen no ser afectadas por la edad: a pesar de ello, apreciamos cambios en el porcentaje de linfocitos T, supresores de la cooperación celular, lo cual conlleva el descenso de la producción de anticuerpos y hace que el organismo sea más vulnerable a distintos tipos de cáncer, a enfermedades de las vías aéreas superiores y a la producción de anticuerpos (Rubio, 2004).

Resulta interesante el hecho de la relación del sistema nervioso con el sistema inmune por medio de neurotransmisores, lo cual ha dado lugar al estudio de la psicoimmunología. Cuando una persona padece estados depresivos, estrés o tensión emocional, se encuentra propensa a contraer enfermedades, pues disminuye su capacidad de respuesta celular y

humoral inmunológica. Éste es otro aspecto de la vulnerabilidad, pero también de las capacidades funcionales con las que podremos disponer a edad avanzada, si aprendemos a orientar nuestras emociones. Dada la reserva funcional del sistema inmune, es conveniente reinmunizarnos a edad avanzada, a fin de mantener la memoria inmunológica, lo cual constituye una prueba más de que el envejecimiento no es un deterioro que simplemente se acumula con la edad (Rubio, 2004).

E) SISTEMA NERVIOSO. El sistema nervioso autónomo reside en el cerebro, en la médula espinal y en los nervios periféricos del cuerpo que inervan el corazón, los músculos suaves y las glándulas. El sistema nervioso autónomo, simpático y parasimpático, regula numerosas funciones corporales, entre ellos, el ritmo cardiaco, la presión sanguínea, la termorregulación, las funciones gastrointestinales, el sueño, la erección del pene, etc. Cualquier cambio relacionado con la edad en el sistema nervioso autónomo puede tener efectos en importantes funciones corporales (Vega 1996).

A medida que progresa el envejecimiento, el peso del cerebro va disminuyendo conforme declina la materia gris, pero esto se debe a una disminución en el tamaño y no a la muerte de las células cerebrales. Por alguna razón, las neuronas se encogen, y esto tiene como resultado que se encuentren pocas neuronas grandes. Este encogimiento puede contribuir a cierta pérdida del vigor, pero la capacidad intelectual de los ancianos permanece en gran medida intacta (Rice, 1997). Es muy posible que el envejecimiento haga más lenta la germinación de nuevas conexiones e, incluso, que reduzca su magnitud. Sin embargo, está totalmente claro que este proceso puede tener lugar durante el envejecimiento. Cuando los daños que se producen, están localizados y son de naturaleza menor, el fenómeno de germinación de los axones y de constitución de nuevas sinapsis se produce cualquiera que sea la edad de la persona. El cerebro de edad conserva la capacidad de ramificación de las neuronas propia de la maduración (Vega, 1996). Investigaciones recientes indican que el cerebro es capaz de cambiar; es decir, conserva su elasticidad a nivel simpático.

Parece ser que no se generan nuevas neuronas, pero que sí pueden generarse nuevas sinopsis, suelen germinar nuevos axones y formarse nuevas sinapsis. Este mecanismo tiene la capacidad de reorganizar y remodelar regiones concretas del cerebro (Rubio, 2004).

Desde el nacimiento el cerebro experimenta una constante pérdida de neuronas. Este cambio aumenta en proporción conforme avanza la edad y genera una pérdida de alrededor del 20% del peso cerebral, hacia los 80 años de edad, que apreciamos incluso en un considerable aumento del volumen de sus cavidades (ventrículos) (Rubio, 2004). El volumen del cerebro humano varía un 15 por ciento con la edad. El peso medio cerebral de un hombre a los 65 años es de 1.360 Kg. Y a los 90 años es de 1.290 Kg.; de acuerdo a los estudios de Debakan y Sadowsky en 1978. Aunque el cerebro femenino es unos 150 gramos más ligero que el masculino, el número de neuronas es aparentemente similar en ambos sexos, igual que el grado de atrofia senil, aunque los hombres tienden a tener los ventrículos más grandes que las mujeres (Fernández, 2002).

Aparte de la muerte neuronal, ocurren marcadas alteraciones en la producción de neurotransmisores (sustancias encargadas de enviar la corriente electroquímica entre neuronas); así como también la sensibilidad a dichas sustancias disminuye con la edad, debido a la reducción de los receptores correspondientes. Así, los impulsos nerviosos que son transmitidos en el cerebro, lo hacen de manera más lenta; debido principalmente al incremento en el tiempo que se necesita para transmitir los impulsos por las conexiones mediante los neurotransmisores (Rice, 1997). Gracias a la tomografía por emisión de positrones, se descubrió que el consumo de oxígeno y del flujo sanguíneo cerebral decrecen con la edad, de manera diferencial en distintas áreas del cerebro, y de forma constante desde temprana edad. Estos cambios en el sistema nervioso están relacionados con una marcada disminución de la capacidad de equilibrio de todo el sistema de sustentación, desde la percepción visual hasta receptores de la planta del pie y de las articulaciones, así como del procesamiento de la información del oído interno por parte del cerebelo. Por

tanto, conforme avanza la edad, aumenta el riesgo de caídas. El control psicomotriz es afectado por la reducción en la secreción de dopamina y de sus receptores, lo cual evita la modulación de los estímulos de coordinación motriz. Desde luego, esto es acentuado por un estilo de vida sedentario, ya que la reserva funcional para generar nuevos contactos electroquímicos entre las neuronas o sinapsis, con las cuales es factible restablecer la comunicación neuronal perdida, no es promovida por la falta de actividad. La secuencia de etapas para dormir o arquitectura del sueño es modificada, de modo que aumenta el período para conciliar el sueño y disminuye su tiempo total: de siete horas en el adulto normal a seis o cinco horas, que tienden a distribuirse a lo largo del día en tiempos cortos, con una drástica reducción de las etapas de sueño profundo. Además, aumentan los despertares nocturnos, a menudo asociados con episodios de falta de respiración o apnea, alteraciones que son molestas cuando son inducidas por depresión o estrés. (Rubio, 2004).

F) SISTEMA OSEO. Uno de los signos más evidentes de la edad avanzada son los cambios en la estatura y la postura. Después de los 30 años de edad, los hombres de raza blanca pierden aproximadamente un centímetro de estatura cada 20 años. Con la edad se observa cierta pérdida de masa ósea y un aplanamiento de los discos vertebrales; los músculos se encogen, los ligamentos y tendones pierden elasticidad, se encogen y endurecen. El resultado es una postura encorvada en que la cabeza, cuello y parte superior del torso se inclinan hacia delante. En concordancia con lo anterior, la estatura disminuye con la edad avanzada. Esta pérdida en la estatura y comprensión del esqueleto puede interferir con la actividad de algunos órganos internos, como los pulmones. Una enfermedad importante que afecta al sistema esquelético de los ancianos es la osteoartritis, que es una enfermedad degenerativa de las articulaciones. Ocurre en diferentes huesos, incluyendo los que cargan y los que no cargan peso, parece más común en las partes del cuerpo que sostienen el mayor peso. Los hombres parecen sufrir formas más graves de esta enfermedad que las mujeres, y los negros parecen más susceptibles que los blancos. La incidencia y severidad de la osteoartritis se incrementa a la edad de 80 años con un

decremento después de los 90 años. Los factores hereditarios pueden tener cierta influencia en la probabilidad de sufrir la enfermedad. La pérdida de masa ósea es una causa importante de fracturas en la gente anciana; el riesgo de caídas y lesiones se incrementa con la edad. La artritis reumatoide es otra enfermedad que afecta las articulaciones, aunque es menos frecuente que la osteoartritis. Por lo general afecta a las pequeñas articulaciones de las manos y las muñecas, se caracteriza por una inflamación o desfiguración del área afectada y es acompañada por un nivel de dolor superior al producido por la mayor parte que otros tipos de artritis. La artritis no puede ser curada, pero sí controlada, lo que permite que la gente funcione (Rice, 1997).

La enfermedad periodontal es una causa importante de la pérdida de dientes. En esta enfermedad las encías se infectan, se inflaman y se encogen alejándose de los dientes. Las caries dentales también constituyen un factor significativo de la pérdida dental en la vejez. Sin embargo, estas enfermedades no son un resultado inevitable del envejecimiento, sino que son causadas principalmente por un descuido de los dientes y por la falta de cuidado dental apropiado. La salud dental no sólo es importante para la preservación de los dientes, sino también para mantener la salud del cuerpo. Por ejemplo, la comida mal masticada afecta la digestión y la gente con dolor de encías puede perder interés por comer, lo que tiene como consecuencia que reciba cantidades inadecuadas de los nutrientes que requiere para mantener la salud de su cuerpo (Rice, 1997).

H) SISTEMA REPRODUCTIVO. Lo más representativo son los síntomas que suelen asociarse con la menopausia, los cuales son: oleadas de calor, sudoración profusa, entumecimiento u hormigueo de los dedos, jaquecas, vértigos, insomnio, fatiga, palpitaciones, debilidad, malestar gastrointestinal, dolor de articulaciones, dolor de espalda, dificultades de la vejiga, engrosamiento y resequedad de la piel, relajamiento de los tejidos subcutáneos, comezón y resequedad del tejido vaginal que ocasiona dolor durante las relaciones sexuales. También puede haber tensión nerviosa, irritabilidad y depresión. Sin embargo, hay que considerar que esos

síntomas pueden desarrollarse y presentarse independientemente del desequilibrio hormonal producido por los cambios menopáusicos, por lo que es posible que no se deban a la menopausia, sino que se manifiesten en la edad en que suele ocurrir la menopausia y sean precipitados por otros sucesos vitales (Rice, 1997). En el climaterio tienen lugar modificaciones biológicas que determinan la aparición de la regla o menarca, y aquellas otras que suceden a su desaparición hasta que se establece un nuevo equilibrio. Podemos distinguir tres fases en el climaterio: la premenopausia, la menopausia propiamente dicha y la postmenopausia. (Monedero, 1986).

El concepto de climaterio está centrado sobre la biología de la mujer, pero, por extensión, se habla también de un climaterio masculino en estas mismas edades. Sin embargo, durante estos años su potencia sexual disminuye de una forma llamativa (Monedero, 1986). El climaterio implica la transición de una etapa de la vida cotidiana a otra y puede aplicarse a cualquier período de la vida. Cuando se aplica a la edad madura de un hombre se refiere a los muchos cambios que éste experimenta durante esta etapa. La declinación en la función reproductiva del hombre generalmente es un proceso gradual, ya que las células espermáticas se reponen constantemente de la pubertad a la vejez, haciendo posible la reproducción en la ancianidad. La secreción de testosterona disminuye en algunos hombres ancianos y el nivel permanece constante aproximadamente hasta la edad de 60 años, para luego declinar. Esto puede ocasionar cierta disminución en la pulsión sexual y la capacidad eréctil, pero las diferencias individuales son considerables. En los hombres jóvenes los niveles de testosterona se encuentran en su nivel máximo temprano en la mañana, pero las fluctuaciones diarias tienden a disminuir conforme los hombres envejecen. El climaterio masculino en ocasiones se asocia con depresión, ansiedad, dolores de cabeza, insomnio, irritabilidad, temblores, palpitaciones y perturbaciones digestivas y urinarias. Muchas de las reacciones de los hombres hacia el envejecimiento son psicológicas (Rice, 1997).

I) LOS SENTIDOS. De la misma manera que las dificultades sensorio-perceptivas aumentan con la edad, la realización de una tarea que exige rapidez y coordinación, también se ve obstaculizada. La mayoría de estas dificultades proceden de la pérdida de velocidad de las reacciones, la disminución de la coordinación. Así como de la pérdida gradual de la masa muscular. Se ve afectada la capacidad para entregarse a actividades difíciles y fatigosas y sobre todo la de mantenerlas. Este déficit en la motricidad con pérdida de la velocidad, debilitamiento y pérdida de la coordinación tiene incidencia en la vida cotidiana puesto que perturba la realización de tareas ordinarias (Griffa, 2005). A continuación veremos cada uno de ellos:

1) Visión. La pérdida de la visión puede disminuir seriamente la independencia de las personas adultas mayores; pero estos problemas visuales de la senescencia se encuentran asociados a factores diversos, tales como: ambientales, genéticos, metabólicos y vasculares. Diversas estructuras visuales cambian con el proceso de envejecimiento; por lo que el deterioro visual es muy ordinario en este sector de la población. Así, existe un predominio de opacificación de la córnea (cataratas), daño retiniano (retinopatía diabética), deterioro de la mácula (degeneración macular) y trastornos de la óptica ocular (presbiopatía). Por otro lado, los umbrales visuales empiezan a declinar a partir de los 30-40 años. Se sospecha que alteraciones en el proceso de la información visual pueden ser responsables de alucinaciones visuales, ideaciones delirantes de naturaleza visual, deterioro cognitivo asociado a la memoria visual y sintomatología neuropsiquiátrica no cognitiva en la demencia senil. Desde un punto de vista estructural, el envejecimiento conlleva importantes cambios en la estructura y aspecto ocular. Microscópicamente el ojo del anciano muestra un enoftalmos aparente, reducción de la grasa orbital y flacidez palpebral que da lugar a entropión y ectropión senil. Las alteraciones en la producción lacrimal provocan epifora (el ojo llora menos pero lagrimea más). La flacidez cutánea también puede simular una pseudoptosis. Los depósitos grasos y el lentigo no son raros en la vejez. Ocasionalmente aparecen tumores benignos del tipo de los papilomas, xantelasma y queratosis. La

conjuntiva senil se vuelve amarilla y pueden aparecer lesiones de degeneración del colágeno. Los cambios en el iris y en el cristalino (opacificación) también son frecuentes. Las pupilas también se vuelven más perezosas y menos reactivas. El humor vítreo puede experimentar un proceso de sinéresis (Fernández, 2002).

Con la edad, la córnea, capa exterior que cubre y protege el iris y la pupila, se hace más espesa y menos sensible a la estimulación mecánica, y suele perder su brillo. También el iris pierde pigmentación, con lo que disminuye el lustre del color del ojo. El iris contiene dos conjuntos de músculos que regulan el tamaño de la pupila y su reacción a la luz. La pupila (pequeña apertura en el centro del iris que permite que la luz entre en el ojo), se hace más pequeña; esta disminución absoluta en diámetro, denominada miosis senil, progresa lentamente desde su comienzo en la juventud. Además de la reducción en tamaño, la pupila responde más lentamente, lo cual conlleva más tiempo para adaptarse a los cambios repentinos en iluminación. A esta respuesta de la pupila a los cambios en iluminación se le denomina latencia del reflejo pupilar. La capacidad de respuesta de la pupila a los cambios de luz también varía con el envejecimiento, de tal modo que aunque sigue cambiando de tamaño en respuesta a las variaciones en el nivel de luz, la diferencia de tamaño entre la pupila adaptada a la luz y la adaptada a la oscuridad disminuye (Vega, 1996). Al mismo tiempo, el humor vítreo del ojo se vuelve más opaco. También se producen cambios estructurales en la lente del ojo o cristalino (Rubio, 2004). Las células de la lente crecen a lo largo de la vida, pero no se pierden, por lo que la lente se va espesando, llenándose de células apergaminadas por haber perdido mucho del agua que una vez tuvieron. Al volverse la lente más densa y menos transparente, el ojo es más sensible al reflejo, o sea, a la luz relativamente brillante que produce desagrado o incomodidad y/o que interfiere con la visión óptima. Los efectos del reflejo sobre la visión son mayores a partir de los 40 años de edad, con la sensibilidad agravándose por la miosis senil. Al espesarse la lente, pierde flexibilidad, por lo que le resulta difícil cambiar de forma para enfocar correctamente

en distancias cortas. La acomodación es el proceso por el que el ojo cambia su longitud focal para conseguir la máxima resolución o claridad de imagen. La agudeza visual, claridad de visión o capacidad del ojo para resolver los detalles, disminuye frecuentemente con la edad. La agudeza visual aumenta hasta la juventud y se estabiliza hacia los 40 años para empezar a declinar paulatinamente a partir de los 50 años, de tal modo que, de acuerdo con Spencer (1989), en torno a los 85 años es de sólo el 2 por ciento de lo que fue en el mejor momento de la vida. La agudeza media de las personas de más de 65 años es de 20/70. La agudeza para objetos en movimiento decae incluso más aceleradamente que la de objetos estáticos. No obstante, aumentando el contraste y la cantidad de iluminación mejora la agudeza visual. El campo visual, el cual se define como la extensión del espacio físico visible al ojo en una posición dada. A partir de los 50 años disminuye aceleradamente, de tal modo que a los 70 años, el campo visual se ha reducido a 140 grados, frente a los 170 grados que tiene en los jóvenes. Al aumentar la edad, disminuye sustancialmente la capacidad para ver la información en las zonas periféricas del campo visual. La agudeza visual reducida no sólo dificulta la realización de tareas propiamente visuales, sino que interfiere con la comunicación y con la interacción social de lo ancianos. Las señales visuales son importantes cuando una persona con problemas de audición intenta comprender el discurso de aquellos con quienes está intentando hablar (Vega, 1996).

2) Audición. El deterioro de la audición con el envejecimiento, muestra una progresión similar al de la visión. Los cambios en la audición son caracterizados como progresivos, irreversibles y perjudiciales para la adaptación y la interacción adecuadas con el entorno en la etapa del envejecimiento. La audición desempeña un papel importante en la comunicación; las pérdidas auditivas que se producen con el envejecimiento, hacen que los ancianos padezcan importantes alteraciones sociales y emocionales. El deterioro auditivo es progresivo conforme se envejece y afecta a un 60 por ciento de las personas a los

70-80 años. La pérdida auditiva de altas frecuencias aumenta con la edad y está generalmente causada por fallas mecánicas (Vega, 1996).

En el oído externo se han encontrado cambios en el tamaño, forma y flexibilidad del pabellón auditivo externo. En el oído medio, las estructuras más importantes son la trompa de Eustaquio y la cadena de huesillos. Con el envejecimiento, se produce la calcificación de la parte elástica de la trompa de Eustaquio, lo cual repercute en una menor elasticidad del tímpano. En general, la pérdida progresiva y relacionada con la senescencia, de la capacidad para oír los sonidos de frecuencia alta, se conoce como presbiacucia. Existen varios tipos de presbiacucia que presentan un patrón diferente de audición; se han identificado cuatro tipos generales de desórdenes con la edad en las estructuras del oído interno:

- a) Presbiacucia sensorial, o atrofia y degeneración de las células capilares en la terminación basal del órgano de Corti. Produce una pérdida de los sonidos de frecuencia alta que no interfiere con la discriminación del discurso.
- b) Presbiacucia nerviosa, o pérdida de fibras nerviosas auditivas. Afecta la capacidad para discriminar los sonidos del discurso, especialmente en las frecuencias altas, pero no afecta la detección de tonos puros.
- c) Presbiacucia metabólica o estriada, atrofia de la estría vascular en la escala media con las correspondientes deficiencias en las propiedades bioeléctricas y biomecánicas de los fluidos endolinfáticos. Afecta la audición de todas las frecuencias, aunque la discriminación del discurso permanece buena hasta que la pérdida sobrepasa un cierto nivel.
- d) Presbiacucia mecánica, atrofia de la membrana vibradora dentro de la cóclea. Causa una pérdida gradual de la audición en todas las frecuencias, pero empeora progresivamente a medida que las frecuencias aumentan.

La hipoacusia es uno de los déficits sensoriales más frecuentes en la vejez y el tercer problema crónico más comúnmente reportado en los mayores de 65 años. La hipoacusia aparece en un 1 por ciento de personas menores de 17 años, 12 por ciento entre los 45 y 65 años, 24 por ciento entre los 65 y los 74 años y más del 39 por ciento en mayores de 75 años (Fernández, 2002). La queja más común es una incapacidad frustrante para comprender lo que las personas dicen, incluso aunque se escuche hablar a la otra persona. Además de la pérdida sensorial, se produce también un sutil enlentecimiento del cerebro y de las áreas de asociación y de almacenamiento auditivo en el cerebro relacionadas con la capacidad de procesar las complejidades de los elementos acústicos del discurso. La exposición excesiva al ruido puede dañar de forma permanente la audición destruyendo las células capilares o dañando otras estructuras cocleares. El daño permanente causado por la exposición excesiva al ruido es tan similar al daño relacionado con la edad que algunos investigadores lo llaman presbiacusia prematura. Resulta evidente que cualquier perturbación seria de la audición producirá dificultades concomitantes en la comunicación hablada. O sea, los desórdenes auditivos suelen conducir a problemas en el discurso, lo que puede ocasionar una disminución de la interacción verbal y social normal. Al mismo tiempo, la dificultad de la persona con problemas auditivos para seguir las conversaciones de otros, puede originar desconfianza y conducir a un mayor aislamiento. De ahí que los problemas auditivos afecten la adaptación social y psicológica de las personas, especialmente en la vejez (Vega, 1996).

3) Olfato y gusto. Los cambios producidos en el olfato y en el gusto como consecuencia del envejecimiento, tienen repercusiones en la calidad de vida de las personas mayores, sobre todo por sus implicaciones sobre la nutrición. El sabor final que le es asignado a la comida es una combinación de olor y de sabores, y cuando el olfato está afectado temporalmente como consecuencia, por ejemplo, de un resfriado, no se le suele encontrar sabor a la comida. En general la eficiencia del olfato disminuye con la edad. A lo largo de todo el ciclo vital, las células

receptoras olfativas tienen una vida corta. Luego mueren y son reemplazadas por nuevas células. Con el envejecimiento se pierden más células receptoras de las que se reciben los inputs de las células receptoras, también pierden grosor. Sin embargo, se desconoce cómo se relaciona este cambio con la disminución del olfato en los ancianos (Vega, 1996).

La pérdida de sensibilidad olfativa no es universal y suele asociarse a diferentes enfermedades. Las infecciones víricas y bacterianas son otros factores relacionados con la salud que dañan el olfato. Tales infecciones dañan los tejidos nasales de tal manera que les llega menos aire, con lo que se reduce la cantidad de estímulos que entran en contacto con los receptores olfativos. Las pérdidas relacionadas con la edad en la capacidad para detectar olores dependen también de la estructura de las moléculas gaseosas que estimula los receptores sensoriales. Con la edad se reduce también la sensibilidad a los olores concentrados, y los ancianos suelen necesitar mucha mayor concentración de una sustancia olorosa, para indicar que su intensidad ha aumentado. Parece ser que la preferencia de las personas por los olores se relaciona con la edad; por lo que algunos olores no sólo parecen menos intensos y más difíciles de identificar con la edad, sino que resultan menos desagradables (Vega, 1996).

Con respecto al sentido del gusto, tiene como receptores a las papilas gustativas, las cuales están completamente desarrolladas alrededor de la pubertad y permanecen bastante inalteradas hasta que comienzan a atrofiarse hacia la mitad de la década de los 40 años. Aunque la densidad de las papilas gustativas no disminuye con la edad, la sensibilidad al sabor sí podría debilitarse. Con la edad se produce también una pérdida de elasticidad de la boca y de los labios, una disminución en la cantidad de saliva y fisuras en la lengua. Estos cambios estructurales, sin embargo, no afectan seriamente la sensibilidad al sabor hasta avanzada edad, si es que afectan. Aunque se perciben muchos sabores, sólo existen cuatro sabores básicos: dulce,

salado, ácido y amargo. Los umbrales para los sabores ácido y amargo también aumentan con la edad; sin embargo, la sensibilidad para lo dulce no cambia con la edad. A medida que se envejece, la comida no sabe tan bien como antes, y este menor disfrute de la comida puede ser el responsable de la pérdida de apetito y de la consiguiente malnutrición de algunos ancianos. El disfrute de la comida proviene no sólo del sabor, sino de una combinación de olor, sabor, color, temperatura y textura. La capacidad de detectar comidas mezcladas disminuye con la edad, pero según Corso (1987), la principal razón de este declive tiene más relación con el olor y con la memoria que con el sabor; ya que el olfato resulta crucial en la identificación del sabor. Con la nariz bloqueada, no se suele poder distinguir la diferencia entre una manzana y una papa crudas. Si a una persona le sigue sabiendo bien la comida aunque siga comiendo lo mismo de forma continuada, no se verá motivada a variar la dieta. Si una reducida variedad de alimentos son baratos y saben bien, pueden llegar a constituir la dieta exclusiva, pudiendo conducir esta situación a la malnutrición (Vega, 1996).

Los principales déficits sensoriales del sistema olfatorio son:

- a) hiposmia: disminución de la sensibilidad odorífera, que aparece en casos de resfriado común, fibrosis quística, enfermedad de Parkinson e insuficiencia renal;
- b) anosmia: pérdida de sensibilidad odorífera por fallo de receptor-transducción, neurotransmisor o a nivel central (tumoral, vascular);
- c) alucinaciones olfatorias: dispersión patológica de la sensopercepción odorífera que se produce por foco epileptogénico en el lóbulo temporal anterior comprometiendo a la corteza prepiriforme y a la corteza entorhinal,
- d) deterioro olfatorio geriátrico. Los ancianos pierden múltiples habilidades olfatorias (percepción de olores, discriminación de olores, reconocimiento de olores, memoria olfatoria).

Las causas de los trastornos olfatorios en la vejez también son múltiples: alteración de la mucosa olfatoria, estenosis de la plataforma cribiforme, disfunciones respiratorias y lesiones de la ruta olfatoria. Las lesiones anatomopatológicas, potencialmente responsables de alteraciones sensorceptivas en la ruta olfatoria, se detectan a partir de los 50 años de edad. Las áreas de asociación olfatoria (amígdala, corteza uncal) aparecen frecuentemente dañadas en ancianos. Es probable que con la edad se deteriore la sensibilidad de los receptores gustatorios, disminuya la capacidad de recambio celular y altere la capacidad sensorceptiva al gusto. Los trastornos del gusto también se asocian a muchas patologías, a alguna de las cuales no son ajenos los ancianos (Fernández, 2002).

4) Tacto. Los receptores que se hallan en la piel o profundamente dentro del cuerpo envían señales a través de las neuronas al cerebro, transmitiendo el mensaje de que algún objeto ha entrado en contacto con el cuerpo o de que se ha presentado un daño real o posible amenaza. Existen receptores somestésicos para el tacto, para las vibraciones, para la temperatura, para el movimiento de las distintas partes del cuerpo (cinestesia), para el dolor y para el equilibrio. El efecto del envejecimiento sobre los receptores de la piel sí se ha confirmado. La sensibilidad al tacto en las zonas del cuerpo cubiertas de pelo no cambia en la vejez, pero la sensibilidad al tacto en las palmas y en los dedos, disminuye. En general la sensibilidad vibratoria en la vejez varía dependiendo de la parte del cuerpo que se estimule. La pérdida de sensibilidad a la vibración en los pies es mucho mayor que en las manos, de tal modo que algunos estudios han mostrado una pérdida de sólo el 5 por ciento en las manos (Vega, 1996).

Las pérdidas relacionadas con la edad en la sensibilidad al tacto y a la vibración pueden estar relacionadas con cambios en la temperatura corporal. Cuando la temperatura corporal desciende, los corpúsculos de Paccino pierden sensibilidad. Con frecuencia, los ancianos tienen una temperatura corporal más baja de lo normal y puede ser menos probable

que tengan fiebre en respuesta a una infección. Además, suelen desarrollar una intolerancia a temperaturas extremas, tanto de calor como de frío. El dolor puede ser causado por cualquier tipo de estímulo que avise al cuerpo de un posible daño; es imprescindible para la supervivencia puesto que sirve para mantener la homeostasis de muchas funciones vitales (Vega, 1996).

CAPÍTULO 4

PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL ADULTO MAYOR

4.1. El envejecimiento como un proyecto de vida

La actividad diaria es fundamental para la satisfacción personal. El ocio genera bienestar físico y psíquico, y se encuentra estrechamente relacionado con los índices de satisfacción de la vida diaria (Rubio, 1993). Durante la vejez, las actividades de ocio adquieren especial relevancia, ya que al aumentar el tiempo libre, las actividades que lo llenan cobran un significado especial; sobre todo adquieren relevancia las actividades que van dirigidas al disfrute personal. Entre estas actividades se encuentran las culturales, turísticas y recreativas en general (Vega, 1996).

Bigby (1992) señala que suelen ser las barreras físicas, educativas y sociales en general, las que disminuyen la participación de las personas mayores. Sin embargo, cada persona crea su propio repertorio de actividades de ocio en función de la competencia percibida y del control psicológico que estas actividades le reportan. Junto a los esfuerzos por elaborar un proyecto de vida totalizador, hay que destacar como elemento específico de la identidad propia de la vejez, una estimulante vinculación social. La identidad no se agota en el propio yo, que no sólo se ha de comprender como algo totalmente autónomo que registra, la relación con el otro de manera soberana a partir de sí mismo; antes bien, se constituye únicamente a partir de esa relación con el otro. También la identidad propia de la vejez se constituye básicamente a partir de la vinculación social (Vega, 1996).

A) Modelos a considerar en un proyecto personal de vida.

La conformación de un proyecto de vida está vinculada a la constitución, en cada ser humano, de la identidad ocupacional, entendida como la representación subjetiva de la inserción concreta en el mundo del trabajo, en el que puede autoperibirse incluido o excluido. Así, la experiencia de vida de una

persona está conformada por una secuencia de sucesos de diversa índole que estructuran su ciclo vital. Para Stevens (1988), tales acontecimientos son, en general, particulares de una cultura y proveen las bases para asignar roles y recursos en todas las sociedades, cualquiera que sea su organización político-social. Es factible referirse a distintas categorías de sucesos:

- a) Relacionados con la edad cronológica. Ejemplos de ellos son: la maduración física, el ingreso en la educación formal, el servicio militar y la jubilación obligatoria.
- b) Relacionados con el momento sociohistórico en el que al sujeto le toca vivir: Segunda Guerra mundial, crisis económicas, nuevo orden geopolítico internacional, desintegración de diferentes estados nacionales, confrontaciones étnicas, guerras civiles, golpes de estado, etc.
- c) Relaciones con las circunstancias personales de vida: los acontecimientos no se dan en forma universal o predecible. Ubicaciones y reubicaciones geográficas (vivir en un pequeño pueblo o en una gran ciudad), desempleo, muerte inesperada de un ser querido y enfermedades, son algunos ejemplos posibles.

Para Erikson (1979), el concepto de identidad debe ser comprendido en las dimensiones psicológica y social. La identidad es tanto un estado del ser como del devenir, del que se puede tener un alto grado de conciencia, al mismo tiempo que sus componentes motivacionales remiten al nivel de lo inconsciente y están bloqueados entre sus expectativas de logro y sus sentimientos de vulnerabilidad. La identidad es característica de un período o etapa determinado del desarrollo humano y no puede plantearse con anterioridad porque deben estar dadas las precondiciones somáticas, cognitivas y sociales; su constitución más allá de tal período o etapa no puede ser demorada. Los modelos parentales, así como los que ofrecen la comunidad en la que un sujeto vive y los medios masivos de comunicación, actúan como factores que pueden generar discontinuidad y ambigüedades en la estructuración de la identidad, la cual se construye en términos de una dialéctica psico-histórica, de una interacción constante entre la historia personal y la circunstancia histórica en la

que se está viviendo (Casullo, 1994). Para que una persona pueda elaborar su proyecto de vida deben existir tres tipos de variables:

1. La coherencia personal de la integración individual;
2. Las imágenes rectoras o ideológicas de una época determinada;
3. Una historia de vida en función de una realidad sociohistórica.

El logro de la identidad supone la autopercepción constante frente a situaciones de cambio, la integración yóica de comportamientos y sentimientos diversos en relación con esos distintos roles que nos toca jugar. El logro de la identidad supone la posibilidad de sentir que seguimos siendo la misma persona frente a las diversas situaciones que enfrentamos y que exigen de nosotros comportamientos disímiles. El aspecto temporal hace referencia a las cosas o experiencias pasadas y que se pudieron afrontar con mayor o menor eficacia. Lo espacial se vincula fundamentalmente al entorno sociocultural del cual se forma parte; proporciona la vigencia de determinados valores, creencias, normas y costumbres referidas a cuestiones tales como el trabajo, el sexo, la ética, el dinero, el prestigio, el poder, la muerte, la vida, la familia, la pareja, etc (Casullo, 1994).

La identidad ocupacional va a estar dada por la autopercepción en relación con la posible inserción del sujeto en la cultura del trabajo, sin que se excluyan las cuestiones antes mencionadas, estrechamente vinculadas a lo laboral; elegir una forma de trabajo conlleva planteos de tipo ético, está condicionado por el género (sentirse mujer o varón) y se relaciona con las percepciones subjetivas sobre lo que es prestigioso o genera éxito económico. Por lo que toda identidad ocupacional remite a la autopercepción diacrónica en términos de roles laborales. Un proyecto de vida da cuenta de la posibilidad de anticipar una situación, generalmente planteada en expresiones como “yo quisiera ser” o “yo quisiera hacer”. El proyecto de vida, por tanto, requiere la elaboración y consolidación de una identidad ocupacional. Todo proceso de conformación de una identidad incorpora aspectos positivos y negativos; cada persona o grupo alberga una identidad negativa, entendida como la suma de identificaciones y fragmentos indeseables e incompatibles de identidad que los individuos

sumergieron en sí mismos en función de lo que el entorno sociocultural próximo marcó como diferente, en relación con temas tales como roles sexuales, grupos étnicos y religiosos, clases sociales (Casullo, 1994). Por otra parte, hay períodos históricos que se vacían de identidad a causa de lo que Erikson denomina formas básicas de aprensión humana:

- Los miedos suscitados por hechos nuevos;
- La ansiedad que generan ciertos peligros simbólicos (declinación de determinadas ideologías);
- El terror a un abismo existencial carente de significación espiritual.

Esos períodos, al mismo tiempo, generan espacios para una renovación colectiva. Dado que el logro de la identidad es un proceso de construcción psicosocial, las imágenes ideológicas del mundo constituyen su andamiaje básico. La estructura de la identidad ocupacional y, en relación con ella, el proyecto de vida, se sitúan dentro de tres ámbitos en los que construyen su vida los hombres de todas las épocas:

1. Somático: todo organismo trata de mantener su integridad física y ofrece determinadas posibilidades para el desarrollo de habilidades motoras, perceptivas e intelectuales.
2. Personal: toda persona sana trata de integrar, en las experiencias y conductas cotidianas, el mundo exterior con su mundo interno. El ser humano apercibe los objetos que lo rodean y les da significado.
3. Social: los sujetos individuales que comparten un contexto histórico-geográfico se vinculan y coactúan para sostener un orden social que sirve como marco regulatorio de sus acciones y les confiere un sentido de pertenencia. Algunas identidades grupales y nacionales, a lo largo de la historia, han sostenido creencias e ideologías, que no pocas veces, legitimaron exclusiones de pobre valor ético en relación con la pertenencia a determinadas tribus, naciones, castas, religiones o clases sociales que provocaron que los seres humanos olvidasen con frecuencia que son miembros de una sola especie. Estas exclusiones afectan el desarrollo de

una identidad ocupacional, en especial en los miembros de los grupos excluidos.

La construcción o elaboración de un proyecto de vida forma parte del proceso de maduración afectiva e intelectual y como tal, supone aprender a crecer. Así como Fromm (1962), hace referencia al arte de amar, es posible hablar de un arte de crecer, que supone la posibilidad para cada sujeto de complementar cuatro tareas básicas:

1. Ser capaz de orientar sus acciones en función de determinados valores. Vivir es esencialmente una empresa ética.
2. Aprender a actuar con responsabilidad: significa básicamente hacerse cargo de las consecuencias de las propias decisiones, reconocer que no se está solo, que hay otros con los que hay que convivir.
3. Desarrollar actitudes de respeto: ser capaces de compartir y aprender a aceptar las diferencias, esperar del otro y de uno mismo lo que realmente podemos dar, aceptando las posibilidades y limitaciones individuales y grupales. Un proyecto de vida sano supone la capacidad de readmitir errores y aceptar críticas, superando el narcisismo y la omnipotencia.
4. Un proyecto de vida debe estar basado en el conocimiento y la información: sobre el propio sujeto, sus intereses, aptitudes y recursos económicos. Sobre las posibilidades y expectativas del núcleo familiar de pertenencia. Sobre la realidad social, económica, cultural y política en la que se vive.

La posibilidad de analizar los aspectos sanos y patológicos del proyecto de vida de un sujeto, integra la dimensión clínica de los procesos de orientación y asesoramiento psicológico en el campo de las decisiones vocacionales. La percepción de la inserción personal en la cultura del trabajo sigue siendo uno de los factores centrales en la conformación de la identidad y la subjetividad. Ya no desempeñan el mismo rol las profesiones tradicionales, y el adolescente o el adulto que intentan ingresar en el grupo de la población económicamente activa, deben plantearse alternativas basadas en modelos más flexibles,

diferentes, así como estar capacitados para negociar entradas y salidas sucesivas, y afrontar situaciones de mayor incertidumbre (Casullo, 1994).

En general, la planeación de vida y carrera es la actitud, arte y disciplina de conocerse así mismo, de detectar las fuerzas y debilidades y proyectar autodirigiendo el propio destino hacia el funcionamiento pleno de las capacidades, motivaciones y objetivos de la vida personal, familiar, social y de trabajo. Esta actitud vital, es un proceso permanente y acumulativo de autoconocimiento, educación y evaluación. Es en realidad una forma de conciencia experiencial ante la vida personal y de trabajo. Este proceso y actitud vital pueden ser iniciados o apoyados por eventos e instrumentos específicos. Muchos de los esfuerzos de la planeación de vida y carrera se han orientado programáticamente hacia la organización de la información personal y la resolución de inventarios. La base más importante de la planeación de vida y carrera es la sensibilidad y toma de conciencia del yo más profundo, de la orientación y sentido vital para la consecución de las metas y valores más trascendentes del propio desarrollo único y personal. Este objetivo sólo se logra en la relación bilateral del encuentro fenomenológico con los semejantes. A partir de este encuentro surge como posibilidad la búsqueda de un sentido vital a la existencia y la posibilidad de cambiar y modificar al mundo a partir de un compromiso personal en el manejo de la sabiduría que la ciencia y la técnica aportan. Sólo así se encuentra la posibilidad de trascendencia y de ofrecimiento a través del trabajo creativo y del amor en la relación interpersonal. Las definiciones y descripciones de las propias cualidades y limitaciones, encuentran sentido y dirección en esta filosofía vital (Casares, 2000).

4.2. El concepto de Resiliencia en la etapa del envejecimiento.

Theis (2001), menciona que el concepto de resiliencia nació gracias a la investigación del riesgo y la vulnerabilidad. Especializándose en la investigación sobre el riesgo, en la década de 1970, Anthony se introdujo en un nuevo campo científico, desarrollando así su propio vocabulario, método de investigación y población de sujetos, conocida también como niños de alto

riesgo. Fue entonces cuando se incorporó el concepto de vulnerabilidad, considerando que los individuos no son iguales ante el riesgo; es decir, son vulnerables en distinto grado. Las numerosas investigaciones realizadas en el campo de la vulnerabilidad se han centrado ante todo, en el riesgo que corren algunos niños de desarrollar patologías. A partir de los estudios sobre niños de alto riesgo, y paralelamente al concepto de vulnerabilidad, surgió la tendencia opuesta: la de la invulnerabilidad. Algunos de esos niños no desarrollaban los trastornos predichos; antes, mostraban una admirable invulnerabilidad (Manciaux, 2001). Las críticas más sutiles sobre la invulnerabilidad se deben a Rutter (2000), quien contrapuso a ello el concepto de *Resiliencia*:

- Este concepto parecía implicar una resistencia absoluta al daño; nadie tiene una resistencia absoluta: unos individuos son más resistentes que otros, pero todos tienen sus límites.
- El término sugiere que esa resistencia se aplica a todos los sucesos de riesgo; pero eso es imposible, pues las características que forman la resiliencia varían en función del suceso desfavorable.
- El concepto parece implicar que la invulnerabilidad es una característica intrínseca del individuo. Pero, los estudios demuestran que la resiliencia empieza también en el contexto social.
- El término sugiere la idea de una característica invariable, pero numerosas razones hacen suponer que los cambios debidos al desarrollo influirán en la resiliencia, como lo hacen también en otras características.

Por tanto, se abandonó el modelo de la vulnerabilidad, pues aunque permite evidenciar dificultades de adaptación y problemas de conducta en niños que han vivido sucesos adversos, no permite entender por qué algunos de esos niños de alto riesgo no sucumben a la patología. Los investigadores estudiaron las competencias de esos individuos, sus capacidades para el afrontamiento y sus estrategias de ajuste (doping); así, nació un nuevo modelo: el de la resiliencia y los factores de protección. Las investigaciones sobre resiliencia se han desarrollado ante todo en los países anglosajones; y aunque el término no se considera científico en el ámbito de la salud, se usa como similar al de los

propios *recursos de afrontamiento* con que cuenta un sujeto en particular (Manciaux, 2001).

Así, a la vulnerabilidad se opone el concepto de recurso psicológico inmediatamente disponible, o capacidad que podría activarse ante una situación o gracias a una acción preventiva. En la literatura científica, no se encuentra una definición precisa de la resiliencia; en el latín, resiliencia viene del verbo *resilio*, que significa saltar hacia atrás, rebotar o repercutir. En psicología, la palabra cobra un sentido distinto, pues no se limita a la resistencia, sino que conlleva un aspecto dinámico que implica que el individuo traumatizado se sobreponga [*rebondit* (se desarrolla tras una pausa)] y se (re)construye.

Por tanto el término *Resiliar* es aproximado al de recuperarse, entendiéndose por consiguiente como: la capacidad para ir hacia delante tras una enfermedad, un trauma o un estrés intenso. Resiliar es entonces vencer las pruebas y las crisis de la vida; es decir, resistir primero y superarlas después, para seguir viviendo lo mejor posible. Una capacidad universal que permite a una persona, un grupo o una comunidad impedir, disminuir o superar los efectos nocivos de la adversidad. En todas estas definiciones se aprecian los conceptos de adversidad, estrés, enfermedad, trauma y situación desfavorable. Masten, Best y Garmezy (1997), distinguieron tres campos de investigación sobre la resiliencia, o tres fenómenos distintos:

- Desarrollarse de forma positiva a pesar de la experiencia de un ambiente de alto riesgo.
- Tener competencias constantes ante situaciones de estrés agudo o crónico,
- Sanar de un trauma.

El primer campo de estudio es el de las situaciones de alto riesgo. Desde esta perspectiva se considera arriesgado estudiar la resiliencia, debido a que no está clara la naturaleza exacta del riesgo. El segundo campo de investigación se refiere a la resistencia al estrés, que implica estrategias de ajuste eficaces;

es decir, esfuerzos por restaurar o mantener el equilibrio interno o externo mediante actividades que incluyen el pensamiento y la acción. Fortín y Brigas recuperan la definición de estrés de Lazarus y Folkman: el estrés consistiría en una transacción entre la persona y el ambiente en que el individuo evalúa la situación como algo que supera sus recursos y puede poner en peligro su bienestar. El individuo debe adaptarse a esos acontecimientos estresantes, y para hacerlo, evaluar la situación y aplicar luego estrategias de ajuste. El tercer dominio estudiado concierne a los traumas, que Según Bourguignon, la palabra trauma designa un acontecimiento interno que trastorna al ajuste y tiene consecuencias inmediatas que se agrupan en la expresión *shock emocional*. En general, se considera resiliente al niño que se enfrenta a la adversidad si se desenvuelve dentro de límites normales y aceptables de competencia, en cuanto al funcionamiento conductual, social y/o cognitivo. Recordando que resiliencia no quiere decir invulnerabilidad absoluta, sino sólo de una inmunidad relativa a los sucesos y períodos difíciles de la vida. La resiliencia no es una cualidad fija, cambia según el momento y las circunstancias. A ello hay que añadir que no se puede ser resiliente por sí mismo, pues la resiliencia se construye en interacción con el entorno y con el medio social. Según Vanistendael y Lecomte ser resiliente no significa recuperarse en el sentido estricto de la palabra, sino crecer hacia algo nuevo. Volver a un estado inicial es ahora imposible, más bien hay que saltar adelante, abrir puertas, sin negar el pasado doloroso, pero superándolo. Así pues, la resiliencia lleva a una metamorfosis del individuo (Manciaux, 2001).

Rutter fue uno de los primeros en interesarse en los procesos implicados en el desarrollo de la resiliencia; se interesó en los mecanismos de riesgo y no en los factores de riesgo. Consideraba que la misma característica puede ser un riesgo en una situación, y en otra, factor de protección. Para hacer programas de prevención no se debe eximir al niño del riesgo, ya que es la exposición al riesgo lo que provoca la intervención de los mecanismos de resiliencia. Según Fortín y Bigras, un factor de riesgo de inadaptación social es un suceso o una condición orgánica o ambiental que aumenta la probabilidad de que el niño desarrolle problemas emocionales o de conducta (Manciaux, 2001). Para

mantenerlo mejor, se deben agrupar los factores de riesgo en cuatro categorías:

- En primer lugar, una situación familiar perturbada: trastornos psiquiátricos o conductas de adicción de los padres, muerte de uno o ambos padres, larga separación del *caregiver* (persona que cuida del niño los primeros años de su vida), ausencia del padre o de la madre, discordia familiar crónica, violencias familiares (maltrato físico y/o psíquico, incesto), separación de los padres, entrega a otra familia;
- Otra categoría engloba los factores sociales y ambientales. Por ejemplo la separación de los padres, la pobreza o una situación socioeconómica mediocre y hábitats pobres;
- Los problemas crónicos de salud, sea del niño o de su entorno íntimo (como una deficiencia física o una enfermedad grave), forman otro conjunto de factores de riesgo;
- Finalmente, hay que distinguir las amenazas vitales que la guerra, las catástrofes naturales o los traslados forzosos constituyen para el niño.

Es importante recordar que los factores de riesgo no actúan de modo aislado. Se debe tener en cuenta muchos indicios: los contextos individual, familiar, comunitario y cultural, y los elementos temporales: la edad del niño y el ciclo de vida individual y familiar. Lemay añade que es evidente que para que sea posible el desarrollo de un sujeto, se necesita por fuerza algunas condiciones biológicas, socioafectivas y socioculturales (Manciaux, 2001). Se pueden hallar factores de protección en el individuo, en la familia y en el ambiente:

- Ante situaciones traumáticas, la persona puede usar sus propios recursos internos; entre ellos: un CI elevado, buena capacidad de resolver problemas; capacidad de planificar; uso de estrategias de coping; sensación de eficacia personal; comprensión de sí mismo; lugar de control interno; competencias relacionales (empatía y capacidad de buscar ayuda); alta autoestima; temperamento flexible; un apego asegurador, y uso adecuado de mecanismos de defensa (escisión, negación, intelectualización, creatividad, sentido del humor, etc.);

- Muchos investigadores han podido identificar procesos protectores en la familia: tener buena relación, al menos con uno de los padres o con un miembro de la familia próxima; padres competentes; buena educación; y el cónyuge en la adultez;
- También el ambiente puede tener un papel facilitador. Un apoyo social fuera de la familia puede proteger de la adversidad: las personas que apoyan (verdaderos tutores de resiliencia según Cyrulnik) pueden ser iguales, profesores, vecinos, terapeutas...la escuela también tiene un papel positivo, ya que el ambiente educativo es positivo, abierto, y permite orientar y fijar normas. Algunos autores han observado que participar en actividades religiosas (o culturales, asociativas o humanitarias) actúa en el mismo sentido.

La resiliencia viene siendo un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que suceden en el tiempo y según como se combinen los atributos de la persona, de la familia y de los ambientes sociales y culturales. También es un desarrollo normal en condiciones difíciles; así mismo es importante tener presente que debe pensarse en términos de procesos: así pues, la resiliencia sería un proceso de negociación del riesgo en que los factores protectores se opondrían al riesgo y los factores de vulnerabilidad llevarían a sucumbir a ese riesgo: por tanto, el efecto de protección o de vulnerabilidad sólo es evidente si se combina con el riesgo (Manciaux, 2001).

La resiliencia invita a positivar la mirada al prójimo y a modificar las prácticas, empezando quizás por observar, identificar y usar los mejores recursos de quien haya que cuidar. Enfatizando que la resiliencia nació gracias a la investigación del riesgo y la vulnerabilidad (Theis, 2001). La resiliencia puede manifestarse de varios modos: mantenimiento de las aptitudes en medio de un peligro continuo, restablecimiento tras un trauma y evolución inesperada pese a riesgos altos. La principal fuerza de la resiliencia es que hace posible vivir una vida personal y socialmente aceptable, incluso a causa de sucesos desagradables no deseados, que revelaron a las víctimas recursos de los cuales no sospechaban que poseían. También es una fuerza de apoyo para el profesional de la salud mental, cuyas prácticas son potenciadas y ampliadas

por ese cambio en la mirada al prójimo, y por tanto, de método de trabajo (Manciaux, 2001).

En sus puntos débiles, está la vaguedad de los criterios que la definen y que, o bien están culturalmente marcados o son subjetivos. Una dificultad es identificar los factores de protección y de riesgo, los cuales varían según la naturaleza del trauma en cuestión y la personalidad afectada, pero también según la situación y el momento concreto en que intervengan. La dificultad de aplicar el concepto de resiliencia y la evaluación derivada de la imprecisión de algunos criterios. En lo individual, para el propio sujeto, la evaluación se basa en sentimientos personales y en cómo juzgue su historia, sus experiencias y sufrimientos personales, su vida y su destino. El punto de vista del prójimo está sesgado, pues el joven, la familia y el grupo humano que van bien no suelen ser objeto de la atención del profesional: tras un trauma, éste subraya la importancia de hacer un seguimiento evaluativo que, además, puede ser decisivo en caso de nuevas dificultades, pues la resiliencia nunca es total ni se garantiza a largo plazo. (Manciaux, 2001).

No se trata de los riesgos que amenazan a cualquiera en distintos momentos de la vida, ni de los factores de riesgo citados anteriormente, sino de riesgo reales relacionados con un mal uso del concepto de resiliencia. El concepto de resiliencia, podría resentirse de darlo por sentado sin suficiente perspicacia clínica o capacidad de discernimiento (Invita a cambiar la forma de ver a nuestros semejantes y también a nosotros mismos). Las pruebas de la vida (desdichas y sufrimientos comunes y situaciones más graves, como la pérdida de un ser amado) son inevitables en todo el ciclo vital. El resiliente muestra que en cada persona se pueden hallar recursos, a veces, insospechados para hacer frente y seguir viviendo una vida que valga la pena y que, para ello, se puede contar con el apoyo de personas de confianza, con un entorno más o menos cercano y con algún apoyo social. Fomentar la resiliencia ofrece una ocasión real que opera nuevas políticas sociales que no den una ayuda de forma asistencial, sino promoviendo a la persona, a las familias y a las comunidades. Al riesgo de falta de implicación social y política, se debe oponer una visión solidaria de la vida en sociedad (Manciaux, 2001).

Es difícil precisar qué cosa es un factor de protección y qué otra lo es de riesgo, y su carácter binario, con dos pares de categorías mutuamente excluyente, no tiene en cuenta la complejidad de las situaciones analizadas a la luz de la resiliencia. Es evidente que la resiliencia es a la vez una corriente de psicología positiva y dinámica y de fomento de la salud (mental en particular), a la que reporta una dimensión original, y en un contexto de complejidad que necesita una complementariedad difícil de conseguir entre las aportaciones de varias disciplinas. La resiliencia no ofrece nuevas técnicas de intervención; es una nueva forma de ver la realidad, de tener en cuenta las potencialidades de cada persona, incluso de la más desfavorecida. Es una capacidad de escuchar el sufrimiento ajeno, pero es; más aún, una verdadera actitud de empatía (Manciaux, 2001).

a) Resiliencia y envejecimiento. Las investigaciones en gerontología muestran que los ancianos que no desarrollan ninguna actividad, se enferman más seguido y mueren más jóvenes que quienes se mantienen dinámicos y conservan o establecen nuevas redes sociales con vecinos o grupos de pares y familiares. Por tal motivo se considera que uno de los principales factores de riesgo del deterioro de la calidad de vida en la vejez, es el aislamiento social, ligado a la exclusión y al rechazo. Se ha propuesto a la recreación educativa como una de los métodos o herramientas que permiten potenciar la capacidad o actitud de resiliencia en el proceso de envejecimiento, ante situaciones vivenciadas por algunos adultos mayores como adversas (Puerta de Klinkert, 2002).

La salida del sistema laboral por ejemplo, es experimentada en ocasiones diversas, como un acontecimiento de derrumbe, de caída vertiginosa, que afecta no sólo la pérdida del poder adquisitivo, sino, también la pérdida del poder cultural, ya que aleja a la persona del circuito productivo en su sentido más amplio, en cuanto a los hechos que protagonizan los hombres cotidianamente al salir a la búsqueda del sustento. Los adultos más afectados con el desencadenamiento de tantos efectos negativos son los que se encuentran sin familia nuclear, desvinculados de parientes y sin haber logrado cultivar una red de amigos. En ambos casos, el aumento de

la cantidad de tiempo libre disponible (que adviene sin ninguna preparación previa) toma desprevenidos a estos sujetos. Es ahí donde interviene la recreación educativa, a través de una tarea que, presenta puntos en común con el favorecimiento de actitudes resilientes en otras edades. En el caso de adultos mayores, se propone la apertura de espacios de participación grupal, en los cuales se encuentren con sus pares para realizar actividades significativas según el contexto en que el grupo funcione, y que a corto plazo, se transformen en un medio para la formación de un grupo de pertenencia que sostenga los deseos, que brinde el cariño, la comprensión, la escucha y una oportunidad para la recreación del proceso vital (Puerta de Klinkert, 2002).

Kotliarenco et al, (1997), consideran que la resiliencia abre un abanico de posibilidades, en tanto enfatiza las fortalezas y los aspectos positivos, presentes en los seres humanos. Más que centrarse en los circuitos que mantienen las condiciones de alto riesgo para la salud física, mental de las personas, se preocupa por observar aquellas condiciones que posibilitan un desarrollo sano y positivo. El enfoque de la resiliencia permite reconocer y potenciar aquellos recursos personales e interpersonales que protegen el desarrollo de las personas y su capacidad constructiva, aun durante la etapa del envejecimiento. Estas propuestas coinciden con los objetivos que se propone el terapeuta ocupacional; quien, a partir de las condiciones ambientales, buscará generar, entre los grupos de participantes, procesos de aprendizaje que se desarrollarán en el marco de lo que se denomina educación no formal. La recreación con los adultos mayores tiene como objetivo principal, la praxis de una educación permanente que prioriza en cada actividad la apropiación que el adulto mayor pueda realizar de sus aprendizajes significativos para el uso creativo de su tiempo libre, trabajando con dispositivos grupales que le aporten contención y un clima de confianza para desarrollar proyectos grupales e individuales y que le permitan vivenciar, asimismo, la responsabilidad o el protagonismo en el manejo de libertad en su tiempo de vida (Puerta de Klinkert, 2002).

Desde esta concepción integral del uso creativo del tiempo libre en el adulto mayor, se ha pretendido asegurar las condiciones necesarias para fomentar su desarrollo y la búsqueda de su plenitud, en tanto favorezca el encuentro de la persona consigo misma y con sus potencialidades, a fin de poder modificar, a partir de sus condiciones objetivas, las variables subjetivas referidas a su estilo de vida, a modo de incidir favorablemente en su calidad de vida. El grupo en sí posee un valor intrínseco que potencia el vínculo y los sentimientos de afecto entre los integrantes. Brinda oportunidades para el análisis crítico de la propia realidad que permite proyectar la transformación personal. Así, la recreación educativa con los adultos mayores posibilita que esta forme parte integrada de un proyecto de vida autónomo, que favorezca el reconocimiento identificador y el trabajo de historización (Puerta de Klinkert, 2002).

Se suele considerar a la resiliencia como parte del proceso evolutivo. La edad avanzada es una puesta a prueba permanente de la posibilidad de conservar y renovar una vida significativa y productiva. Las sucesivas pérdidas que el paso del tiempo supone en todos los órdenes, implican para el ser humano un desafío, aprender a compensar las pérdidas con ganancias, valorando y reforzando lo que no necesariamente se pierde, la dimensión imaginario-simbólica en la cual se asienta el acceso a la sabiduría en la vejez, la que le permite sostenerse (Puerta de Klinkert, 2002).

La cuestión fundamental con relación al envejecimiento para la persona, es el proyecto de transformación que se le plantea al Yo. Según Zarebski (2002), será de acuerdo al papel que juegue el narcisismo, que el sujeto adoptará una posición u otra frente al desafío que plantea la vida, el de poder soportar los cambios en aspectos que hacen a la base estructural de la identidad (imagen, sexualidad, funciones, roles), conservando al mismo tiempo lo que define en esencia un envejecimiento normal; el logro de la continuidad identitaria a través de los cambio. En presencia de un narcisismo normal, el sujeto contará con la flexibilidad que le permitirá realizar el trabajo de autocuestionamiento que este proceso conlleva. Envejecer es esencialmente una propuesta de cambio (Puerta de Klinkert, 2002).

Si el factor de riesgo por excelencia de un envejecimiento patológico es la propia condición patológica del narcisismo, ¿qué logrará el sujeto resiliente en su envejecimiento, desde un narcisismo normal? El triunfo de Eros sobre Tanatos, el sostenimiento y la renovación de los ideales del yo (proyectos), la elaboración normal de los duelos, la permeabilidad entre instancias psíquicas (el acceso a soñar, fantasear, imaginar, jugar, desear), logros que se manifestarán puntualmente frente a cada uno de los temas del envejecimiento, y posibilitarán elaborar gradualmente las marcas del paso del tiempo, compensar pérdidas con ganancias; tener recursos para recomponer la autoestima en el presente, no en el pasado; recordar de modo reminiscente (aferrado al presente, con proyección al futuro), no nostálgico (aferrado al pasado); poseer un proyecto diario que organice la vida alrededor de cierta rutina; seguir conectado con el afuera, con el entorno; poder poner las angustias en palabras; cuestionar los prejuicios, y poder autocuestionarse (lo cual incluye la posibilidad de reírse de sí mismo); saber relativizar (no regirse por el todo o nada); no aferrarse a una identidad unívoca (yo soy así); no vivir toda la vida sosteniendo en otro o en una función, o en un rol, como único bastón (que implicaría el quiebre ante la eventualidad de su pérdida); haber podido diversificar los apoyos (familia, estudio, trabajo, otros ideales); tener en cuenta las limitaciones, enlentecimientos, etc; adaptarse a la disminución del rendimiento; mantenerse autoválido, seguir funcionando a pesar de patologías; aceptar los elementos protéticos; desarrollar la geneatividad; incorporar la finitud, vivir hasta y no hacia la muerte, y desarrollar el sentido de la trascendencia (Puerta de Klinkert, 2002).

Trabajando con el humor, la creatividad, el juego, el armado de redes, la autogestión, el empoderamiento a través del protagonismo. Se trata de generar el ámbito más adecuado para encontrar en los grupos y en las tareas comunitarias, la resolución de problemas y de tareas emocional-cognitivas atrapadas en las mallas internas del sujeto. Logra resiliencia quien es capaz de admirar y conectarse con sus puntos de vulnerabilidad. Son, en realidad, quienes pueden decir: a veces me salen mal las cosas, lloro mucho, sufro mucho, los que pueden reírse de sí mismos y, en última instancia, los que

alcanzan la sabiduría, la cual tiene que ver con la aceptación de las limitaciones físicas, intelectuales y emocionales (Puerta de Klinkert, 2002).

En el campo de la resiliencia, la edad avanzada plantea dos cuestiones, relacionadas además entre sí. La primera se refiere a la duración en el tiempo (incluso a la perennidad) de una conducta resiliente que apareció pronto en la vida. Ahora bien, la resiliencia no se adquiere de una vez para siempre. Si es precoz, puede mantenerse y reforzarse con un aumento de la autoestima, fruto del enfrentamiento y superación de los traumas. Pero también puede hundirse debido a un estrés que supere la capacidad de resistencia del sujeto, embotarse en una vida sin historia, y aun desviarse hacia la arrogancia, la intolerancia y aun actitudes paranoides. La segunda es más compleja. Cuando se enfrenta a un trauma grave, ¿puede una persona cuya existencia ha sido un largo río tranquilo hasta la edad adulta, y aun después, encontrar en su interior recursos, hasta entonces poco aplicados, para resistir y seguir viviendo y creciendo en la vida?

Los traumas graves no perdonan al envejecimiento. Sea una enfermedad, deficiencias ligadas al envejecimiento o bien problemas sociales como una jubilación mal llevada, las sensaciones de deterioro físico o mental y una pérdida de utilidad social pueden perturbar gravemente a muchas personas que se hacen mayores. La depresión es entonces frecuente, a ello se añade, normalmente y en un período de mayor vulnerabilidad, la pérdida de seres queridos, amigos, el cónyuge. Duelos, reducción de la red social, disminución progresiva o brutal de la autonomía y soledad a veces, todos estos fenómenos en ocasiones acumulados son otras tantas rupturas del ciclo de la vida personal, familiar y social (Manciaux, 2001).

Pero parece que una infancia de la que se tiene buenos recuerdos, la superación de crisis (en la adolescencia, a los cuarenta), cierta sociabilidad y, recíprocamente, una red sólida de apoyo afectivo permiten llevar bien la viudez, aunque no se llene el vacío de la ausencia. Los autores convienen en el interés de prepararse para envejecer bien y subrayan, siguiendo a Tournier, la importancia de la cultura, de la apertura de espíritu, de la necesidad de

vulnerabilidad de diversificar sus actividades desde antes de la vejez, de romper la rutina, de hacer amigos y cultivar la amistad, pero también de fijarse en la vida interior propia y de desarrollar la vida espiritual: ser activo, abierto a los demás, pero también saber pararse para meditar y hacer un examen de vida. De algún modo, es en el aprendizaje de la resiliencia donde vemos la movilización de algunos factores de protección que recuerdan a los que actúan en los niños resilientes. Sin este realismo ante el carácter ineludible del tiempo, de las cosas y de los seres que pasan, se corre el riesgo de que la resistencia dure poco y de que todo proyecto de futuro sea imposible. Dicho esto, los caminos de la resiliencia son muchos y variados (Manciaux, 2001).

Puede ser la continuación, a otro ritmo y de otro modo de una actividad profesional. Entonces, los conocimientos y la pericia adquiridos en una vida de trabajo se ponen al servicio de una implicación en el apoyo escolar, una asociación, una organización no gubernamental, o en la ayuda a un país en vías de desarrollo. Asimismo, las actividades culturales y artísticas tienen gran importancia para muchas personas que se hacen mayores. A un nivel más modesto, en ese período de la vida mucha gente descubre que le gusta la pintura, la música, los viajes culturales, visitar museos...y, si les ayuda su posición económica, cumplen en su vejez deseos que no pudieron satisfacer cuando de actividades, la longevidad de muchos grandes artistas (músicos, pintores, actores...) es notable y prueba que la ancianidad puede ser activa y fecunda, pese a los azares de la fortuna, las deficiencias motoras y sensoriales y la aproximación inevitable de la muerte. Estas adecuaciones en la edad avanzada, y sus efectos beneficiosos tienen en común la continuación, incluso intensificación, de la vida relacional, y cierto gobierno del modo de vida y, para algunas personas, una sensación de utilidad social que refuerza a su autoestima. Se aprecian ahí factores de protección que suscitan y mantienen una conducta resiliente. De sus afirmaciones se deduce una auténtica filosofía de la existencia, amor a la vida, ganas de vivir, un impulso hacia los demás. Cuanto más viejo se es, más hay que interesarse por los demás y las cosas, dice uno. Y añade la comentadora: estas personas sienten curiosidad por todo; siempre han sido lo que querían. Proyecto de vida, interés por los demás y vida

relacional, elección de distracciones...son elementos que caracterizan un temperamento resiliente (Manciaux, 2001).

La fe en dios, sin actitudes neuróticas e infantilizantes, puede suponer en los sujetos ancianos una solución para continuar ese trabajo de resistencia que es la resiliencia, y permitirles mantener relaciones humanas. Y más adelante: Parece que en los sujetos muy mayores hay una clara relación entre la religiosidad y la salud física, de modo que la adaptación religiosa puede ser una estrategia eficaz para muchos pacientes ancianos enfermos, que de otra forma podrían desanimarse rápidamente ante su enfermedad. De hecho, el sentimiento de que la vida sigue después de la muerte, sea en ese contexto de fe en el más allá, sea en la creencia para otros de quienes dejan atrás (hijos, nietos) perpetúan el linaje, es un recurso poderoso para las personas que se acercan al final de su vida (Manciaux, 2001).

4. 3. La importancia de las instituciones en la promoción de la salud de las personas adultos mayores

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su reunión mundial en Alma Alta en 1972, conceptualizó el término “*salud*”, como el bienestar físico, mental y social; sin embargo, el concepto es más amplio y significa no únicamente estar libre de enfermedades. Desde la perspectiva de la psicología del ciclo vital, asume relevancia el tema de la salud en el envejecimiento, ya que es la suma de las aportaciones docentes y de formación, profesionales y científicas, propias de la disciplina de la psicología, dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de la etiología y diagnóstico de la salud, enfermedad y problemas afines, al análisis y mejora del sistema de cuidados de salud, y a la configuración de políticas sanitarias (Matarazzo, 2003).

En 1987, la OMS, definió la promoción de la salud como el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore. En este sentido y con los siguientes objetivos, se propone implementar las bases para cualquier proceso de promoción de la salud:

- Cambiar conocimientos y creencias,
- Modificar actitudes y valores,
- Aumentar la capacidad para tomar decisiones,
- Cambiar comportamientos,
- Establecer ambientes sanos,
- Conseguir cambios sociales hacia la salud, y
- Favorecer la capacidad y el poder de individuos, grupos y comunidades.

En el adulto mayor, la salud es definida como la capacidad para atenderse a sí mismo y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite desempeñar sus actividades de la vida diaria por sí mismo. Cuando el adulto mayor presenta una enfermedad y como consecuencia de ella, presenta a su vez, una limitación funcional para realizar actividades de la vida cotidiana, impacta enormemente en su calidad de vida. Por ello, ha crecido el interés en el ámbito de la salud, por establecer programas que tengan como objetivo lograr mejorar los niveles de salud y bienestar para esta población, con lo cual se pretende evitar enfermedades y discapacidades. La promoción de la salud propone una serie de medidas que se deben tomar en cuenta a lo largo de la vida, para combatir consecuencias negativas del envejecimiento; pero para esto lo recomendable es iniciar una prevención antes de los 60 años de edad, logrando cambios en la actividad física y en la alimentación para posponer la aparición de enfermedades crónicas. Una de las estrategias más importantes para obtener estos cambios es la participación del individuo con responsabilidad, mediante el autocuidado (Martínez, 2004).

La Psicología de la salud y la psicología preventiva tienen en común el interés por contribuir a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud y calidad de vida (desde los conocimientos de la psicología científica). La situación actual de la teoría e investigación de la calidad de vida en la tercera edad, es confusa porque no existe acuerdo acerca de cómo conceptualizar la calidad de vida; y es dispersa porque tal vez trate de abarcar demasiados aspectos, facetas o dimensiones de la vida humana (Fernández, 1999). El concepto de calidad de vida ha estado relacionado históricamente con el de *felicidad*, y éste a su vez con el de virtud y bienestar. Veenhoven (1991) define

la satisfacción vital como el grado en el que un individuo juzga favorablemente la calidad de su vida como un todo. El concepto multidimensional de calidad de vida parece mucho más integrador e inclusivo que cualquier otro y, por otro, porque ya ha sido aceptado en el discurso teórico-práctico de la psicología preventiva, de la psicología de la salud y, en general, por todas las aportaciones positivas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Otros autores definen la calidad de vida atendiendo únicamente al ámbito de la salud y entienden que aquella es el valor asignado a la duración de la vida en la medida en que puede ser modificada por los deterioros, estados funcionales, percepciones y oportunidades sociales que son influenciados por la enfermedad, las lesiones, los tratamientos o la política. La Organización Mundial de la Salud (1986), reconoce que no es tan importante la cantidad de años que se viven como la calidad de los años vividos, y que, por tanto, es necesario que los esfuerzos se concentren en esto (Fernández, 1999). En cualquier definición de calidad de vida se debería incluir alguno de los siguientes aspectos:

- 1) Las capacidades cognitivas, conductuales y de bienestar emocional;
- 2) El sentimiento subjetivo de bienestar y satisfacción vital;
- 3) Las condiciones socio-materiales objetivas de existencia y la percepción subjetiva de las mismas (aspecto subjetivo);
- 4) La satisfacción derivada de las condiciones materiales reales, concretas y psicológicas de las personas;
- 5) La percepción subjetiva del nivel de salud personal y su capacidad para comportarse de una forma subjetivamente satisfactoria, y
- 6) La percepción de la utilidad del significado de vivir y la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano.

En la calidad de vida de las personas de la tercera edad, los investigadores han coincidido en los siguientes componentes: evaluación del nivel de salud física y mental, desarrollo de competencias sociales de forma autónoma, nivel de cognición, uso del tiempo libre, participación en actividades sociales, satisfacción con la vida, percepciones de la salud, nivel de autonomía económica, comportamiento íntimo (incluyendo la actividad sexual), grado

percibido de soledad, trastornos del sueño, motivación por participar y hacer cosas, grado de autonomía personal (por ejemplo, en los movimientos físicos, realizar las propias necesidades fisiológicas, poder desenvolverse de forma autónoma en su contexto sociocultural, etc.), número de relaciones sociales, etc; (Fernández, 1999).

La promoción de la salud es considerada como cualquier combinación de educación para la salud y apoyos de tipo organizativo, legislativo o normativo, económico y ambiental que faciliten las prácticas saludables; es decir, un proceso amplio por medio del cual los individuos, los grupos y las comunidades mejoran su control sobre los determinantes personales y ambientales de la salud. La prevención es por tanto, relativa a la enfermedad, y se enfoca en la salud pero con una visión negativa; la promoción, en cambio, se refiere a la salud en un sentido positivo, pues apunta hacia la vida, el desarrollo y la realización del ser humano. La prevención pertenece a ámbitos clínicos y su objetivo es evitar una enfermedad específica. Por el contrario, la promoción de la salud está más relacionada con los ambientes sociales y apunta hacia el bienestar comunitario, estimula la exposición a factores protectores de la salud y promueve la adopción de estilos de vida saludables por parte de grupos humanos extensos, por lo cual intenta construir ambientes en los cuales se faciliten al máximo, las mejores opciones para la salud (Florentino, 2004).

Prochaska y Di Clemente, (1992), coincidieron en que el cambio de hábitos riesgosos debe ser percibido como un proceso de autorregulación (que puede ser dividido en varios estadios), en el cual, lograda una fuerte intención de cambiar, la fase de motivación ha concluido y los siguientes procesos son de carácter voluntario. Cuando una persona establece como meta un cambio en su conducta de salud, se basa en tres tipos de cogniciones:

1. Las percepciones de riesgo incluyen la sensación de vulnerabilidad y la gravedad percibida de una enfermedad, elementos que poseen un notable valor motivacional en el proceso de toma de decisiones. Taylor (1989), considera que en ocasiones, los sesgos optimistas de ciertas personas las conducen a subestimar los riesgos objetivos, y por tanto, a

no poner en práctica ciertas conductas precautorias con el fin de evitar consecuencias nocivas para su salud.

2. Las expectativas de resultados se refieren a la estimación que hace una persona acerca de las consecuencias de poner en acción ciertas estrategias de autorregulación. En general, las personas aprenden a considerar sus acciones como causa de los sucesos que le acontecen y confían en la posibilidad de cambiar sus conductas riesgosas para su salud. Resulta de máximo interés que, en primer lugar, los individuos logren percibirse como agentes concretos de cambios (expectativas de autoeficacia), es decir, que se consideren capaces de producir los cambios conductuales necesarios para optimizar su nivel de salud.
3. La autoeficacia percibida determina la cantidad de esfuerzo invertido y el nivel de perseverancia. Las personas que confían en sí mismas, que se sienten capaces de llevar a cabo los cambios propuestos para mejorar su salud persisten en mantener el curso de sus acciones; a pesar de los obstáculos, perciben alternativas de solución a los mismos y se recuperan fácilmente de las frustraciones.

La prevención *primaria* incluye fundamentalmente, la adopción de hábitos saludables en relación con el consumo de tabaco, el abuso del alcohol, la obesidad, los problemas de nutrición, la inactividad física y los problemas de sueño. Además, incluye la inmunización a la gripe, a la neumonía y al tétanos, la prevención de las lesiones y accidentes, de la osteoporosis y de la iatrogenesis o efectos secundarios. La prevención *secundaria*, que supone tratar los problemas que pueden aparecer, incluye los chequeos y revisiones periódicas de problemas que pueden aparecer; tales como la diabetes, las enfermedades dentales, los deterioros secundarios, los efectos secundarios de la medicación, los diferentes tipos de cáncer, la anemia, la depresión, el estrés, la incontinencia urinaria, los problemas podológicos y los riesgos de caídas, la tuberculosis. Además incluye el control de la hipertensión para prevenir el infarto. La prevención *terciaria* incluye la rehabilitación de los déficits físicos, cognitivos y funcionales, la inclusión de los apoyos formales e informales para impedir la pérdida de autonomía y el control del dolor y sufrimiento (Vega, 1996).

Las conductas de promoción de la salud son aquellos comportamientos que manifiesta una persona con el propósito de alcanzar un nivel óptimo de bienestar físico y psicológico, y un estilo de vida saludable mediante la prevención de la enfermedad. Los programas sistemáticos de ejercicios físicos son esenciales para la salud psicofísica de las personas, debido a que incrementan los movimientos de articulaciones y músculos, fortalecen la musculatura del cuerpo, incrementan la resistencia, y reducen la fatiga y ansiedad. En general, se recomienda: que el programa de ejercicios se lleve a cabo en forma gradual, que las tareas y metas sean fáciles de lograr, y que la dificultad y complejidad de los mismos vaya paulatinamente en aumento. Este gradualismo permite a las personas adquirir en sí mismas mediante una serie de experiencias exitosas, a la vez que reducen la ansiedad y el temor. Los beneficios del ejercicio regular pueden resumirse en los siguientes:

- Mantiene la presión sanguínea entre valores normales.
- Disminuye el riesgo de desarrollar afecciones cardíacas.
- Reduce el riesgo de sufrir un accidente cerebral.
- Aumenta el nivel de colesterol HDL, se atenúa la menor propensión a padecer arteriosclerosis.
- El peso corporal se mantiene dentro de parámetros normales, de acuerdo con la estatura, edad y sexo de la persona.
- Contribuye a prevenir la osteoporosis.
- Disminuye la ansiedad, contribuye a experimentar un estado de bienestar físico y psicológico y previene o ayuda a superar estados depresivos.
- Ayuda a tolerar y superar las diversas molestias y trastornos propios del envejecimiento.

Se considera que la práctica de actividad física tiene una gran importancia higiénica preventiva para el desarrollo armónico del sujeto (niño, adolescente y adulto) y para el mantenimiento del estado de salud. Cevallos (2000), considera que la práctica de cualquier deporte conserva siempre un carácter lúdico y pudiera ser una buena medida preventiva y terapéutica, ya que conlleva

aspectos sociales, lúdicos e incluso bioquímicos que favorecen el desarrollo de las potencialidades del individuo (Florentino, 2004).

Otra manera de promocionar la salud es mediante la implementación de programas destinados a favorecer conductas que tengan como finalidad evitar situaciones riesgosas para la salud. Los accidentes son definidos como sucesos independientes de la voluntad. Sin embargo; Smith y Pless (1994), opinan que la gran mayoría de ellos no son fortuitos, sino predecibles, razón por la cual pueden ser evitados (Florentino, 2004). En este sentido, un programa de prevención debería incluir:

- Una valoración de la calidad de vida de la persona o comunidad a través de la identificación de conductas de riesgo.
- La identificación de dichos comportamientos y el análisis de su contribución a los problemas sociales que afectan a una comunidad.
- Operacionalizar conductas problema, Por ejemplo, problemas de incapacidad en la población adolescente, como consecuencia de una alta siniestralidad (velocidad excesiva, falta de respeto por las señales de tránsito, ingesta de alcohol, no usar casco cuando se maneja en motocicleta, etc.).
- Detectar factores reforzantes, predisponentes y facilitadores relacionados con estas conductas problema.
- Priorizar los factores identificados con el objeto de seleccionar aquellos sobre los que se va a comenzar a implementar un programa de modificación.
- Establecer el diagnóstico mediante el desarrollo e implementación del programa de intervención a seguir, con el fin de modificar actitudes para generar cambios permanentes de comportamientos más saludables.
- Evaluar la adecuación de todo el proceso.

La educación para la salud pretende influir en personas, grupos o comunidades; en aquellos factores que determinan el concepto salud. La prevención contempla la detección precoz de factores de riesgo para poder incidir tempranamente en ellos, para eliminarlos o paliar sus efectos. Promover

la salud implica implantar comportamientos saludables cuando no existen en la persona o en las comunidades. Conlleva, por tanto, crear conductas o hábitos que la experiencia o la ciencia han demostrado que están asociados positivamente con el estado de salud. La experiencia y la sabiduría de los años pueden asimismo influir en la propia motivación para el cambio. El reto de la educación para la salud (prevención y promoción) consiste en eliminar comportamientos gratificantes e implantar comportamientos costosos para la persona. No fumar, no beber en exceso, hacer ejercicio físico, etc. Son comportamientos relacionados con la salud que se aprenden, que se generan y desarrollan dentro de un medio determinado, el cual dará las claves de los recursos y los límites. Un determinado país, región o contexto produce unos determinados estilos de vida. Estos constituyen un factor global fundamental relacionado con el nivel de salud de la población y de sus individuos (Florentino, 2004).

Así, la búsqueda de la calidad de vida implica un cambio de actitud ante la propia vida para enfocarla desde un ángulo en el cual la persona siga sintiendo gusto por su existir y lo disfrute lo más plenamente que pueda (González, 2004). Para ello, La promoción de la salud debe pasar por el reforzamiento de ciertas prácticas saludables. Es decir, tratar de desarrollar positivamente conductas de salud, y no de esperar que resulten negativamente como efectos de las restricciones impuestas para conseguir conductas saludables (Pérez, 1999).

a) El envejecimiento activo.

El término envejecimiento activo fue adoptado por la OMS a finales de los años 90's con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de envejecimiento saludable y reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones.

El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y

realización de los propios deseos. Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento basado en las necesidades (que contempla a las personas mayores como objetivos pasivos) a otro basado en los derechos, que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen y respalda su responsabilidad para ejercer su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria.

Así se entiende al envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Por tanto se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población, permitiendo a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital, y así mismo participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia. Las políticas y los programas del envejecimiento activo reconocen la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal (el cuidado de la propia salud), los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional. Regalado (2002); considera que las personas de edad y las familias necesitan planificar su vejez y prepararse para ella, y llevar a cabo esfuerzos personales para adoptar prácticas de salud positivas y personales en todas las etapas de la vida. Al mismo tiempo, se requieren entornos favorables que hagan que las decisiones saludables sean decisiones fáciles.

En los últimos veinticinco años ha surgido un nuevo paradigma del envejecimiento que se ha llamado, entre otros: *saludable* (OMS, 1990), *buen envejecer* de Fries (1989), *competente* de Fernández-Ballesteros (1996), *con éxito* de Rowe y Kahn (1987); así como de Baltes y Baltes (1990) o *activo* (OMS, 2002). El concepto ha ido evolucionando, desde la definición de la OMS

de 1990 del *envejecimiento saludable* (centrado en la salud), hacia un modelo mucho más integrador, como el de *envejecimiento activo*, definido como: "*el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que envejece* " (OMS, 2002).

El objetivo es extender la calidad, la productividad y esperanza de vida a edades avanzadas. Además de seguir siendo activo físicamente, es importante permanecer activo social y mentalmente, participando en actividades recreativas, de voluntariado o remuneradas, culturales, sociales, y educativas. El envejecimiento activo se sitúa en la base del reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores de independencia, participación, dignidad, atención y auto-desarrollo. Así, desde esta perspectiva, los determinantes del envejecimiento activo serían: económicos, sociales, físicos, servicios sociales y de salud, personales (psicológicos y biológicos) y comportamentales (estilos de vida).

El envejecimiento activo proporciona un marco para el desarrollo de estrategias globales, nacionales y locales sobre el envejecimiento de la población, poniendo juntos los tres pilares para la acción de la salud, la participación y la seguridad, se dispone de una plataforma para llegar a un consenso que aborde las preocupaciones de múltiples sectores y de todas las regiones; sin embargo, hay llevar manos a la obra y actuar (INAPAM, 2008).

II. ANTECEDENTES

En México existe un envejecimiento importante de la población, de tal forma que: en 1940, la población envejecida representaba el 5% del total; en 1996 aumentó a 6.4% y en el año 2010 llegará a 8%. Este incremento de la población de mayores de 60 años, va de 7.05% en el año 2001 a 7.9% en el año 2006 (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2008). Para el año 2015 se calcula que en México serán aproximadamente 12 001 000 adultos mayores, mientras que para el 2050 serán 36 677 000; en lo que se refiere a nivel mundial serán 1 907 251 000 personas mayores de 60 años (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2008). El envejecimiento demográfico en México afecta distintas áreas de la salud, la sociedad y la economía. Motivo por el cual, el envejecimiento es considerado como un efecto del desarrollo social y económico del país; ya que al haber mejorado la salud y prolongado el promedio de vida, el porcentaje de la población de adultos mayores inició un ascenso notorio, el cual se ha establecido como un marco de referencia obligado en la problemática demográfica, social y económica del país. Dicho crecimiento demográfico requiere de grandes cantidades de recursos para enfrentar esta situación, lo cual incluye ajustes de los sistemas de salud. Se calcula que en México existen 8.5 millones de hombres y mujeres mayores de 60 años; de los cuales el 34.8 % del total trabaja, mientras que el 65.2 % no tienen una ocupación remunerada (Instituto Nacional para las Personas Adultos Mayores [INAPAM], 2008). La OMS (2008) refiere que el 80% de este sector de la población tiene por lo menos una enfermedad crónica no transmisible.

En México, la esperanza de vida ha cambiado de 61 años en 1970 a 65.5 años en 1980, y 71 años en 1990. En el año 2001 se rebasaron los 100 millones de habitantes con una esperanza de vida de 73.1 años para los hombres y 77.6 años para las mujeres. Para el año 2008 la esperanza de vida fue de 75.1 años; 77.5 para las mujeres y 72.7 para los hombres, esperando que para el año 2050, esta cifra sea superior a los 90 años (OMS, 2008). Junto a la esperanza de vida, las esperanzas de vida activa, esperanza de vida saludable, esperanzas de vida libre de incapacidad, sin demencia, son

conceptos que habrá que definir y cuya medición requiere de información actualizada en el ámbito de la salud. En términos de desarrollo, el envejecimiento tiene un lugar importante, fundamentalmente en lo que respecta a la carga para la sociedad y la economía, que podrían obstaculizar el desarrollo económico del país.

En 1999, la Secretaría de Salud, integró el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN), como un mecanismo interinstitucional para abordar de manera integral y con criterios comunes, la problemática de los adultos mayores en todo el país. Así, se instauró el programa de acción “Atención al Envejecimiento (2001-2006)” de la Secretaría de Salud, cuyo objetivo fue: Proteger la salud, prevenir, controlar o retardar la aparición de las enfermedades o discapacidades de mayor importancia, y elevar la calidad de vida de los adultos mayores (Secretaría de Salud [SSA], 2008).

Ante el creciente aumento de la población de adultos mayores de 60 años, fue necesario reorientar las políticas de atención que por 22 años mantuvo el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), por lo que con el Decreto de regulación del 17 de enero del año 2002, su denominación cambió a Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN, 2002), el cual enfocó sus políticas al desarrollo humano integral de las personas de 60 años y fue sectorizada a la Secretaría de Desarrollo Social. En este mismo año, la OMS en conjunto con el “Plan de acción sobre el envejecimiento” de la ONU, plantean trazar un marco base para el diseño de políticas multisectoriales sobre el envejecimiento activo, que mejorarán la salud y la participación de las poblaciones que están envejeciendo; asegurando, al mismo tiempo, que los adultos mayores tengan la adecuada seguridad, protección y cuidado cuando requieran asistencia.

Por otro parte, el 25 de junio del 2002 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la primera Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (con vigencia a partir del 12 de marzo de 2006.) y el nombre de la institución se modificó por el de Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2008), convirtiéndose en el rector de las políticas públicas de atención a este sector de la población. Entre sus principales atribuciones

están: proteger, atender, ayudar y orientar a las personas en proceso de envejecimiento, así como conocer y analizar su problemática y encontrar soluciones adecuadas. Sus prioridades están enfocadas a fomentar opciones de empleo u ocupación, asistencia médica, asesoría jurídica y las oportunidades necesarias para que los adultos mayores alcancen una mejor calidad de vida. Su infraestructura consta de:

- Representaciones estatales.
- Subdelegaciones municipales.
- Coordinaciones municipales.
- Centros de Atención Integral.
- Clubes de la tercera Edad a nivel Nacional.
- Centros Culturales en el DF.
- Unidades gerontológicas.
- Unidades móviles promotoras de empleo y servicios a la comunidad.

Las numerosas investigaciones realizadas con gerontes abarcan diversas áreas y aspectos de la salud, entre las más importantes se encuentran las citadas a continuación: Thompson, Itzin y Abendstern (1980), entrevistaron a 55 adultos mayores de ambos sexos, entre 60 y 80 años de edad, así como a uno de sus hijos, e incluso a uno de sus nietos, cuando les fue posible, con el propósito de tener diferentes perspectivas de los miembros de una misma familia. Les interesaba conocer principalmente cómo viven la vejez las personas mayores, es decir tratando de comprender cómo es vista “desde dentro”. Estos autores encontraron entre otras cosas, que en términos generales, las personas mayores si no están impedidas por una grave enfermedad, no se sienten viejas. Que para llegar a una edad avanzada se necesita valor, imaginación, adaptabilidad y flexibilidad, sobretodo cuando se tiene que hacer frente a las múltiples pérdidas de la vida, como el renunciar al trabajo remunerado, la pérdida de energía física, la de los compañeros amados. No todos logran recuperarse de dichas pérdidas. También descubrieron que siempre puede haber nuevos intereses y metas que alcanzar, y que es muy importante mantener la mente activa. En la vejez como

en cualquier edad, a las personas les gusta reunirse con otras de su misma edad, ya que comparten intereses y puntos de vista comunes.

Péruchon y Renault (1992), se basan en la última teoría pulsional de Freud para comprender psicoanalíticamente algunos de los fenómenos psíquicos específicos de la vejez. Se preguntan estas autoras acerca de la intrincación pulsional de la vejez. ¿Cuáles son, al término de la vida, los destinos de la libido, alimento energético de la pulsión de vida, y los de ligazón Eros-Tánatos, ligazón inseparable de la noción de investidura por la que la libido (se) adhiere a (los) objetos? No hay investidura sin objeto, como no hay ligazón sin investidura. Así el objeto ocupa un lugar preferente.

Cuevas y Vera (1993), en su trabajo: “*¿Qué hago con mis abuelos? Los conflictos de la familia con el anciano*”, señalan que el objetivo de su investigación fue presentar mediante la evidencia de los testimonios orales, cómo a partir de diversos patrones de comportamiento y en respuesta a situaciones típicas de la vida cotidiana, que llaman *psicosíndromes* o *síndromes psicoanalíticos*, las personas mayores que viven en un asilo, logran por un aprendizaje que puede provenir de su infancia, vivir o sobrevivir en esta etapa de la vida a la que han llegado. Trabajar con pacientes de edad avanzada, provoca que se despierten ansiedades relacionadas con la vejez, y con la muerte, lo que puede llevar a que se reaccione defensivamente con una actitud de rechazo.

Torre, Cuervo, Flores y Ricci (1998), en una investigación cualitativa, de carácter exploratorio-descriptiva, recurren a las historias de vida, para conocer las relaciones de acceso, apropiación y vínculo de las personas mayores, con respecto a las nuevas tecnologías en comunicación. Fruto de dicha investigación es su trabajo: “*Comunicación, nuevas tecnologías y vejez*”. Estos investigadores piensan que el vertiginoso desarrollo de dichas tecnologías aunado a razones de índole sociocultural y económica, determinan que abunden actitudes negativas hacia el proceso de envejecimiento, lo cual ha creado formas inéditas de marginación, de las que las personas mayores, parecen ser las principales víctimas. Por lo anterior, se proponen determinar

las razones por las cuales las personas mayores, según su propia perspectiva se ven negados o limitados en el uso de las nuevas tecnologías en comunicación.

Rondero (1999), realizó un estudio de tipo cualitativo, en el cual se interesó en comprender fenomenológicamente, cómo la vejez afecta a las personas que la viven, más que la vejez por sí misma. Esta investigación se basó en una serie de entrevistas audiograbadas a 12 mujeres mayores de 60 años, quienes vivían en su domicilio particular. El objetivo fue explorar la investigación cualitativa de las personas mayores, misma que permite estudiar a las personas mayores en el contexto del pasado y de las situaciones en las que se hallan, buscando una comprensión detallada de sus perspectivas.

Villafuerte, (2001), realizó una investigación titulada "*Aprendiendo a ser asertivo: una oportunidad para adultos mayores*"; cuyo objetivo fue implementar un taller de asertividad para personas de la tercera edad que integrase esta habilidad a la vida cotidiana de estas personas. Se trató de un estudio longitudinal, ya que en el se observó que sí hubo un cambio en el nivel de asertividad posterior a la implementación del taller. Para ello se aplicó el cuestionario de asertividad de Sam. R. Loyd del libro: Como desarrollar la asertividad positiva; el cual está constituido por 15 reactivos. Este cuestionario se aplicó antes y después de la implementación del taller. Concluye Villafuerte que el taller presentado a los adultos mayores, aumentó el nivel de asertividad en dicha población. Ello mediante el análisis estadístico t de student.

Barrón (2006), realizó una investigación titulada. "*Calidad de vida y actitud hacia el envejecimiento en adultos mayores*". El objetivo fue describir las asociaciones entre la actitud de los adultos mayores hacia su propia vejez sobre su calidad de vida y otras medidas adjuntas en una muestra de ancianos pertenecientes a una clínica de salud. El escenario fue el cubículo acondicionado de una clínica de salud pública en el Estado de México. Los instrumentos fueron una ficha de datos sociodemográficos, un cuestionario de evaluación de la calidad de vida (WHOQOL-100 Harper & Power, 1999, en su versión extendida, traducida al español por González C. 2002) y La escala de

bienestar subjetivo PGC (*Philadelphia geriatric Center*) para ancianos (elaborada y revisada por Lawton en 1975, la cual mide el bienestar subjetivo general de adultos mayores). El análisis estadístico fue no probabilística, intencional y selectivo por medio de una participación voluntaria. Barrón concluye que se puede afirmar de acuerdo a la forma en que las personas mayores satisfagan sus necesidades (físicas, psicológicas, de independencia, espirituales, sociales y de su medio ambiente) más agradable le resulta el vivir diariamente. A pesar de todos los deterioros físicos propios de la edad que pueden sufrir las personas mayores, muchos enfrentan esta etapa con una actitud positiva y juvenil, tienen una vida activa, rica en experiencias, y muy satisfactoria; entre mejor satisfaga el individuo sus necesidades personales, mejor será su proceso de envejecimiento y disfrutará de un mejor modo de vida (Martínez, 2004).

La principal preocupación en el ámbito de la salud, con respecto a los adultos mayores, es que no se cuenta con personal cuya preparación sea suficiente para atender a este sector de la población, que aumenta constantemente. En México existen alrededor de 260 especialistas en geriatría, que son insuficientes para atender las necesidades de la población de adultos mayores. Los médicos generales y familiares, son quienes se han encargado de atender a este sector de la población, sin contar con la debida capacitación para una eficiente atención. Esto reclama una mayor demanda de especialistas en gerontología y médicos mejor capacitados o entrenados académicamente en las principales instituciones de salud del país, incluyendo a la Psicología.

El envejecimiento activo proporciona un marco para el desarrollo de estrategias globales, nacionales y locales sobre el envejecimiento de la población, poniendo juntos los tres pilares para la acción de la salud, la participación y la seguridad, se dispone de una plataforma para llegar a un consenso que aborde las preocupaciones de múltiples sectores y de todas las regiones; sin embargo, hay que llevar manos a la obra y actuar.

III. MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La principal preocupación en el ámbito de la salud, con respecto a los adultos mayores, es que en las instituciones encargadas de atender las demandas de esta población, no se cuenta con personal cuya preparación sea suficiente para satisfacer dichas demandas. En México existen alrededor de 260 especialistas en geriatría, que resultan insuficientes para atender las necesidades básicas de la población de adultos mayores; los médicos generales y familiares, son quienes se han encargado de atender a este sector de la población, sin contar con la debida capacitación para una eficiente atención. Esta situación, reclama una mayor demanda de especialistas en gerontología y médicos mejor capacitados o entrenados académicamente, en las principales instituciones de salud del país, incluyendo a la Psicología (Martínez, 2004).

Por si esto fuera poco, el aumento de la población de adultos mayores en nuestro país, ascendió a 106.7 millones en el año 2008; de los cuales, los adultos mayores suman 9 millones, y su población va incrementándose debido a que la esperanza de vida se ha elevado de 70.6 años en 1990, a 75.1 años para este 2008 (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2008). Así, la esperanza de vida para las mujeres es de 77.5 y para los hombres es de 75.7. La tasa de crecimiento de esta población se ha incrementado 3.5% anual, y se prevé que de continuar esta dinámica, alcanzará un ritmo promedio anual de 4.3% para la tercera década del presente siglo. Entre los años 2000 y 2050 la población de adultos mayores se incrementará en alrededor de 30 millones de personas, pero más de 70% de este incremento ocurrirá a partir del año 2020 (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2008). Debido a la aceleración dinámica del crecimiento, se estima que la población de 60 años o más, que en la actualidad representa casi uno de cada 15 mexicanos (7.3%), representará en 2030 uno de cada 6 (17.5%) y en 2050, más de uno de cada cuatro (28%). La media de la población aumentará de 27 años en la actualidad, a 38 y 43 años para 2030 y 2050 respectivamente (CONAPO, 2008).

Debido a este incremento en la esperanza de vida; es que los adultos mayores no saben que hacer con su tiempo libre, en esta última etapa de su vida. Algunos todavía trabajan, pero otros no. Se calcula que en el segundo trimestre de 2008, 3.6 millones de adultos mayores realizaron alguna actividad remunerada económicamente, lo que quiere decir que 35.2% del total de esta población se encuentra en el mercado de trabajo; mientras que el 64.8% restante están inactivos (INEGI, 2008). Pero el incremento generalizado de esta población demanda modificaciones en diversos organismos como políticas de salud, modificaciones a la economía nacional, servicios específicos, leyes de protección y derechos de esta población; ya que el impacto a futuro es enorme para nuestro país y debemos prepararnos para enfrentarlo.

En esta investigación se realiza una medición aproximada del bienestar psicológico con instrumentos psicométricos, que ayudan a realizar una comparación entre “factores de protección y hábitos de salud (escalas del propio instrumento)” con las variables “asalariado – no asalariado”, las cuales representan el nivel de actividad de la población (mismas que a su vez, se aproximan a las actividades contempladas para un proyecto personal de vida).

Lo que se plantea en esta investigación es considerar el hecho de que cada persona puede y debería planear cómo vivir esta nueva etapa de su vida, en la cual el tiempo libre se convierte en algo difícil de sobrellevar. Hacia donde orientar el tiempo libre, depende de cada persona para buscar una mejor calidad de vida. Los beneficios que implican contar con un proyecto de vida, son muchos; si en la medida de lo posible, las personas optaran por planear desde la juventud, cómo desean vivir su vida, se verían más involucradas en cuidar de sí mismos, para su propio beneficio. De tal forma, que el proceso natural de envejecer de cada uno de nosotros, se convirtiera en un proyecto personal a largo plazo, orientado a responsabilizarnos de nuestra propia salud.

OBJETIVO:

Evaluar el bienestar psicológico de un grupo de 30 adultos mayores que realizan actividades para mejorar su calidad de vida, a través del Perfil de Estrés de Kenneth M. Nowack.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

1. ¿Hay diferencias entre los padecimientos que sufren los adultos mayores con trabajo asalariado, de los que no lo tienen?
2. ¿Hay diferencias en el nivel de estrés que experimentan los adultos mayores con trabajo asalariado, de los que no lo tienen?
3. ¿Hay diferencias en el estado de cansancio que pueden sentir los adultos mayores con trabajo asalariado, de los que no lo tienen?
4. ¿Hay diferencias entre la red de apoyo social que tienen los adultos mayores con trabajo asalariado, de los que no lo tienen?
5. ¿Hay diferencias en la actitud ante el cambio que pueden expresar los adultos mayores con trabajo asalariado, de los que no lo tienen?
6. ¿Hay diferencias en el bienestar psicológico que pueden experimentar los adultos mayores con trabajo asalariado, de los que no lo tienen?
7. ¿Hay diferencias en el estado de ánimo que pueden experimentar los adultos mayores con trabajo asalariado, de los que no lo tienen?
8. ¿Hay diferencias en los recursos de afrontamiento que presentan los adultos mayores con trabajo asalariado, de los que no lo tienen?

HIPÓTESIS:

Hipótesis 1: Los adultos mayores con trabajo asalariado, presentan menos padecimientos en comparación con quienes no trabajan.

Hipótesis de investigación: Los adultos mayores difieren con respecto al número de padecimientos reportados, dependiendo de su condición laboral.

Hipótesis 2: Los adultos mayores que no cuentan con un trabajo asalariado, presentan diferencias respecto al nivel de estrés, que quienes si reciben un salario.

Hipótesis de investigación: Los adultos mayores difieren con respecto al nivel de estrés, dependiendo de su condición laboral.

Hipótesis 3: Los adultos mayores que no trabajan se reconocen más descansados, que quienes tienen un trabajo asalariado.

Hipótesis de investigación: Los adultos mayores presentan diferencias respecto al estado de cansancio dependiendo de su condición laboral.

Hipótesis 4: Los adultos mayores que tienen trabajo asalariado, tienen una mayor red social de apoyo que quienes no tienen un trabajo asalariado.

Hipótesis de investigación: Los adultos mayores difieren respecto a su red social de apoyo, dependiendo de su condición laboral.

Hipótesis 5: Los adultos mayores que no tienen un trabajo asalariado, tienden a preocuparse más por los cambios que se les presentan, en comparación de aquellos que tienen un trabajo asalariado.

Hipótesis de investigación: Los adultos mayores muestran diferencias ante los cambios que se les presentan, dependiendo de su condición laboral,

Hipótesis 6: Los adultos mayores con trabajo asalariado tienen mayor bienestar psicológico que aquellos que no cuentan con un trabajo asalariado.

Hipótesis de investigación: El bienestar psicológico de los adultos mayores difiere, con respecto a su condición laboral.

Hipótesis 7: Los adultos mayores que no tienen un trabajo asalariado, se encuentran más deprimidos, en comparación con quienes si cuentan con un trabajo asalariado.

Hipótesis de investigación: Los adultos mayores presentan diferencias respecto de su estado de ánimo, dependiendo de su condición laboral.

Hipótesis 8: Los adultos mayores que tienen un trabajo asalariado, presentan mayores recursos de afrontamiento que quienes no tienen un trabajo asalariado.

Hipótesis de investigación: Los recursos de afrontamiento difieren en los adultos mayores, dependiendo de su condición laboral.

VARIABLES:

Variable atributo: Personas de más de 60 años.

Variable dependiente: Bienestar psicológico medido a través del Perfil de estrés de Kennet M. Nowack.

Definición de variables:

a) Definición conceptual

Personas mayores de 60 años. La edad considerada para ser adulto mayor es a partir de los 60 años, según lo establecido por el artículo tercero, fracción I, de La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, que a la letra dice:

“Personas adultas mayores. Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional”.

Bienestar psicológico. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Lo cual es una perspectiva subjetiva derivada de la percepción que tiene el propio individuo de su salud (OMS, 2008).

Por tanto, el bienestar psicológico para los adultos mayores, hace referencia a que las personas se sientan contentas con la realización de las actividades diarias, que puedan considerar la vida como significativa, que enfrenten con valor y determinación los problemas que se presentan día a día, que puedan disfrutar los alcances y las metas proyectadas en su vida, que se puedan tener actividades optimistas y sobre todo, estados de ánimo estables y felices.

b) Definición operacional:

Personas Adultas Mayores. Personas que mencionaron en el “Cuestionario de Actividad Productiva”, pertenecer a la población del “*Club Ecológico de la Tercera Edad Aragón*”, cuyo requisito para inscripción es la acreditación dicha edad.

Bienestar psicológico. Se mide con los instrumentos psicométricos: “*Perfil de Estrés de Kenneth M. Nowack*” y la “*Escala de depresión de Beck*”.

MUESTREO:

No probabilístico, intencional por cuota, también llamado muestreo dirigido, supone un procedimiento de selección informal, en el que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la población (Hernández, 2006, pp. 241).

POBLACIÓN:

Se trabajó con 30 sujetos: 12 hombres y 18 mujeres cuyas edades oscilaron entre los 30 y los 80 años.

EDAD	MUJERES		HOMBRES	
	sujetos	porcentaje	sujetos	porcentaje
60-65	11	61 %	6	50%
66-70	4	22%	4	33%
71-79	3	17%	2	17%
Total	18	100 %	12	100 %

Para fines del estudio, la población se dividió en dos categorías: “asalariados” (quienes trabajan y perciben un salario) y “no asalariados” (quienes no trabajan y realizan cualquier otra actividad, sin percibir ingreso económico).

Criterios de inclusión:

- Edades entre 60 y 80 años.
- Pertenecientes al “Club de la Tercera Edad Aragón”.
- Participación de forma voluntaria.

TIPO DE ESTUDIO:

Cuantitativo; debido a que: “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández, 2006, pp. 5).

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Investigación de comparación, con el propósito de conocer las diferencias entre grupos determinadas a partir de su condición laboral (asalariados y no asalariados) y su estado de salud (con padecimientos y sin padecimientos). (Hernández, 2006, pp.105).

DISEÑO:

No experimental, ya que como señala Hernández (2006, pp. 205), la investigación se realiza sin manipular deliberadamente las variables y se observa el fenómeno tal como se da en su contexto natural, para ser analizado posteriormente. A su vez, es de tipo Transeccional o transversal de comparación; ya que su objetivo es determinar las posibles diferencias entre los grupos, por condición laboral y estado de salud.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO:

El análisis de los datos se llevó a cabo en el programa *SPSS [Statistical Package for the Social Sciences (significancia)]* versión 11.0 para Windows.

- La primer etapa correspondió a la definición de los parámetros de la matriz de datos en el programa (nombre de cada variable en la matriz-equivalente a un ítem, ancho en dígitos, etc.) e introducción de los datos en la matriz (consta de columnas, filas o renglones y celdas, la cual es como cualquier hoja de cálculo). Al analizar los datos en esta fase, se solicitaron tablas de frecuencias estadísticas básicas, además de generar tablas de contingencia y de razón. Posteriormente se supervisó que no existieran errores en la captura de los datos de la matriz.
- La segunda etapa consistió en un análisis de perfiles, que permitió evaluar las distribuciones de los ítems en relación con las variables de investigación, de acuerdo a las definiciones operacionales. Así mismo se llevó a cabo un perfil

descriptivo de la población, para ambos casos se utilizó el análisis de frecuencias que permitió obtener las distribuciones correspondientes.

- La tercer etapa, que consistió en determinar las diferencias estadísticamente significativas, entre los grupos (por condición laboral y estado de salud), para lo cual se seleccionó la prueba “*t* de Student”, debido a que evalúa si dos grupos de la misma población, difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias. Una vez calculados el valor *t* y los grados de libertad, se eligió el nivel de significancia y se comparó el valor obtenido contra el valor correspondiente. Si el valor calculado era igual o mayor al que aparecía en la tabla, se aceptaba la hipótesis de investigación. Así, mientras mayor fue el valor *t* calculado, respecto al valor de la tabla, menor era la posibilidad de error, y mayor fue la certeza en los resultados (Véase anexo 4).

Cabe señalar que este paquete estadístico SSPS, ofrece la significancia como parte de los resultados, la cual debe ser menor a 0.05. Los resultados de este estudio se analizaron en las siguientes fases:

- Perfil sociodemográfico (análisis descriptivo).
- Perfil descriptivo entre hombres y mujeres, para observar las diferencias entre grupos con respecto a sus recursos de afrontamiento y bienestar físico. Estas diferencias se realizaron inicialmente con la población general (distribuciones de frecuencias y medidas de tendencia central).
- Un perfil comparativo por grupos (asalariados-no asalariados), mediante el análisis estadístico “*t* de student”.

Finalmente se presentaron los resultados mediante gráficas para su mejor apreciación y comparación.

INSTRUMENTOS:

- **Cuestionario de actividad productiva.** Este instrumento se elaboró con la finalidad de contar con información sociodemográfica y laboral de los participantes. La estructura de este instrumento es mixta, por un lado cuenta con reactivos cerrados para conocer los datos sociodemográficos, y preguntas abiertas para la información relativa a su actividad laboral (véase anexo 1).
- **Perfil de Estrés de Kenneth M. Nowack.** Este Perfil está basado en el enfoque cognitivo-transaccional del estrés y el afrontamiento, desarrollado por Lazarus y sus colaboradores (1981). Consta de 123 reactivos distribuidos en 15 áreas relacionadas con el estrés y el riesgo de enfermedad, así como una medición de sesgo en las respuestas y una de respuestas inconscientes. Está dirigida a adultos a partir de 20 años, con un nivel de lectura mínimo de secundaria.

Para facilitar la forma de responder el perfil, se agregó la opción de respuestas debajo de cada reactivo, para posteriormente calificar manualmente cada perfil y vaciar sus resultados en las gráficas correspondientes para agilizar el ulterior análisis estadístico (véase anexo 2).

- **Escala de depresión de Beck A.** Basado en la teoría cognitiva de la depresión de Beck A. T. Consta de un total de 21 ítems con opciones múltiples. Se añadió este instrumento para complementar el Perfil de Nowack (véase anexo 3).

PROCEDIMIENTO

- 1) Fase de contacto: El contacto con “El Club de la tercera edad Aragón”, se llevó a cabo mediante el programa de prácticas profesionales, de la “Subdirección de Servicios Médicos y Equidad de la Delegación Gustavo A. Madero”, con la Facultad de Psicología de UNAM.
- 2) Fase de aplicación: Una vez que tuvo lugar la presentación e invitación a la población del Club Ecológico Aragón, a formar parte voluntariamente en la investigación. Se procedió a aplicar el instrumento de manera individual a cada uno de los participantes en el área de jardines, acondicionada para este fin. La duración fue de aproximadamente una hora para cada aplicación, dentro de los horarios que los participantes agendaron previamente, para no faltar a sus actividades dentro de la institución. Ya concluida la aplicación, se procedió a calificar e interpretar los protocolos del instrumento psicométrico de manera individual, posteriormente, se organizaron para su ulterior análisis.
- 3) Fase del cierre: Una vez que se obtuvo el número de participantes y que se cumplió el tiempo otorgado por las autoridades de la Delegación Gustavo A. Madero; se procedió a explicar personalmente a cada uno de los participantes, los resultados que obtuvieron en el instrumento aplicado; así mismo, se aclararon sus dudas con respecto al estudio, su participación y desempeño en el mismo.
- 4) Fase de análisis de los datos. Después de la codificación de los datos sociodemográficos y posterior a su captura, se procedió a llevar a cabo el análisis estadístico de los mismos, a cargo del Departamento de Unidad de Redes Informáticas y Desarrollo de Sistemas, de la Facultad de Psicología de la UNAM. Ulteriormente se procedió a organizar los hallazgos arrojados por dicho análisis para su presentación formal.

IV. RESULTADOS

A continuación se describirán los resultados de la presente investigación en dos grandes apartados, el primero corresponde a los datos sociodemográficos y el segundo, al perfil de estrés que define a esta población. Este último apartado se estará contrastando con las categorías de asalariado o no asalariado, con la finalidad de responder a las hipótesis planteadas en la presente tesis.

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Como se aprecia en la figura 1, la población está constituida en su mayoría por mujeres.

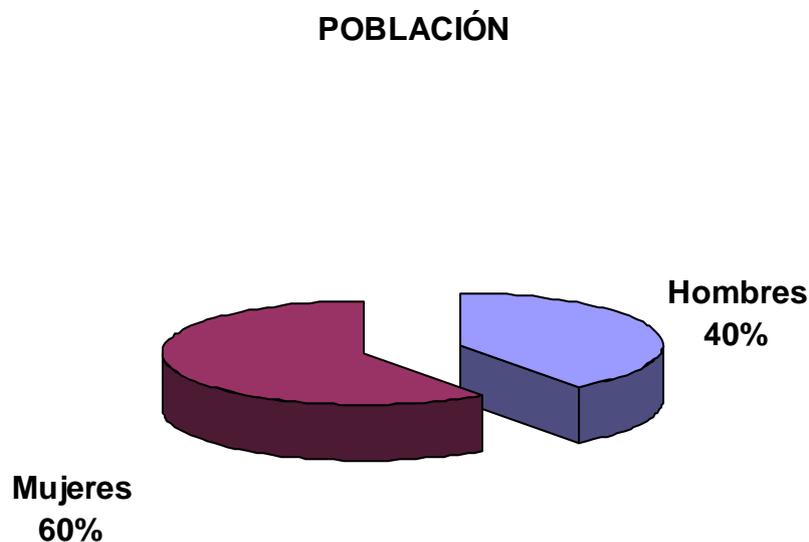


Figura 1

En cuanto a la distribución por edades, la figura 2 muestra que el 80 % de la población se ubicó entre los 60 y 68 años de edad.

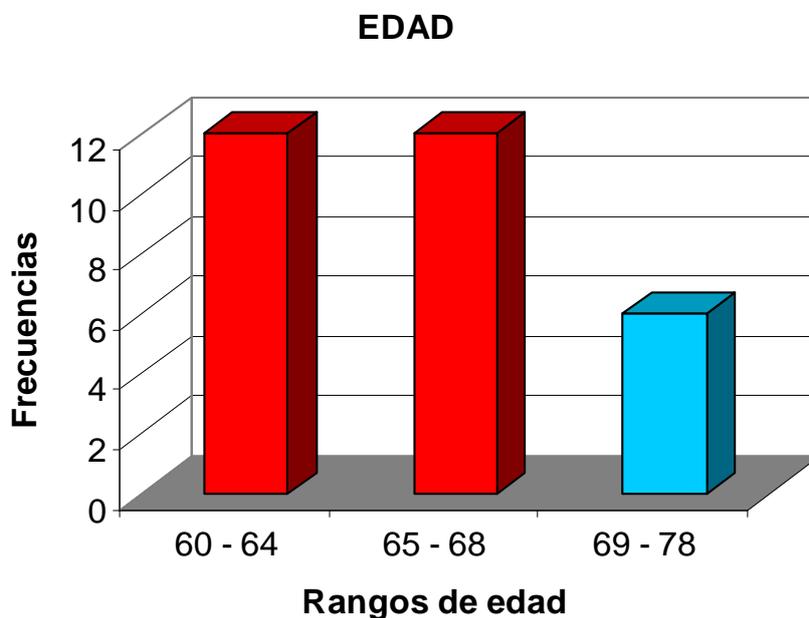


Figura 2

La esperanza de vida actual es de 73.1 años para los hombres y 77.6 años para las mujeres; por lo que es digno de destacar que el 80.7% de esta población, se ejercitan dentro del club de adultos mayores. El 50.7% asiste a clases de gimnasia general, mientras que el 29% practica yoga, y el 19.3% no realizan actividades deportivas; en cambio se dedican a actividades culturales, dentro del mismo club, como canto, baile, pintura y artesanías.

En lo que respecta al estado civil, como se puede ver en la figura 3, la mayoría de las personas evaluadas (el 63.3 %) viven en pareja.

ESTADO CIVIL

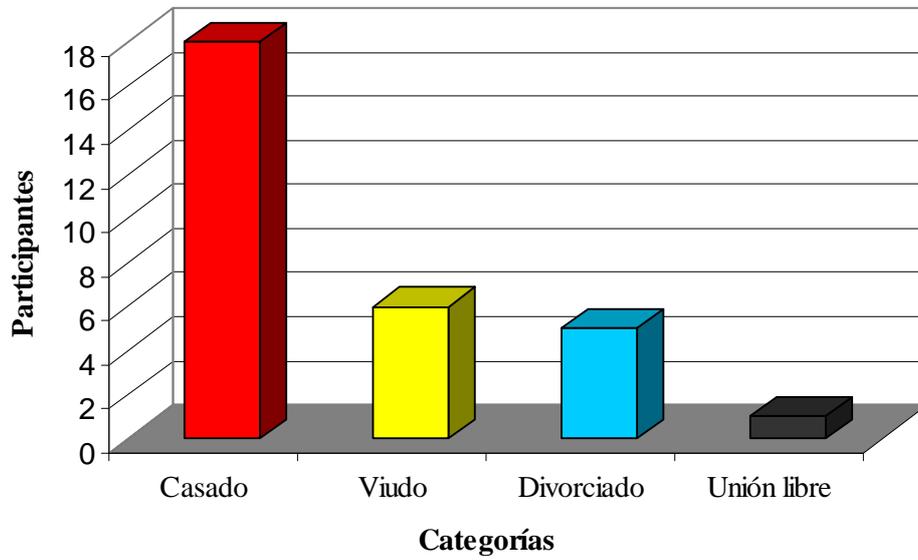


Figura 3

En la figura 4 se aprecia el nivel de escolaridad de la población, el cual en un 76 % tiene estudios máximos de secundaria.

ESCOLARIDAD

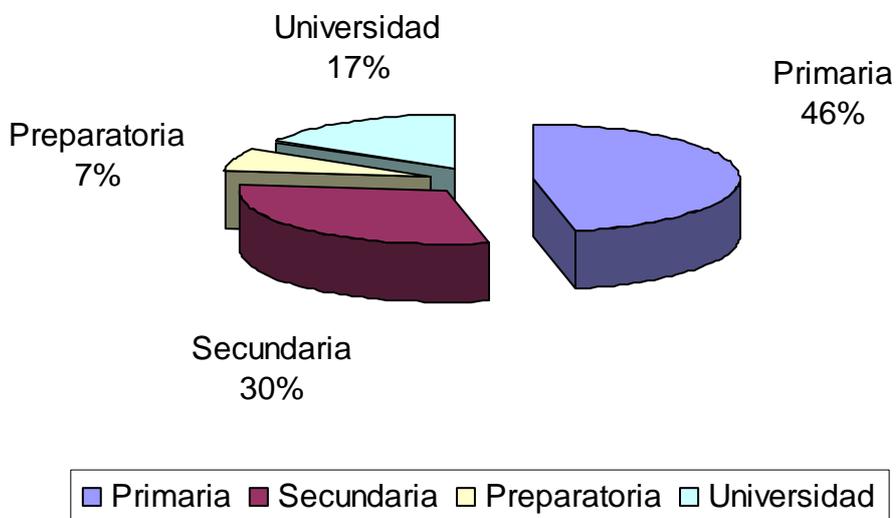


Figura 4

Con respecto a la condición laboral actual de la población, se observa en la figura 5, que quienes realizan un trabajo remunerado comprenden el 50 % de la población, sin considerar que las personas que se dedican al hogar ocupan el 40%, quienes reconocen realizar actividades en su domicilio, por las cuales no reciben ningún incentivo económico; por lo que esta parte de la población es laboralmente inactiva.

ACTIVIDADES DE LA POBLACIÓN

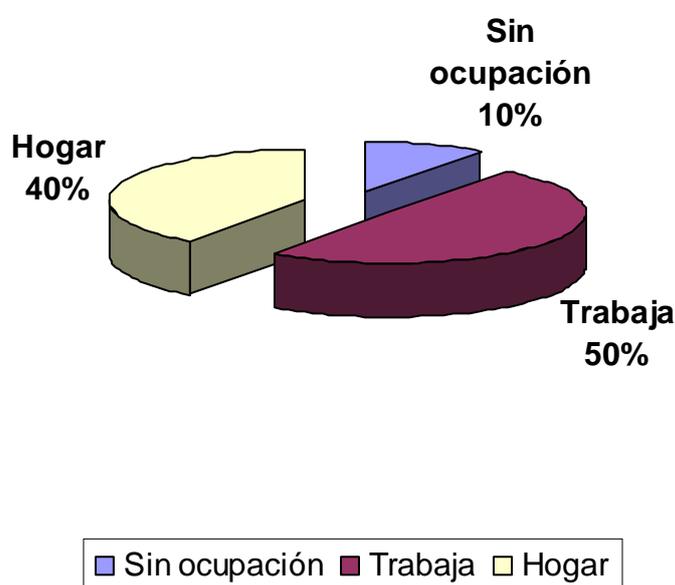


Figura 5

En cuanto a la historia laboral de las personas evaluadas, se identificó que sólo el 27 % de la población, cumplió su ciclo laboral, lo que les permite ahora estar jubilados. Las demás personas a través del tiempo, se han dedicado a diversas actividades entre las cuales se encuentra los más diversos oficios como el de chofer (10 %), cocineros (6.7 %), mecánicos (6.7 %), comercio informal (9.6 %) y labores en el hogar (40 %).

Aún más, se identificó el hecho de que el 50 % de la población aquí estudiada, sostienen económicamente, total o parcialmente a algún miembro de la familia

y el resto al menos se ocupa de su propia manutención, categoría que aparece con el nombre: “de sí mismo” (véase figura 6).

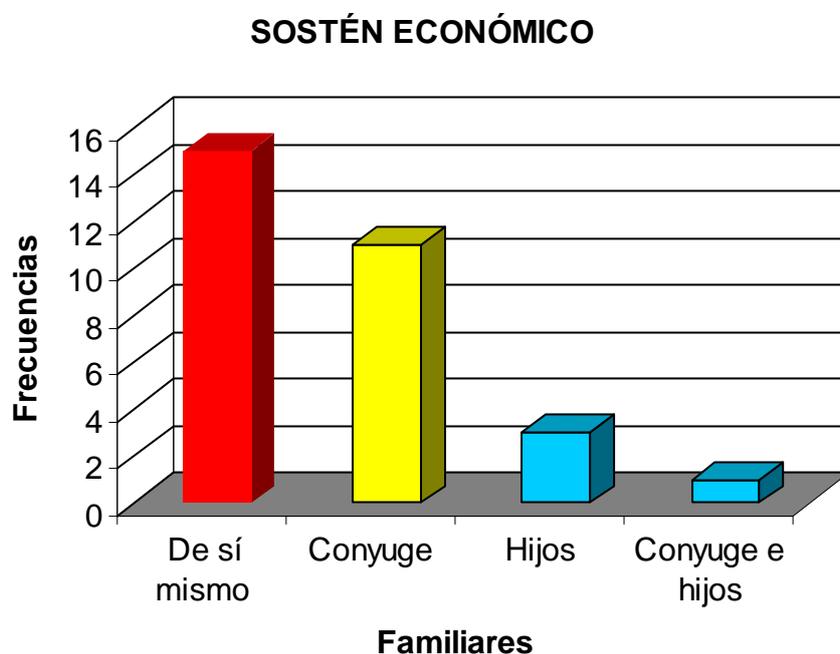


Figura 6

Un aspecto que me propuse en la presente tesis fue establecer dos grupos para analizar los resultados: el 50% de los participantes conforman el grupo de asalariados y el otro 50 %, el grupo de no asalariado (véase método). Estas dos categorías, nos permitirán diferenciar a las personas que realizan un tipo de trabajo ordenado y sistemático, del que no lo es. Ya que al parecer todos los participantes en esta investigación, realizan de una u otra manera diversas actividades, pero sólo algunos de ellos reciben un beneficio económico por ello.

Por lo anterior inicio este análisis comparando la categoría Asalariado contra No asalariado en contraposición al género, tal y como es posible observarse en la figura 7.

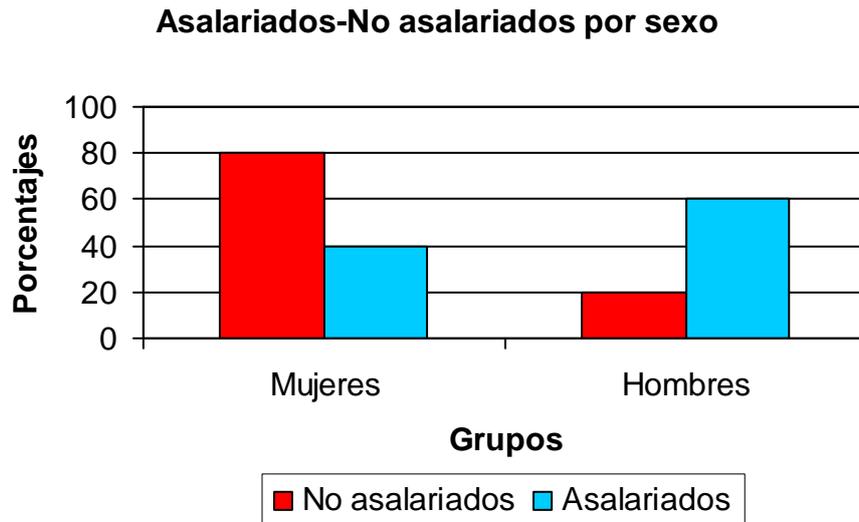


Figura 7

Como se puede observar en ésta figura, la mayoría de los asalariados son hombres (60 %), mientras que el 40 % de las mujeres son las que se encuentran recibiendo salario. Al analizar por género la información encontramos que de las 18 mujeres, el 80% de ellas forma parte del grupo de no asalariados, mientras que el 20 % de hombres no reciben salario.

Como resultado del cuestionario elaborado para recopilar datos generales de la población (véase anexo 1), lo cual se considero complementario a la obtención del Perfil de Estrés; catorce de los participantes (47%) manifestaron tener padecimientos en la actualidad. En la figura 8 se presenta una comparación entre el grupo de asalariados-no asalariados con relación al número de participantes que señalaron tener padecimientos.

PADECIMIENTOS

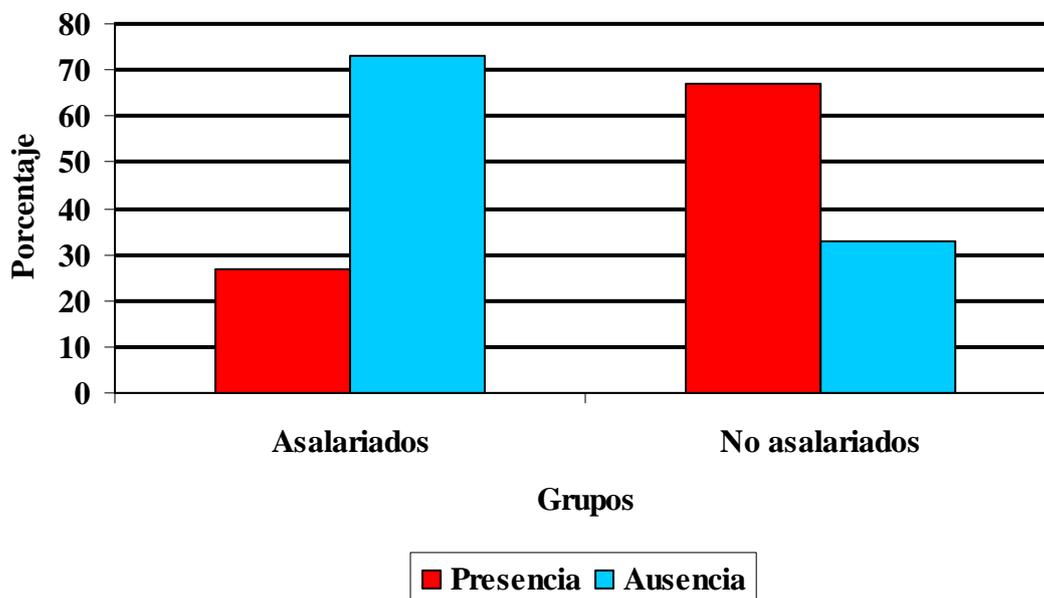


Figura 8

Al relacionar las variables “asalariados” contra “no asalariados” con relación a los padecimientos que reporta la población, encontramos que el grupo asalariado goza de manera significativa (73%), de mejor salud que el grupo de no asalariados (27%). La relación de padecimientos que fueron reportados puede verse en detalle en el apéndice 3.

B. PERFIL DE ESTRÉS

El Perfil de Estrés relaciona los factores de riesgo psicosocial que regulan la relación entre el estrés y la enfermedad. A partir de las áreas que ayudan a una persona a tolerar las consecuencias dañinas del estrés cotidiano y sus estilos de afrontamiento, se contrastará dicha información con las categorías “Asalariados” y “No asalariados”.

En la figura 9, se muestra el perfil de estrés que ésta población obtuvo:

PERFIL GENERAL

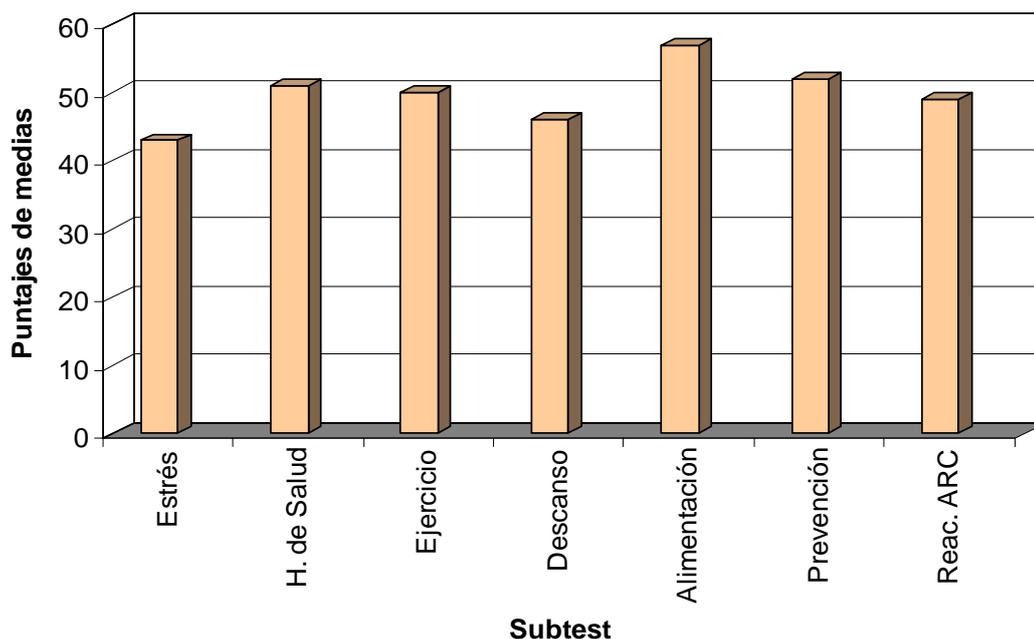


Figura 9

Es importante destacar que el instrumento utilizado en la presente tesis, “Perfil de Estrés de Nowack” valora la percepción que tienen los individuos respecto de los tres últimos meses, que son previos a la aplicación. Con base en este instrumento podemos observar en la figura 9, que la población evaluada presenta un interés particular por sus hábitos alimenticios, como son el tener una dieta balanceada y nutritiva (escala de Alimentación); tienden a poner en práctica estrategias para prevenir enfermedades, como visitar periódicamente al médico o mostrarse disciplinados para tomar sus medicamentos (escala de Hábitos de salud); realizan ejercicio con frecuencia para mejorar su tono muscular y el sistema cardiovascular (escala Ejercicio). Sin embargo, llegan a consumir alcohol y tabaco, que no son recomendables para la salud (escala Reactivos ARC). Se aprecia que la población en general presenta niveles bajos de estrés, aunque reportan sentir cierto cansancio y fatiga.

Al relacionar el Perfil de Estrés con las categorías “Asalariados” contra “No asalariados”, obtuvimos los siguientes resultados (ver figura 10):

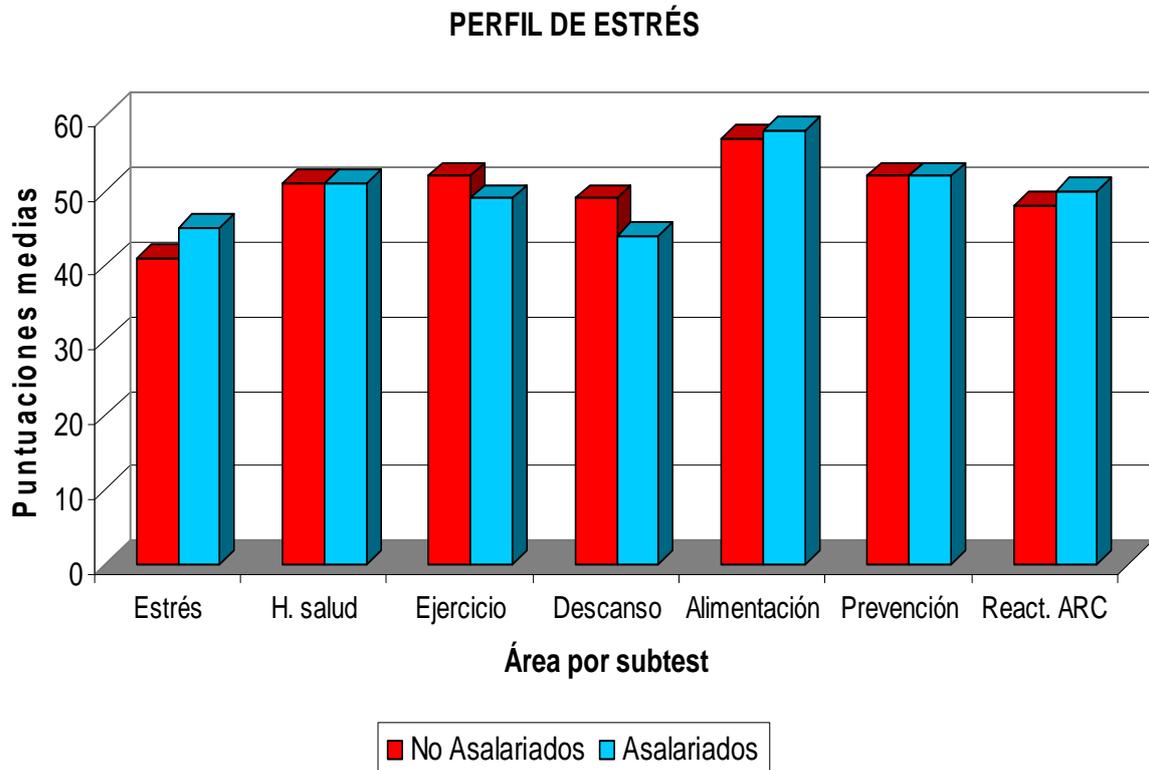


Figura 10

En esta gráfica se puede apreciar que ambos grupos cuidan por igual su salud, y realizan regularmente conductas orientadas a mantener su bienestar físico y mental. Lo que resulta distintivo al contrastar los dos grupos, es que los no asalariados suelen sentirse más descansados, tienen más tiempo para hacer ejercicio y están menos estresados que el grupo de los asalariados. Este último grupo, muestra mayor preocupación por su alimentación, se observa que este grupo, aunque en una pequeña diferencia, consumen más cigarro y alcohol que el grupo no asalariado. Finalmente en esta contrastación observamos; como ya se señaló, que el grupo de asalariados están un poco más estresados que el otro grupo, no obstante las diferencias estadísticas, no resultan ser significativas.

En lo que respecta al área de recursos y estilo de afrontamiento, se describen en la figura 11 los resultados obtenidos con el Perfil de Estrés de Nowack:

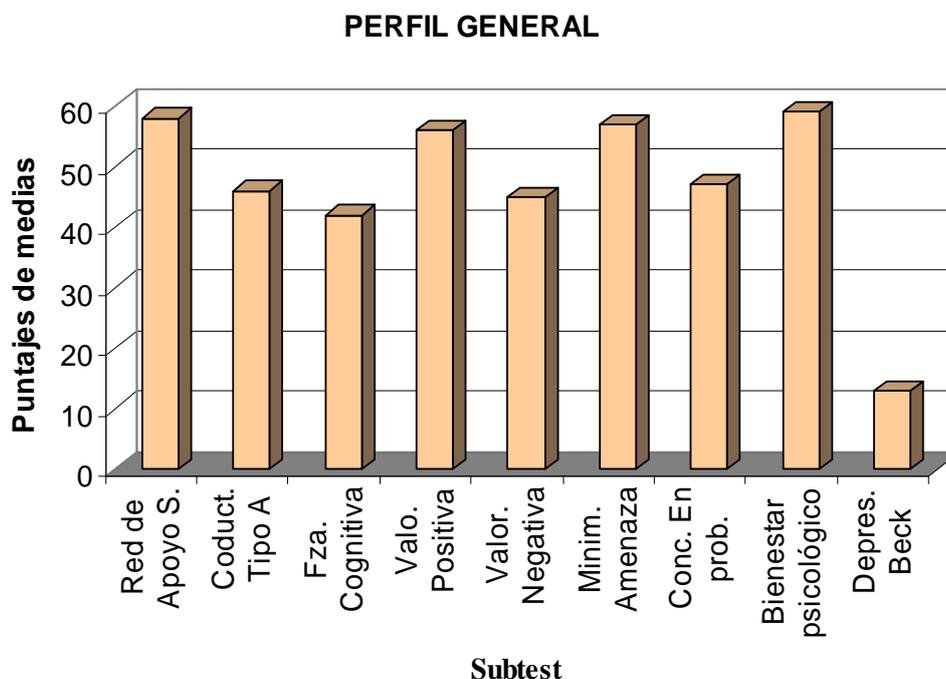


Figura 11

En esta figura observamos que la población general percibe que tienen personas cercanas que en caso de requerirlas, les estarán brindando su apoyo, incluyendo el de tipo afectivo. Se sienten, la mayoría de ellas, satisfechas consigo mismas, capaces de disfrutar y valorar la vida de forma más positiva que negativa. Esta característica les resulta favorable para minimizar el estrés. Aunque la percepción negativa se hace presente, no representa una alerta de riesgo en su salud.

Llama la atención, que esta población vive los cambios en su vida como amenazantes, incluso con los aspectos que son percibidos como factores estresantes. Por otra parte observamos que son personas con la capacidad para expresar desconfianza, enojo y hostilidad de forma moderada al

enfrentarse al estrés cotidiano, sin afectar a otros. No se detectaron indicadores que pudiesen estar afectando su estado anímico.

Al relacionar el área de recursos de afrontamiento del Perfil de Estrés, con las categorías “Asalariados” contra “No asalariados, obtuvimos los resultados que se aprecian en la figura 12:

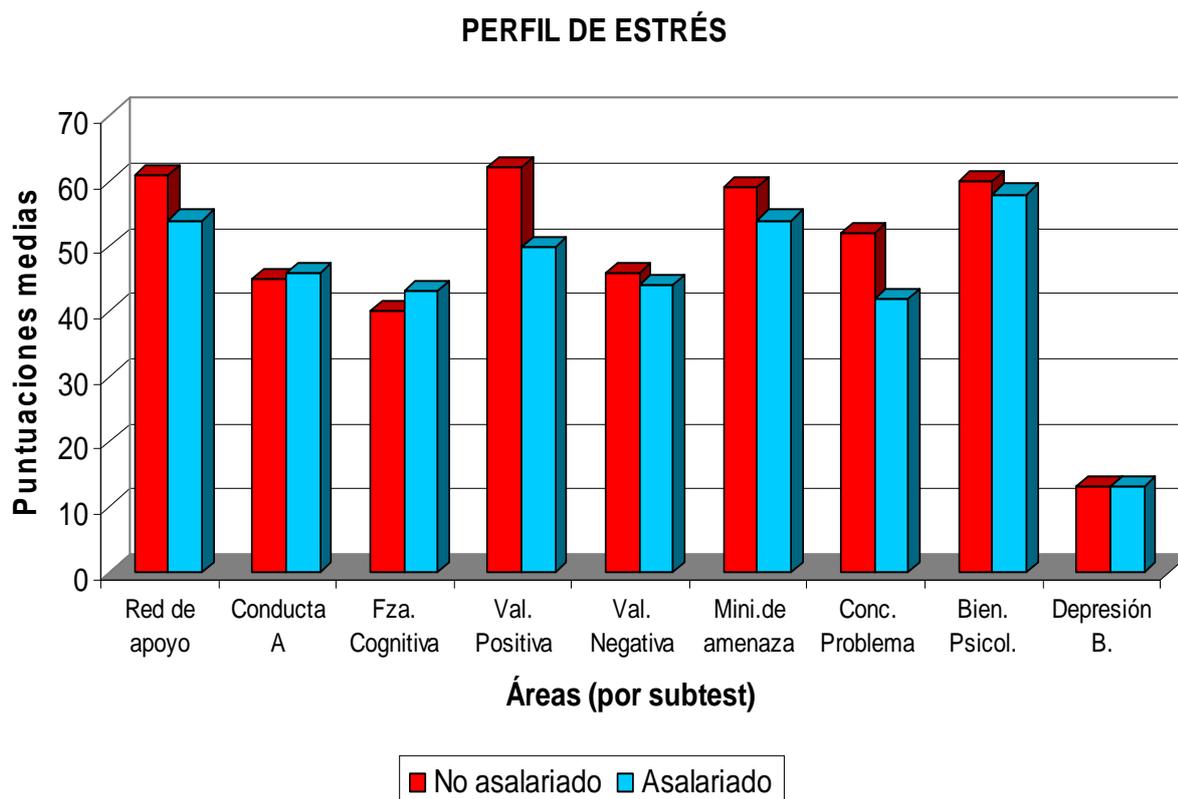


Figura 12

Observamos en la figura 12 que el grupo de los No Asalariados se distingue del grupo Asalariado por: minimizar de manera significativa su percepción de estrés (escala de Valoración positiva), por contar en mayor medida con relaciones a las cuales reconocen como un gran apoyo si ellos así lo requirieran (escala de Red de apoyo social). En este grupo se aprecian más satisfechos consigo mismo y más capaces de disfrutar de la vida (escala de Bienestar Psicológico). Así mismo afrontan los estresores satisfactoriamente, por un lado les restan importancia intencionadamente (escala de Minimización de la amenaza) y por otro pueden manipular su ambiente y/o conducta para

reducirlos (escala de Concentración en el problema). Estas diferencias con respecto al grupo No Asalariado, resultaron estadísticamente significativas, a excepción de las escalas de Red de apoyo social y Bienestar psicológico, que si bien muestran una tendencia que beneficia al grupo No Asalariado, estas no son estadísticamente significativas. Cabe señalar que este grupo ve los cambios en su vida como amenazantes y son más vulnerables a las enfermedades, particularmente en momentos de estrés. Esto representa una alerta de riesgo para su salud, ya que el Perfil de estrés nos señala como tal, los puntajes inferiores a T 40.

En contraste podemos observar que el grupo Asalariado se distingue por tener mayor capacidad para expresar desconfianza, enojo y hostilidad de forma moderada al enfrentarse al estrés cotidiano (Conducta Tipo A); comúnmente se sienten vulnerables ante las enfermedades, particularmente en momentos de estrés (escala de Fuerza cognitiva).

Es importante destacar que la población total no presentó rasgos de personalidad o circunstancias que pudieran afectar su estado anímico (escala de Depresión de Beck).

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:

En cuanto a las preguntas e hipótesis planteadas para ésta investigación, a continuación responderé a cada una de ellas.

1. La primera hipótesis que abordaremos derivó de la pregunta: ¿Hay diferencias entre los padecimientos que sufren los adultos mayores con trabajo asalariado, de los que no lo tienen?

Se aceptó la Hipótesis de Investigación, que destaca que los adultos mayores que tienen un trabajo asalariado, presentan menos padecimientos en comparación con quienes no cuentan con un trabajo asalariado. Deriva está referida a los datos sociodemográficos.

La hipótesis fue confirmada a través de la encuesta aplicada previamente al instrumento denominado “Perfil de Estrés de Nowack”. Se pudo observar que el grupo que tiene una ocupación por la cual percibe ingresos económicos, muestra menor presencia de padecimientos o enfermedades asociados al estrés. Este dato obtuvo un nivel de significancia de 0.28, con un puntaje t de 2.816 (véase figura 8). En contraste, resulta importante destacar que el Perfil de Estrés refiere que, la población general siente vulnerable su estado de salud, particularmente cuando se enfrentan a situaciones muy estresantes (véase escala de Fuerza cognitiva en las figuras 11 y 12).

2. La segunda hipótesis se deriva de la pregunta: ¿Hay diferencias en el nivel de estrés que experimentan los adultos mayores con trabajo asalariado, de los que no lo tienen?

En este caso no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de Asalariado y No Asalariados, respecto al nivel de estrés. Los puntajes obtenidos fueron: un nivel de significancia de 1.92, con un puntaje t de 1.33 (véase figura 10).

3. La hipótesis abordada en este caso, deriva de la pregunta: ¿Hay diferencias significativas en el estado de cansancio que pueden sentir los adultos mayores con trabajo asalariado, de los que no lo tienen?

En este caso, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas, referente al descanso; entre los adultos mayores del grupo Asalariado comparado con los No Asalariados. Observamos que el grupo no asalariado muestra una tendencia a sentirse más descansado que el otro grupo, pero esta diferencia no es significativa. En este dato se obtuvo un nivel de significancia de .114, con un puntaje t de 1.63 (véase la figura 10).

4. La hipótesis que se deriva de la pregunta: ¿Hay diferencia entre la red de apoyo social que tienen los adultos mayores con trabajo asalariado, de los que no lo tienen?

Para este caso, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas, con respecto a la red social de apoyo que tienen los grupos de Asalariados y No Asalariados. Se obtuvo un nivel de significancia de 3.28, con una t de .996 (véase la figura 12). Sin embargo; observamos una tendencia que favorece al grupo no asalariado, la cual no es significativa debido a que la desviación estándar es muy grande y su distribución no es normal.

5. Esta hipótesis se deriva de la pregunta: ¿Hay diferencias en la actitud ante el cambio que pueden expresar los adultos mayores con trabajo asalariado, de los que no lo tienen?

En este caso, existen diferencias estadísticamente significativas, con respecto a quienes no tienen un trabajo asalariado, se preocupan demasiado en los problemas que se les presentan en esta etapa de la vida. Este dato obtuvo un nivel de significancia de .008, con una puntuación t de 1.818 (véase figura 12). Observamos que el grupo de los No Asalariados se preocupa más por sus problemas, sienten que no son capaces de afrontar activamente los estresores ambientales, a menos que cuenten con el apoyo de terceras personas.

6. Nuestra hipótesis se deriva de la pregunta: ¿Hay diferencias en el bienestar psicológico que pueden experimentar los adultos mayores con trabajo asalariado, de los que no lo tienen?

En este caso, no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la relación entre el desempeño de un trabajo asalariado y el bienestar psicológico actual del adulto mayor. Para este dato se obtuvo un nivel de significancia de .663 con un puntaje t de .440 (Véase figura 12).

7. La hipótesis se derivó de la pregunta: ¿Hay diferencias en el estado de ánimo que pueden experimentar los adultos mayores con trabajo asalariado, de los que no lo tienen?

En este caso no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas, con respecto a la presencia de rasgos depresivos en los adultos mayores que no tienen un trabajo. Afortunadamente para la población en general, y para mi sorpresa; ambos grupos tienen el mismo puntaje, por lo que no se detectaron rasgos de personalidad o circunstancias que pudiesen estar afectando su estado de ánimo. En este caso se obtuvo un nivel de significancia de .773 con un puntaje t de .291 (véase la figura 12).

8. Esta hipótesis se derivó de la pregunta: ¿Hay diferencias en los recursos de afrontamiento que presentan los adultos mayores con trabajo asalariado, de los que no lo tienen?

Según los lineamientos del Perfil de Estrés, las puntuaciones mayores a T 60 son consideradas como recursos de afrontamiento; y observamos que el grupo de los No asalariados presenta dos escalas, que son: Red de apoyo social y Valoración positiva, como recursos de afrontamiento, mientras que el grupo de los Asalariados, no presenta esta elevación en ninguna escala. Motivo por el cual no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas, con respecto a los recursos de afrontamiento (Véanse figuras 10 y 12).

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es importante destacar que el grupo de adultos mayores de esta investigación, pertenecen al “*Club Ecológico de la Tercera Edad Aragón*”, ubicado en la Delegación Gustavo A. Madero del D.F. El motivo por el cual se trabajó con esta muestra en particular, se debió a la pobre disposición de una población abierta de adultos mayores para contestar el cuestionario. Esto mismo ha sido identificado en otros estudios donde autores como Bigby (1992), señalan que las barreras físicas, educativas y sociales en general, disminuyen la participación de las personas mayores en las investigaciones (Bazo, 1999).

Inicialmente se buscaron distintas alternativas y el contacto con este Club fue la única opción viable para llevar a cabo la investigación. Sin embargo, al trabajar con esta muestra se modificó el objetivo inicial, que estaba centrado en el trabajo asalariado y no asalariado de los adultos mayores. La sola asistencia al club por parte de estas personas implicó una preselección de una población de adultos mayores activos.

Aunque en un primer momento apareció como problema la transición entre una muestra azarosa a una probabilística, Finalmente lo reconocemos como un logro de la investigación, ya que se pudo trabajar con personas que han demostrado, como adultos mayores, que tienen la capacidad y el ánimo para seguir siendo personas activas y manifestar bienestar psicológico.

A pesar de que esta situación obligó a modificar el esquema que inicialmente se tenía contemplado, a tal grado de tener la necesidad de buscar un título que describiera adecuadamente lo que se realizó con esta población en particular, permitió comprender la forma en que estas personas enfrentan la etapa del envejecimiento y se adaptan de manera óptima a su nueva condición.

Con respecto a este Club de adultos mayores, acuden a realizar actividades deportivas y de recreación por medio de talleres, los cuales son impartidos por diversos profesores entrenados para brindar ayuda a estas personas. Las

actividades que se realizan son de tipo cultural, recreativo y deportivo; cuentan además con apoyo médico. A este club, las personas asisten a partir de los 60 años y pueden inscribirse en diversas actividades, de acuerdo al horario de su preferencia; después de haber realizado sus actividades, regresan a su domicilio. Cabe señalar que la Delegación (Gustavo A. Madero) ofrece a esta institución paseos, visitas guiadas, organiza festejos y bailes, exclusivos para los adultos mayores de este lugar, además de organizar eventos de convivencia con otros clubes de diferentes zonas del DF.

La colaboración de los adultos mayores que participaron en esta investigación, tuvieron la peculiaridad de asistir al Club por iniciativa propia, lo que modificó el esquema metodológico planteado originalmente. Éste interés por asistir al club, marcó una variable muy importante y difícil de generalizar entre la mayoría de las personas mayores, muchas de las cuales pueden pasar gran parte del tiempo enclaustradas en su domicilio. Durante la etapa de la vejez, las actividades de ocio adquieren especial relevancia, ya que al aumentar el tiempo libre, las actividades que lo llenan cobran un significado especial; sobre todo adquieren relevancia las actividades que van dirigidas al disfrute personal. Entre estas actividades se encuentran las culturales, turísticas y recreativas en general (Vega, 1996), que justamente son las actividades que realiza de manera particular la muestra de nuestra investigación.

Inicialmente se planteó como hipótesis, que las personas que se encontraban realizando un trabajo remunerado económicamente, iban a presentar un mejor estado de salud que aquellos que no trabajaban. Esto obligó a dividir la muestra entre “asalariados” y “no asalariados”, presuponiendo que las personas asalariadas, tendrían un mayor bienestar físico y psicológico. Lo que podemos observar es que la variable de esta investigación: “Trabajo asalariado”, no tuvo la relevancia que supusimos, al menos en esta muestra. No obstante, me permito hacer algunos comentarios relativos a esta variable:

Destacan como hallazgos importantes el que un 50% de la población percibe actualmente un sueldo por su trabajo, mientras que el 40% permanece realizando actividades productivas (tales como las labores domésticas) sin

percibirlo, y sólo el 10% restante únicamente realiza actividades recreativas. Suponemos entonces, que las personas de nuestro estudio, reflejan una historia de vida caracterizada por la productividad.

Otro dato relevante es que el 40 % de personas mayores que no realizan trabajos remunerados, son mujeres, quienes se dedican primordialmente a las actividades del hogar. Aquí más que nunca, se hace más notoria la diferencia entre tener un sueldo y hacer actividades; ya que como vemos en el caso de las mujeres que se dedican al hogar, tienden a realizar actividades domésticas, sin recibir un salario.

En cuanto a la edad de los participantes, ésta se ubicó entre los 60 y 78 años de edad. Observamos que hubo mayor presencia de adultos mayores cuyas edades van de los 60 a los 69 años de edad (25 personas de 30). Este aspecto puede ser un factor que favorezca la motivación y permanencia de cada uno de ellos dentro del Club ya que como señala Rose, A. (1965) en su teoría de la subcultura: *“Se puede generar una subcultura cuando miembros de una categoría de edad en particular -en este caso quienes tiene entre 60 y 69 años de edad-, interaccionan más tiempo entre sí, que con miembros de otra categoría de edad”* (Rodríguez, 1994, pp. 63). Este hecho refleja una actitud optimista, para mejorar su calidad de vida y hacer más lento el deterioro que su cuerpo seguirá con el curso del tiempo. Por tanto, el envejecer no es un asunto de edad avanzada, sino que representa una actitud frente a la vida, la cual se construyó mucho antes de convertirse en adultos mayores.

Respecto a la forma en que estas personas ven su vida y la enfrentan con una actitud positiva, destaca el hecho de que realizan ejercicio, el cual aunado a la actividad viene a sumarse como un componente importante para su salud. Así, el ejercicio y la actividad que puedan tener los adultos mayores son sumamente importantes para una buena calidad de vida. Investigaciones recientes en gerontología muestran que los ancianos que no desarrollan ninguna actividad, se enferman más seguido y mueren más jóvenes que quienes se mantienen dinámicos. La teoría de la actividad, refiere que: *“El envejecimiento óptimo depende de la continuidad de un estilo de vida activo y*

del esfuerzo de las personas de edad por contrarrestar la limitación de sus contactos sociales" (Havighurst, 1972).

Con respecto al estado de salud podemos señalar que la población que participó en nuestro estudio es "exitosa", ya que como señala John Rouse (1987), "la vejez exitosa, está caracterizada por una baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada a un alto funcionamiento cognitivo, capacidad física funcional y compromiso con la vida" (Martínez, 2004). Asimismo la OMS propuso la definición de "envejecimiento saludable" (1990); sin embargo, esta concepción ha ido evolucionando hacia un modelo mucho más integrador, denominado "envejecimiento activo" el cual se ha definido como: *"El proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen"* (OMS, 2002). El objetivo de estos planteamientos es extender la calidad, la productividad y esperanza de vida a edades avanzadas; promover no sólo la actividad física, sino también social y mentalmente, participando en actividades recreativas, de voluntariado o remuneradas, culturales, sociales, y educativas. De esta forma, el envejecimiento activo se sitúa en la base del reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores, de su independencia, participación, dignidad, atención y auto-desarrollo. Así, desde esta perspectiva, los determinantes del envejecimiento activo serían: económicos, sociales, físicos, servicios sociales y de salud, personales (psicológicos y biológicos) y comportamentales (estilos de vida). Las políticas de acción propuestas por la OMS para potenciar los determinantes psicológicos y conductuales del envejecimiento activo son:

- 1) Reducir los factores de riesgo asociados a enfermedades e incrementar los de protección de la salud a través de hábitos saludables y ejercicio físico;
- 2) Promover los factores de protección del funcionamiento cognitivo;
- 3) Promover las emociones y un afrontamiento positivo; y
- 4) Promover la participación psicosocial.

Precisamente, desde el punto de vista de la Psicología de la salud, los profesionales de la Psicología han venido enfatizando la importancia que tienen

los estilos de vida (ejercicio físico, dieta, no fumar, beber moderadamente, la adherencia al tratamiento, etc.) y que ejercen un papel esencial en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Por otra parte, el declive cognitivo que ocurre con el paso del tiempo puede ser compensado con ejercicios (Baltes y Schaie, 1976; Fernández-Ballesteros y Calero, 1995; Fernández-Ballesteros y col, 2003). Incluso, la actividad intelectual a lo largo de la vida se considera un factor de protección de la demencia.

En lo referente a la salud de la población, los beneficios alcanzados con la práctica del ejercicio tanto en el área física como en el área psicoafectiva son muchos; por ende, es necesario promover en los adultos mayores la práctica de algún tipo de ejercicio, el cual debe considerarse como un importante componente de la salud. Al respecto Martínez (2004) comenta, que el hombre que busca abrirse paso hacia una vida mejor, debe buscar el movimiento como un elemento esencial de independencia; en el sentido de contrarrestar la rigidez de las extremidades, que coartan la independencia psicomotriz (Martínez, 2004). Cabe señalar que el hecho de que los adultos mayores de esta población, busquen realizar actividades con la finalidad de alcanzar una óptima calidad de vida, es más una cuestión de actitud, más que tener cierto nivel de estudios, como se pudo observar en los resultados.

Con base en lo anterior, podemos afirmar que la población que participó en la presente investigación puede considerarse como “exitosa” o “saludable”, ya que son personas dedicadas lo mismo al trabajo que a actividades recreativas y sociales; mantienen su entorno saludable y en óptimas condiciones. Se encuentran en lo que puede considerarse un envejecimiento óptimo, ya que permanecen activas e integradas a la sociedad, con roles definidos y siendo útiles e importantes para quienes les rodean. Los planteamientos de la teoría de la actividad, encuentran como representantes a Tartler (1961); Maddos (1964); Bromley (1966); Havighurst (1968); Andrés y Gastrón (1978).

Tal y como he venido señalando; la actividad en sí misma es considerada benéfica para quienes se encuentran vivenciando la etapa de la vejez, ya que al reportar múltiples beneficios para la salud física y mental, otorga a su vez,

cierto grado de independencia y funcionalidad. Por tal razón cada persona debería diseñar uno o dos proyectos personales de vida alternativos, ya sea antes de entrar a la etapa del envejecimiento o desde la juventud, considerando los factores antes señalados. Los expertos coinciden en que el envejecimiento activo es un concepto biopsicosocial y, por tanto, no se reduce al mantenimiento de una buena salud libre de discapacidad, sino que también implica el mantenimiento óptimo de aspectos psicológicos y sociales. (En: Regalado, P. 2002).

El hecho de mantener una actitud positiva frente a la etapa del envejecimiento, hace referencia a la capacidad que tiene cada persona para hacer frente a las adversidades de forma natural, lo cual constituye parte de su repertorio conductual y es conocido como “factor de protección” por la resiliencia. Este enfoque de la resiliencia, enfatiza las fortalezas y los aspectos positivos, presentes en los seres humanos. Más que centrarse en los circuitos que mantienen las condiciones de alto riesgo (o mejor conocido como “factores de riesgo”) para la salud física y mental de las personas, se preocupa por observar aquellas condiciones que posibilitan un desarrollo sano y positivo (Kotliarenco et al; 1997). La resiliencia considera un factor de riesgo para el deterioro de la salud, el que no se conserven o establezcan nuevas redes sociales con vecinos o grupos de pares y familiares; al igual que el aislamiento social, ligado a la exclusión y al rechazo (Puerta de Klinkert, 2002).

Casualmente, en lo que a las redes sociales se refiere, resulta relevante el hecho de que en esta población, el 63.3 % de los participantes, tiene una relación de pareja. Estas relaciones, les han resultado necesarias aunque no por ello han sido estables. De tal manera que se encontraron personas divorciadas o viudas que han reintentando mantener relaciones con personas del sexo opuesto. Los adultos mayores al identificarse así mismos como una subcultura o grupo, también comparten sentimientos de amor y deseo de proximidad con sus semejantes del sexo opuesto, evidenciando las necesidades de relacionarse en pareja y tener vida sexual, contrario a lo que se consideraba como un mito hasta pocos años. Quienes tienen pareja en esta etapa de su vida, suelen vivir una segunda luna de miel y quienes no, andan en

busca de la proximidad de un vínculo afectivo (Yuste, 2004). Papallia (2005) señaló que las parejas casadas que permanecen más tiempo unidas en la edad adulta tardía, tienen mayores probabilidades, que las parejas maduras, de reportar satisfacción, incluso muchas personas afirman que su relación mejoró. Se ha visto también que este estado anímico es benéfico para la salud física y mental de los adultos mayores (Krassoievitch, 2005). Encontramos estudios que reportan que las personas mayores casadas comparadas con las no casadas, tienen más altos niveles de satisfacción vital, optimismo, salud mental, física, recursos económicos, integración, apoyo social e índices más bajos de institucionalización. Al estar casados se tienen menores probabilidades de adoptar comportamientos de alto riesgo, y sí, la seguridad de tener a alguien que pueda cuidarlos y en quien confiar su salud física (Krassoievitch, 2005).

Con la población que se trabajó comprobamos que, las redes sociales resultaron indispensables para mantener una actitud positiva hacia la vida, lo cual repercutió benéficamente en que los hábitos, gustos y estilos personales adquiridos y elaborados durante su vida, mostraron una tendencia a permanecer aún en la vejez (Mishara, 1986). Es decir, que quienes han trabajado o se han mantenido activos, continúan haciéndolo en la medida de sus posibilidades, sustituyendo actividades previas por otras que están a su alcance. Así, la actividad diaria se vuelve fundamental para la satisfacción personal; ciertamente como el ocio genera bienestar físico y psíquico, también se encuentra estrechamente relacionado con los índices de satisfacción en la vida diaria (Rubio, 1993).

Como resultado de los diversos factores de protección que presenta nuestra población, podemos percatarnos de que efectivamente se trata de personas saludables, quienes tienen su principal apoyo en las redes sociales y las actividades físicas (remuneradas o no), lo cual viene reflejando toda una historia de vida que cada persona trae consigo y casualmente convergen en estilos de vida similares, para formar una pequeña comunidad. Neugarten en 1964 señaló en su teoría de la continuidad, que los individuos en las etapas de su vida van desarrollando actitudes, valores, metas, hábitos y comportamientos

que retienen en cierta medida en la vejez, planteamientos incluso que dan lugar al nombre de la presente tesis.

Otro aspecto que podemos incluir en el análisis de el presente estudio, es atribuir a la población estudiada lo que se denomina como un envejecimiento resiliente, el cual implican, entre otras cosas, su capacidad para aprender a enfrentar y manejar las transformaciones relativas al cuerpo, a los vínculos interpersonales, a los roles sociales, a los duelos y a la propia muerte. Un sostenimiento y una renovación de los ideales del Yo, de los proyectos de vida, y una permeabilidad entre las instancias psíquicas; es decir, darse la oportunidad de poder soñar, fantasear, imaginar, jugar y desear nuevamente. La base para esta realización personal deriva del desarrollo del autoconocimiento, ya que éste conduce al logro de la dignidad, la identidad y la auténtica independencia. Sin embargo, hay que hacer énfasis en que es difícil identificar tanto a los factores de protección, como a los de riesgo, porque éstos varían según la naturaleza del trauma en cuestión, la personalidad afectada, la situación y el momento concreto en que intervengan. Lo que sí es posible, es basarse en los sentimientos personales y el juicio que hace el adulto mayor de su propia historia personal, de sus experiencias, su sufrimiento, su vida y del destino que él mismo ha seguido. De esta forma estaremos creando una “Actitud positiva” para que el adulto mayor enfrente esta etapa de su vida de forma exitosa.

Una de las formas en que podemos tener una vejez exitosa es desarrollando un proyecto de vida. El cual debe estar diseñado con antelación y enfocado de forma realista a cubrir las expectativas que cada persona desea cubrir al entrar a formar parte de la comunidad de adultos mayores. De preferencia sería bueno, que tuviésemos la guía de personas enfocadas en la salud física y mental a la hora de diseñar un proyecto de vida y que fuese desde la madurez, tomando en cuenta los factores señalados a continuación:

1. La prevención de las enfermedades debe empezar en edades más tempranas y no esperar a que la persona tenga 60 años. El grupo de edad entre 45 a 59 años, debe poner más atención en salud, para lo cual ha de

cambiar estilos de vida poco saludables. Sin embargo, también deberá prevenir después de los 60 años de edad, mediante programas de promoción de la salud.

2. Evitar cometer iatrogenia y actuar con sobreprotección, ya que puede ser común que de una manera equivocada se sobreproteja al adulto mayor.
3. Evitar romper estilos de vida innecesarios, como prohibir que fume una persona de 80 años que lo ha hecho toda su vida o prescribir dietas muy rígidas.
4. Preservar la autonomía del paciente, permitiéndole participar en la toma de decisiones para su atención, y en el último momento de su vida dar oportunidad a la muerte como una necesidad del paciente moribundo.
5. Permitir la participación de la familia, identificando sus necesidades y evitando la claudicación que pueda llevarlo al colapso y al maltrato de su paciente.
6. Minimizar el costo de las medidas empleadas, sin llegar a limitar la tecnología ni discriminarlo por su edad avanzada o por sus pocos recursos económicos.
7. Identificar todas las necesidades del adulto mayor para lograr su calidad de vida, meta importante en todos los programas de geriatría y gerontología.

Básicamente en esta población encontramos sujetos que se preocupan por su salud, motivo por el cual los adultos mayores de este estudio son saludables; sin embargo, nos preguntamos ¿Qué pasa con quienes se encuentran aislados en sus domicilios o en asilos? De qué forma podríamos ayudar a estas personas a tener una mejor calidad de vida, cuando muchos de ellos tienen problemas serios de abandono o de discapacidad física, entre otros, y qué pasará cuando esta población aumente considerablemente en unos diez años. No hay que olvidar la forma en que los rasgos de personalidad, influyen en los contactos sociales de las personas en proceso de envejecimiento. Todas estas son cuestiones que debemos resolver en un corto tiempo, ya que impactarán de forma importante a nuestro país. El 8.2% de los habitantes de nuestro país, son adultos mayores. Entre el año 2005 y 2008, el número de adultos mayores pasó de 7.9 a 8.8 millones. Así tenemos que la población en México se elevará desde los 8.8 millones actuales, hasta los 34 millones para el año 2050. La

labor es mucha y nuestra sociedad no cuenta con la infraestructura, ni con el suficiente personal capacitado como para satisfacer esta demanda en un futuro no muy lejano.

Para terminar, me permito citar a Holstein quién señala que para entender cómo la gente experimenta su vejez y para desarrollar políticas y programas, es necesario diseñar investigaciones rigurosas y variadas que permitan explicar la diversidad y la ambigüedad existente (Krassoievitch, (2005). En base a datos empíricos obtenidos en distintas investigaciones, consideramos que son cuatro las áreas que deben promocionarse para lograr envejecer activamente: hábitos saludables o salud comportamental, funcionamiento cognitivo, funcionamiento emocional, control y estilos de afrontamiento positivos y, finalmente, participación social. Nuestro papel como psicólogos sería entonces, el de mejorar dichas áreas, tanto a nivel individual como contextual. En este sentido, debemos desarrollar programas para promocionar el envejecimiento activo y considerar que en definitiva, se puede aprender a envejecer activamente y los psicólogos podemos contribuir positivamente a promover el envejecimiento activo de los individuos.

La forma en que los Psicólogos podemos ayudar a los adultos mayores a vivenciar un envejecimiento óptimo es tomando en cuenta factores, tales como el diagnóstico clínico, el cual es muy importante a la hora de diseñar un proyecto de vida, ya que cada personalidad tiene sus propias complicaciones y diseñar un proyecto muy ambicioso puede ser perjudicial o desgastante para alguien con enfermedades discapacitantes. Además de los factores psicodinámicos que caracterizan a cada persona en particular. Otro de los factores es el gusto y las preferencias de cada persona, la técnica de externalización de intereses es muy útil al diseñar un proyecto de vida, principalmente para quien ya no desea hacer lo que ha venido realizando toda su vida, y quiere experimentar con cosas nuevas que no pudo hacer en su juventud, tales como pintar, dibujar, leer poesía o literatura, dedicarse a la jardinería, hacer deporte, etc. Esto ayuda a generar un interés en las personas y a su vez promover el envejecimiento saludable. Cuando las demás personas ven que sus coetáneos tienen cambios positivos en su vida, esto lleva a que

deseen hacer lo mismo que sus semejantes para tener el mismo bienestar y de esta forma se promueve la salud de los adultos mayores; sin embargo es importante que las instituciones de salud pública promuevan talleres enfocados en actividades que ayuden a estas personas a vivenciar de mejor manera sus últimos días.

LÍMITES Y SUGERENCIAS DE NUEVAS INVESTIGACIONES

Una de las posibles líneas de continuidad para investigaciones futuras, sería precisamente hacer una réplica de este estudio, pero con una muestra mucho más amplia, donde se incluya a las personas aisladas, deprimidas, abandonadas, enfermas, así como aquellas que no hacen nada. Tal y como se ha venido mencionando, resultó complicado tener acceso a estos sectores de la población general, por lo que un estudio mucho más amplio, arrojaría resultados de mayor validez. Tomando en cuenta desde luego, que es la actividad de las personas y no el trabajo, lo que redundaría en una mejor calidad de vida. Así mismo sería interesante tratar de conocer las motivaciones de nuestros adultos mayores para buscar esa mejor calidad de vida para algunos; y para otros, cómo es que deciden no tomar una actitud positiva para enfrentar los cambios de la etapa del envejecimiento, qué los impulsa a aislarse de su entorno.

Otra cuestión interesante que en lo particular me resulta bastante atractiva, sería saber cómo es el impacto y las consecuencias que tiene la tecnología en las personas adultas y adultas mayores, ya que es posible percatarnos que el uso de nuevas tecnologías limitan mucho nuestro desempeño en diversas áreas, tales como el trabajo, la escuela, las instituciones, entre otras. Que el temor a lo desconocido limita el contacto entre las personas, sobre todo con aquellas deseosas por adquirir nuevos conocimientos que les preparen para hacer frente a los embates de la tecnología del presente siglo, que está en constante evolución, tales como el uso del Internet y la telefonía celular.

VII: APÉNDICES

ANEXO 1

“CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD PRODUCTIVA”

DATOS GENERALES:

NOMBRE: _____
EDAD: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
LUGAR DE NACIMIENTO: _____
HERMANOS: _____
LUGAR DE HERMANOS QUE OCUPA: _____
ESTADO CIVIL: _____
NÚMERO DE HIJOS: _____
PROFESIÓN: _____
OFICIO: _____
OCUPACIÓN: _____

QUIÉN DEPENDÍA ECONOMICAMENTE DE ÉL(ELLA):

PRESENTA ALGÚN PADECIMIENTO O ENFERMEDAD DISCAPACITANTE, DE SER
CIERTO MENCIONE CUALES SON:

DURACIÓN EN EL (LOS) TRABAJOS (HISTORIA LABORAL):

Si duró mucho en un trabajo sin ser nunca promovido o fue mínima su promoción o cambió
constantemente.

HACE CUÁNTO TIEMPO DEJÓ DE LABORAR Y ¿CUÁL FUE LA RAZÓN?

SI FUE POR JUBILACIÓN, DESPUÉS DE ESTA ¿BUSCÓ EMPLEO O SE QUEDÓ EN
CASA?

EN LA ACTUALIDAD ¿QUÉ LE GUSTARÍA HACER?

ANEXO 2

“PERFIL DE ESTRÉS”

INSTRUCCIONES: Este cuadernillo contiene una serie de preguntas que evalúan diferentes factores que pueden contribuir a su salud física y a su bienestar psicológico. Se le harán preguntas específicas sobre su estilo de vida, hábitos de salud, niveles de estrés, perspectiva de la vida, entorno social y estilo de afrontamiento de los problemas. Esta información se utilizará para desarrollar su perfil confidencial de valoración del estrés.

- **Siga las instrucciones.** Lea de manera cuidadosa cada reactivo y su escala de respuestas correspondiente.
- **Complete.** Por favor conteste todas las preguntas. O deje enunciados en blanco o éstos no se calificarán.
- **Tómese su tiempo.** No existe límite de tiempo para contestar este instrumento. Trabaje de la manera más rápida y cómoda para usted.
- **Seleccione sólo una respuesta.** Escoja y marque con un círculo la respuesta que le parezca mejor para cada pregunta. Si desea cambiar una respuesta que ya ha marcado, dibuje una X sobre ésta y un círculo sobre su nueva opción.

PARTE I

A continuación se le presenta una lista de seis categorías principales de estresores o “problemas” que la gente experimenta en su trabajo y en su vida personal. Los problemas son experiencias y condiciones de la vida cotidiana que se perciben como importantes e irritantes, molestas, hirientes o amenazantes para el bienestar de alguien. Seleccione una respuesta en cada pregunta para indicar la frecuencia con la que ha experimentado estos problemas durante los últimos tres meses.

1. **PROBLEMAS DE SALUD** (por ejemplo; preocupaciones acerca de su salud, tratamiento médico, apariencia física, consumo de alcohol o tabaco en exceso, limitaciones físicas, síntomas físicos, cambios en la condición médica existentes, efectos colaterales de la medicación, etc.).

Nunca () Rara vez () Algunas veces () A menudo () Siempre ()

2. **PROBLEMAS EN EL TRABAJO** (por ejemplo; insatisfacción laboral, problemas con el jefe, falta de reconocimiento, preocupación por sobresalir, aburrimiento en el trabajo, explotación, preocupación por la seguridad en el trabajo, relaciones laborales, carga de trabajo, presión de tiempo, sueldo, horario, viajes de trabajo, etc.).

Nunca () Rara vez () Algunas veces () A menudo () Siempre ()

3. **PROBLEMAS FINANCIEROS** (por ejemplo; impuestos, inversiones, pago de hipoteca, deudas, inseguridad financiera, préstamos, falta de dinero para viajar, cuentas pendientes, financiamiento para la educación de los hijos, problemas legales, reparaciones de casa y automóvil, planes de jubilación, etc.).

Nunca () Rara vez () Algunas veces () A menudo () Siempre ()

4. **PROBLEMAS FAMILIARES** (por ejemplo; problemas de salud de los miembros de la familia, preocupación por parientes, problemas con padres ancianos, líos en las relaciones familiares, dificultades con los hijos, equilibrio entre el trabajo y la familia, cuidado de mascotas, etc.).

Nunca () Rara vez () Algunas veces () A menudo () Siempre ()

5. **PROBLEMAS SOCIALES** (por ejemplo; problemas con los vecinos, obligaciones y expectativas sociales, dificultades con amigos, conocer a otras personas, soledad, incapacidad para expresarse, chismes, celos, demasiadas responsabilidades sociales, poco tiempo para descansar, compañía inesperada, tiempo insuficiente para realizar actividades sociales, conflictos interpersonales, etc.).

Nunca () Rara vez () Algunas veces () A menudo () Siempre ()

6. **PROBLEMAS AMBIENTALES** (por ejemplo; clima, ruido, contaminación, noticias sobre eventos actuales, delincuencia, prejuicios, política, seguridad ambiental, etc.).

Nunca () Rara vez () Algunas veces () A menudo () Siempre ()

PARTE II

¿Con qué frecuencia estas afirmaciones lo describen en los últimos 3 meses?

7. Invertió algo de su tiempo libre en deportes o actividades físicas, como jardinería, reparaciones en la casa, baile, tenis, golf, softbol, básquetbol, boliche, caminata, raquetbol, etc.

Nunca () Rara vez () Algunas veces () A menudo () Siempre ()

8. Hizo ejercicio durante al menos de 20 a 30 minutos, tres veces a la semana para mejorar su tono muscular, fuerza o flexibilidad (por ejemplo; estiramiento, fiscoconstructivismo, calistenia, ejercicios isométricos, etc.).

Nunca () Rara vez () Algunas veces () A menudo () Siempre ()

9. Invertió al menos 20 a 30 minutos para realizar algún tipo de ejercicio físico intenso al menos tres veces por semana (por ejemplo; aeróbicos, trotar, nadar, caminar a paso vivo, etc.).

Nunca () Rara vez () Algunas veces () A menudo () Siempre ()

10. Se motivó a sí mismo(a) mientras trabajaba o jugaba, aun cuando se sintiera cansado(a), fatigado(a) o exhausto(a).

Nunca () Rara vez () Algunas veces () A menudo () Siempre ()

11. Perdió una noche completa de sueño o gran parte de ésta debido al trabajo o a actividades recreativas.

Nunca () Rara vez () Algunas veces () A menudo () Siempre ()

12. Durmió menos de lo que necesitaba porque se desveló o tuvo que levantarse demasiado temprano.

Nunca () Rara vez () Algunas veces () A menudo () Siempre ()

13. Durmió menos de lo que necesitaba porque tuvo problemas para conciliar el sueño o durmió menos tiempo del usual.

Nunca () Rara vez () Algunas veces () A menudo () Siempre ()

ANEXO 3

“ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK”

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 enunciados. Delante de cada frase marque con una cruz “la opción que mejor refleje su situación actual.”

1. Estado de ánimo.

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos.
- No me encuentro triste.
- Me siento algo triste y deprimido.
- Ya no puedo soportar esta pena.
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar.

2. Pesimismo.

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro.
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas.
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal.
- No espero nada bueno de la vida.
- No espero nada. Esto no tiene remedio.

3. Sentimientos de fracaso.

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.).
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente.
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena.
- No me considero fracasado.
- Veo mi vida llena de fracasos.

4. Insatisfacción.

- Ya nada me llena.
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo.
- Ya no me divierte lo que antes me divertía.
- No estoy especialmente insatisfecho.
- Estoy harto de todo.

5. Sentimientos de culpa.

- A veces me siento despreciable y mala persona.
- Me siento bastante culpable.
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable.
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable.
- No me siento culpable.

6. Sentimientos de castigo.

- Presiento que algo malo me puede suceder.
- Siento que merezco ser castigado.
- No pienso que este siendo castigado.
- Siento que me están castigando o me castigarán.
- Quiero que me castiguen.

ANEXO 4

“RESULTADOS ESTADÍSTICOS DEL PERFIL DE ESTRÉS”

ESCALA DE ESTRÉS:

Grupos	Variables	N	Media	Desviación Estándar	“t”	Grados de libertad	significancia	Dif. entre medias
No Asalariados	Estrés	15	41.4	9.33	1.33	28	1.92	4.13
Asalariados		15	45.5	7.51				

ESCALA DE HÁBITOS DE SALUD:

Grupos	Variables	N	Media	Desviación Estándar	“t”	Grados de libertad	significancia	Dif. entre medias
No Asalariados	Hábitos de Salud	15	51.06	14.67	.037	28	0.971	.20
Asalariados		15	51.26	14.99				

ESCALA DE EJERCICIO:

Grupos	Variables	N	Media	Desviación Estándar	“t”	Grados de libertad	significancia	Dif. entre medias
No Asalariados	Ejercicio	15	51.86	14.38	.544	28	.591	2.60
Asalariados		15	49.26	11.62				

ESCALA DE DESCANSO/SUEÑO:

Grupos	VARIABLES	N	Media	Desviación Estándar	"t"	Grados de libertad	Signif.	Dif. entre medias
No Asalariado	Descanso Sueño	15	49.53	9.12	1.63	28	.114	5.73
Asalariado		15	43.80	10.09				

ESCALA DE ALIMENTACIÓN/NUTRICIÓN:

Grupos	VARIABLES	N	Media	Desviación Estándar	"t"	Grados de libertad	Signif.	Dif. entre medias
No Asalariado	Alimentación Nutrición	15	57.0	12.04	.195	28	.847	8.66
Asalariado		15	57.86	12.30				

ESCALA DE PREVENCIÓN:

Grupos	VARIABLES	N	Media	Desviación Estándar	"t"	Grados de libertad	Signif.	Diferencia entre medias
No Asalariados	Prevención	15	51.8	14.29	.037	28	.971	.20
Asalariados		15	51.9	15.9				

ESCALA DE REACTIVOS ARC:

Grupos	VARIABLES	N	Media	Desviación Estándar	"t"	Grados de libertad	significancia	Dif. entre medias
No Asalariados	Reactivos ARC	15	48.0	12.9	.553	28	.585	2.53
Asalariados		15	50.53	12.18				

ESCALA DE RED DE APOYO SOCIAL:

Grupos	VARIABLES	N	Media	Desviación Estándar	"t"	Grados de libertad	significancia	Dif. entre medias
No Asalariados	Red de Apoyo Social	15	61.60	22.18	.996	28	.328	7.06
Asalariados		15	54.53	15.82				

ESCALA DE CONDUCTA TIPO "A":

Grupos	VARIABLES	N	Media	Desviación Estándar	"t"	Grados de libertad	significancia	Dif. entre medias
No Asalariados	Conducta Tipo A	15	45.66	15.52	.105	28	.917	.533
Asalariados		15	46.2	12.11				

ESCALA DE FUERZA COGNITIVA:

Grupos	VARIABLES	N	Media	Desviación Estándar	"t"	Grados de libertad	significancia	Dif. entre medias
No Asalariados	Fuerza Cognitiva	15	40.53	7.019	1.23	28	.228	2.93
Asalariados		15	43.46	5.962				

ESCALA VALORACIÓN POSITIVA:

Grupos	VARIABLES	N	Media	Desviación Estándar	"t"	Grados de libertad	significancia	Dif. entre medias
No Asalariados	Valoración Positiva	15	62.2	14.16	2.374	28	.025	11.33
Asalariados		15	50.86	11.87				

ESCALA DE VALORACIÓN NEGATIVA:

Grupos	VARIABLES	N	Media	Desviación Estándar	"t"	Grados de libertad	significancia	Dif. entre medias
No Asalariados	Valoración Negativa	15	46.13	14.89	.0256	28	.800	1.40
Asalariados		15	44.73	15.08				

ESCALA DE MINIMIZACIÓN DE LA AMENAZA:

Grupos	VARIABLES	N	Media	Desviación Estándar	"t"	Grados de libertad	significancia	Dif. entre medias
No Asalariados	Minimización de la Amenaza	15	59.86	7.84	1.734	28	.094	5.66
Asalariados		15	54.20	9.92				

ESCALA DE CONCENTRACIÓN EN EL PROBLEMA:

Grupos	VARIABLES	N	Media	Desviación Estándar	"t"	Grados de libertad	significancia	Dif. entre medias
No Asalariado	Concentración en el Problema	15	52.93	15.59	1.818	28	.080	10.73
Asalariado		15	42.20	16.72				

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO:

Grupos	VARIABLES	N	Media	Desviación Estándar	"t"	Grados de libertad	significancia	Dif. entre medias
No Asalariado	Bienestar Psicológico	15	60.53	11.74	.440	28	.663	1.73
Asalariado		15	58.80	9.71				

ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK:

Grupos	VARIABLES	N	Media	Desviación Estándar	"t"	Grados de libertad	significancia	Dif. entre medias
No Asalariados	Depresión de Beck	15	13.13	6.61	.291	28	.773	.73
Asalariados		15	13.86	7.18				

ANEXO 5

PADECIMIENTOS MÁS COMÚNES EN LA POBLACIÓN	
Tipo de padecimientos	Personas que los padecen
Diabetes	7; 2 hombres y 5 mujeres
Fibrosis	1 mujer
Hipertensión	8; 7 mujeres y 1 hombre
Osteoporosis	2 mujeres
Presión arterial baja	2 mujeres
Problemas Dentales	2; 1 hombre y una mujer
Problemas lumbares	1 mujer
Problemas Pulmonares	1mujer
Problemas renales	1 mujer
Próstata	1 hombre
Varices	2 mujeres

Cabe señalar que la cantidad de personas que presentan estos padecimientos solamente indica la frecuencia en la que los mismos se presentan en la población, ya que algunos de los participantes presentan hasta tres padecimientos simultáneamente.

VI. REFERENCIAS

- Arenberg; En: Rice, P. (1997). En Rice, P. Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México. Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Atchley, R. (1989). Social forces and aging: an introduction to social gerontology. United States of America. Wadsworth, 8va. Edition.
- Baltes, P. (1987). Métodos de investigación en psicología evolutiva: Enfoque del ciclo vital. España. Nesselreade.
- Barrón (2000). En: Carme, T. Envejecimiento activo: envejecimiento en positivo España. Servicio de publicaciones de la Universidad de La Rioja.
- Bazo, M. y Maiztegui, C. (1999). En: Bazo, M. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. España. Ed. Médica Panamericana.
- Belsky, J. (2001). En: Belsky, J. Psicología del envejecimiento. España. Ed. Paraninfo/Thompson. Learning.
- Bigby. (1996). En: Vega, J. y Bueno, M. Desarrollo Adulto y Envejecimiento. España. Editorial Síntesis S. A.
- Casares, D; y Siliceo, A. (2000). En: Casares, D; y Siliceo, A. Planeación de Vida y Carrera. Un enfoque Teórico-Vivencial. México. Editorial Limusa.
- Casullo, M (1994). En: Casullo, M; Coyssials, A; Fernández, M; Wasser, L; Arce, J; y Álvarez, L. Proyecto de vida y decisión vocacional. Argentina. Editorial Paidós.
- Cornachione, M. (2003). En: Cornachione, M. Psicología evolutiva de la vejez. Argentina. Editorial Brujas.

- Cuevas y Vera (2005). En: Armando, M. El arte de envejecer. España. Biblioteca Nueva.
- Eisdorfer y Wilkie (1977). En: Rice, P. (1997). En Rice, P. Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México. Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Erber, (1989) En: Rice, P. (1997). En Rice, P. Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México. Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Erikson, E. (2001). En: Belsky, J. Psicología del envejecimiento. España. Editorial Paraninfo/Thompson Learning.
- Feier y Gerstman (1980). En: Rice, P. (1997). En Rice, P. Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México. Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Fernández, L (1999). En: Ángel, M. Manual de Psicología de la Salud. España. Biblioteca Nueva.
- Fernández, R. (1999). En: Fernández, R; Moya, R; Iñiguez, J; y Dolores, M. Qué es la psicología de la vejez. España. Biblioteca Nueva. 2da. Edición.
- Fernández, R. (2002). En: Fernández, R Gerontología social. España. Ediciones Pirámide.
- Fernández, R. (2002). En: Fernández; Goues, G & Bobes, J. (1999). En: Ferrey, G; Goues, G & Bobes, J. Psicopatología del anciano. España. Editorial Masson, S. A.
- Ferrey, G; Goues, G & Bobes, J. (1999). En: Ferrey, G; Goues, G & Bobes, J. Psicopatología del anciano. España. Editorial Masson, S. A.
- Florentino, M (2004). En: Luís, G. Psicología de la salud y calidad de vida. México, Thompson Editores.

- Flores, F. y Gómez, M. (2004). Influencia del entrenamiento en la autoestima de Adulto Mayores. Tesis que para obtener el título de Lic. En Psicología presentaron Flores, y Gómez. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Freud, S. (2002). En: González, J. y Rodríguez, M. Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. México. Editorial Plaza y Valdés.
- García, E; (2000). En: Fernández, B. Gerontología Social. España. Ediciones Pirámide.
- González, R. (2004). En Asili, N. Vida plena en la vejez. Un enfoque multidisciplinario. México. Editorial Pax.
- Gonzalo, L (2002). En: Gonzalo, L. Tercera edad y calidad de vida. Aprender a envejecer. España. Editorial Ariel. S.A.
- Griffa, M. y Moreno, J. (2005). En: Griffa, M. y Moreno, J. Claves para una psicología del desarrollo. Adolescencia, adultez y vejez. Argentina. Lugar Editorial S.A.
- Havighurst, R. (2001) En: Belsky, J. Psicología del envejecimiento. España. Editorial Paraninfo/Thompson Learning.
- Hernández, S; Fernández, C y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México, Mc. Graw-Hill Interamericana. 4ta edición.
- Hergenhann, B. (2007). En: Introducción a la historia de la psicología. España. Paraninfo/ Thompson Learning.
- Hess y Flanagan (1992). En Rice, P. Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México. Prentice-Hall Hispanoamericana.

- Holland y Rabbitt (1992). En Rice, P. Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México. Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Horn y Cattell. En: Rice, P. (1997). Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México. Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Hultsch (1971). En Rice, P. Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México. Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Jung, C. (2001). En: Belsky, J. Psicología del envejecimiento. España. Editorial Paraninfo/Thompson Learning.
- Krassoievitch, M. (2005). En: Krassoievitch, M. Psicoterapia geriátrica. México. Fondo de Cultura Económica.
- Lemme, H. (2003). En: Lemme, H. Desarrollo en la Edad Adulta. México. Editorial El Manual Moderno.
- Lemon (1972). En: Vega, J, y Bueno, B. (1996). Desarrollo Adulto y envejecimiento. España. Editorial Síntesis.
- Manciaux, M; Lecomte, J; Vanistendael, S; y Schweizer, D. (2001). En: Manciaux, M. La resiliencia: resistir y rehacerse. México. Editorial Gedisa.
- Martínez, F. (2004). En: Nélida Asili. Vida plena en la vejez. Un enfoque multidisciplinario. México. Editorial Pax.
- Matarazzo (2003). En: Cornachione, M. Psicología evolutiva de la vejez. Argentina. Editorial brujas, 2da. Edición.
- Mishara, B. y Riedel, R. (2000). En: Mishara, B. y Riedel, R. El proceso de envejecimiento. España. Editorial Morata.

- Monedero, C. (1986). En: Monedero, C. Psicología evolutiva del ciclo vital. España. Biblioteca Nueva.
- Moragas, R. (1991). Gerontología social: Envejecimiento y calidad de vida. España. Herder.
- Muñoz, T. y Alix, C. (2002). En: Muñoz, T. Psicología del envejecimiento. España. Ediciones Pirámide.
- Papallia, D; Olds, S. y Feldman, D. (2005). En: Papallia, D; Olds, S. y Feldman, D. Desarrollo humano. México. Mc Graw Hill.
- Pérez, M (1999). En: Ángel, M. Manual de Psicología de la Salud. España. Ediciones Biblioteca Nueva.
- Puerta de Klinkert, M (2002). En: Puerta de Klinkert, M. Resiliencia. La estimulación del niño para enfrentar desafíos. Argentina. Grupo editorial Lumen Humanitas.
- Regalado (2006). En: Giró, J. Envejecimiento Activo: envejecimiento en positivo. España, Servicio de publicaciones de Universidad de La Rioja.
- Reig, E. (2004). En: Asili, N. Vida y plenitud en la vejez. Un enfoque multidisciplinario. México. Editorial pax.
- Rice, P. (1997). En Rice, P. Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México. Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Rodríguez, A. (1994). En: Buendía, J. Envejecimiento y psicología de la salud. España: Siglo veintiuno editores.
- Rubio, E. (2004). En: Asili, N. Vida plena en la vejez. Un enfoque multidisciplinario. México. Editorial Pax.

- Rubio, R. (1996). En: Vega, J. y Bueno, M. Desarrollo adulto y envejecimiento. España: Editorial Síntesis S. A.
- Rubio, R. (2004). En: Yuste, N. y Rubio, R. Introducción a la psicogerontología. España. Ediciones Pirámide.
- Sáez, N. y Vega, J. (1989). En: acción socio-educativa en la tercera edad. Sáez, N. y Vega J. España: Ediciones CEAC, S. A.
- Salthouse (1992). En: Rice, P. (1997). Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México. Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Sánchez, D. (1990). En: Sánchez, D. Trabajo social y vejez. Argentina: Ed. Humanitas.
- Singer, D. (2001). En: Salvarezza, L. (comp.). El envejecimiento. Psiquis, poder y tiempo. Argentina. Editorial Eudeba.
- Storandt y Futterman. En: Rice, P. (1997). Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México. Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Theis, A, (2001). En: Manciaux, M. La resiliencia: resistir y rehacerse. México. Editorial Gedisa.
- Thompson, Itzin y Abendstern (2000). En: Giró, J. Envejecimiento Activo: envejecimiento en positivo. España. Servicio de publicaciones de Universidad de La Rioja.
- Torre, Cuervo, Flores y Ricci (2006). En Triado, C. Psicología de la vejez. España. Editorial Alianza.
- Trápaga, M. (2004). En: Asili, N. Vida plena en la vejez. México. Editorial Pax.

- Veenhoven (1991). En: Fernández, R; Moya, R; Iñiguez, J; y Dolores, M. Qué es la psicología de la vejez. España. Biblioteca Nueva. 2da. Edición.
- Vega, J, y Bueno, B. (1996). En: Vega, J, y Bueno, B. Desarrollo Adulto y envejecimiento. España. Editorial Síntesis.
- Villafuerte, C. (2001). Aprendiendo a ser asertivo, una oportunidad para adultos mayores. Tesis que para obtener el título de Lic. En Psicología presenta: Villafuerte, C. S. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Watson (1913). En: Papallia, D; Olds, S. y Feldman, D. (2005). Desarrollo humano. México. Mc Graw Hill.
- Waugh y Norman (1965).En: Rice, P. (1997). En Rice, P. Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México. Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Yuste, N. (2004). En: Aleixandre, M; Rubio, R. y Yuste, N. Introducción a la psicogerontología. España. Ediciones Pirámide.
- Zinberg, N y kaufman I. (1989). En: Zinberg, N y kaufman I. Psicología normal de la vejez. Argentina. Ed. Paidos.

RECURSOS ELECTRÓNICOS

- 1) **Consejo Nacional de Población.** www.conapo.gob.mx.
- 2) **Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.**
www.inegi.gob.mx.
- 3) **Instituto Nacional para las Personas Adultos Mayores.** www.inapam.
- 4) **Organización Mundial de la Salud.** www.who.int.es
- 5) **Peruchón y Renault (24 de octubre de 2008).** 8va Asamblea Mundial de la Salud 2005. Recuperado de
http://apps.who.int/gb/cbwaha/pdf_files/WHA58.
- 6) **Rondero (junio de 2008).** Simposio sobre Envejecimiento Activo.
Recuperado de:
www.spaviv.es/comunicación_archivos/QUART_SPACMS00000.