



Universidad Nacional Autónoma de México

.....
Facultad de Psicología
División de Estudios Profesionales

**Un recurso para mejorar la calidad de vida de los adultos
mayores; evaluación del programa: Capacitación para el Trabajo
y Ocupación del tiempo Libre.**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

ARMANDO MAYEN RAMÍREZ



DIRECTORA DE TESIS: GLORIA ANGÉLICA CAREAGA PÉREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A MI **DIOS** POR DARME LA OPORTUNIDAD DE VIVIR Y ACOMPAÑARME EN
CADA PASO QUE DOY.

A MIS PADRES

Sabiendo que jamás existiría una forma de agradecer todo una vida, de lucha, sacrificio y esfuerzo constante solo quiero que sientan que el objetivo logrado también es suyo y que la fuerza que me ayudó a conseguirlo fue su incondicional apoyo.

Con admiración y respeto.

ARMANDO

**A MIS HERMANAS, NOVIA, FAMILIARES,
AMIGOS, Y MAESTROS
GRACIAS A TI**

Porque creíste en mi y estuviste siempre conmigo
Por tu tolerancia, motivación
y apoyo incondicional para poder terminar
juntos esta etapa de mi vida.
“LOS AMO”

**“GRACIAS
POR COMPARTIR UNA VIDA JUNTOS”**

ÍNDICE

Resumen.....	5
Introducción.....	6
1.1 La vejez a través de la historia.....	10
1.2 Concepto del Envejecimiento.....	13
1.2.1 Teoría biológica.....	16
1.2.2 Teorías psicológicas.....	17
1.2.3 Teorías sociológicas.....	19
1.3 Significado Social.....	21
1.4 Aspectos demográficos	26
2.1 Antecedentes de la Instituciones públicas, para la atención de los Adultos Mayores.....	33
2.2 Instituciones para el Adulto Mayor	34
2.2.1 Ley de adultos mayores	44
2.3 Política pública	47
2.3.1 Políticas sociales, Acuerdos Internacionales.....	49
2.3.2 Políticas y Programas sociales en México	56
2.4 Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre	66
Capítulo 3 Calidad de vida.....	70
3.1 Antecedentes	70
3.2 Significado de calidad de vida	72
3.3 Calidad de vida en adultos mayores	73
3.4 Indicadores de calidad de vida	77
Capítulo IV Metodología	82
4.1 Planteamiento Metodológico y Justificación	82

4.2 Objetivo general	83
4.3 Objetivos específicos	83
4.4 Pregunta de investigación	84
4.5 Hipótesis.....	84
4.6 Variables	84
4.7 Tipo de estudio.....	85
4.8 Muestra	86
4.9 Instrumentos.....	86
4.10 Procedimiento:	87
5.1 Descripción de la muestra	90
5.2 Calidad de vida, análisis cualitativo	94
5.3 Opinión sobre el programa.....	101
Capítulo VII Conclusiones y Sugerencias	110
Bibliografía	115
Anexos	119

Resumen

Actualmente en México las personas de 60 años y más (adultos mayores) representan el 10% de la población total. Este sector de la población crece de manera rápida, anualmente se estima un 4.2% siendo un dato inédito en la historia demográfica del país. Laboralmente, las ofertas, condiciones y remuneraciones no son benéficas. Por ello se requiere generar propuestas que incidan en las políticas públicas, instituciones y sociedad a fin de incorporar al adulto mayor en espacios de trabajo óptimos y convenientes.

La presente investigación tiene como objetivo evaluar el programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre que imparte el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam). Se utilizó una muestra de 59 adultos mayores que a través de dos cuestionarios; opinión y calidad de vida (para evaluar calidad de vida se diseñó un cuestionario basado en tres criterios: físico, psicológico y social), se conoció las respuestas de los usuarios.

Se determinó que las actividades que ofrece el programa son de interés para los usuarios, permitiendo lograr convivencia, aprendizaje y aprovechamiento de su tiempo libre. Por otra lado, se mantiene una calidad de vida satisfactoria a partir de asistir a este programa.

Un análisis más detallado señala que los resultados obtenidos generan estrategias para un mejor desarrollo de la institución, como apoyo de parte de las instituciones gubernamentales, promoción y difusión de programas, mayores espacios, entre otros, aplicados a la institución; así como mayor involucramiento a las nuevas tecnologías, por parte de los usuarios.

Finalmente se establece que para entender, atender y prevenir la vejez, se requiere ampliamente de un trabajo gubernamental, político, social y personal para que los hechos de hoy no se conviertan en un problema el día de mañana.

Introducción

De acuerdo a los retos que hoy enfrenta el país, instituciones, sociedad e individuos, nos damos cuenta que uno de ellos es el incremento de la esperanza de vida, una pirámide que se invierte, dejando en la punta a los más jóvenes mientras que la base está siendo ocupada por la población adulta mayor.

Este proceso demográfico impactará ampliamente a todos los sectores de la población. Según proyecciones de la CONAPO (2006), dentro de un par de décadas los adultos mayores representarán 17.1% de la población total del país, siendo uno de cada seis mexicanos adulto mayor. En este sentido, se tendrán demandas para las distintas capacidades y necesidades de los adultos mayores que obligará a todas las partes de la sociedad a tener un cambio.

México ha participado en acuerdos internacionales a favor de la población adulta mayor, en los cuales se compromete a cumplir con los lineamientos dictados. Por ejemplo, en 1982 con el Programa Regional de Salud de los Ancianos en América Latina, convocado por la Organización Mundial de la Salud, se establece como puntos prioritarios: Investigar, Informar, Capacitar, Proteger y Promover la Salud de los Ancianos (Huenchuan Sandra, 2005). Así como en la primer Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, realizada en Viena a mediados de 1982 y la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en España 2002, donde se establecen los compromisos de los gobiernos para responder a los desafíos que plantea el envejecimiento a las formas de organización social, económica y cultural (CEPAL, 2003).

No obstante, las acciones en desarrollo no logran gran reflejo. En la actualidad se observa que las políticas públicas mantienen un freno que propicia la falta de oportunidades, espacios y seriedad en el asunto, por parte del Estado, para la población adulta mayor. Por citar un ejemplo, se estima que solo el 3% de la población total de adultos mayores esta afiliado al Inapam, y a esto se suma que

no se garantiza que los usuarios hagan uso de los servicios que el Instituto les ofrece (Inapam, 2010).

En nuestro país se han creado instituciones que establecen desde un apoyo médico-asistencial, hasta la creación de un organismo que podría cubrir integralmente las demandas de la población adulta mayor. El Inapam, una institución con un poco más de tres décadas de experiencia pretende erigirse como el órgano rector de los programas y acciones gerontológicas, con la participación de los tres niveles de gobierno y los diferentes sectores del país, (Inapam, 2009).

Con esta línea de propuestas y buenas intenciones el Inapam ofrece servicios que logran llevar al adulto mayor a tener una vida saludable y en muchas ocasiones a mejorar a través de sus programas la calidad de vida de los usuarios, si bien se ofrece bienestar físico, psicológico y social en la mayoría de los servicios, también es necesario considerar que el impacto a nivel nacional es diferente en cada estado, por ejemplo entre el D.F. y el Edo. de México se concentra el 40% del padrón de afiliados a nivel nacional del Inapam (Inapam, 2010), dejando al resto de los Estados con menos oportunidades de desarrollo.

Ahora bien, dados los requerimientos tecnológicos impuestos por la modernización se hace difícil la generación de nuevos empleos para este sector de la población, son demasiados adultos mayores, incluso entre los que han seguido estudios académicos, tienen escasas esperanzas de encontrar un empleo productivo. Es decir, existe en nuestro país una proporción cada vez menor de personas que trabajan, en comparación con aquellas que están en aptitud de hacerlo (CONAPO 2004).

En este sentido, y para enfrentar esta problemática, uno de los varios programas que brinda servicio en Centros Culturales y Clubes del Inapam es el programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre, una alternativa donde a los usuarios se les enseña a realizar artículos de diversa índole, para el

autoconsumo o la producción a pequeña escala, con los cuales, además de ocupar su tiempo libre, los adultos mayores podrían obtener un ingreso extra.

Aun así, el desafío que hoy se presenta es grande y complejo, exige de la conjunción del gobierno, con sus estrategias y compromisos para que a través de programas, políticas públicas y acciones decisivas le hagan frente; pero también para involucrar a la sociedad en su conjunto hacia el desarrollo de un Plan Nacional por un envejecimiento saludable con calidad de vida para los adultos mayores. Es necesario que los distintos actores involucrados en este proceso lo incorporen ya en la agenda nacional como un asunto prioritario que deriven en estrategias acordes y efectivas para la atención del adulto mayor en todo el país.

Con base en este planteamiento, este estudio pretende evaluar los resultados alcanzados a partir de una muestra de adultos mayores que asisten al programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre, programa impartido por el órgano rector en nuestro país para los adultos mayores (Inapam), conociendo si mejora la calidad de vida, dada la asistencia al programa de dicha muestra.

Para la presentación de la investigación desarrollada, el material se organiza en siete capítulos. En el primero se establece una visión general sobre la vejez, desde las concepciones históricas del envejecimiento, el aporte de las principales teorías de esta etapa de vida, hasta los aspectos demográficos, componentes que fortalecen ampliamente la investigación.

Para el segundo capítulo, se plantea una transición institucional a favor del adulto mayor, desde los antecedentes hasta la actualidad, pasando por políticas públicas nacionales e internacionales, hasta la descripción del programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo libre; una de las variables que fueron utilizadas en esta investigación.

En el tercer capítulo, se incorpora el desarrollo de la otra variable; calidad de vida, de la misma forma, se mencionan los antecedentes, significado e indicadores, para posteriormente concretar la variable en los adultos mayores.

El cuarto capítulo se muestra la metodología de la investigación, estableciendo como objetivo general evaluar el Programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo libre, que a partir de una investigación evaluativa, la aplicación de un par de instrumentos, uno que mide calidad de vida y otro la opinión de los usuarios acerca del programa, a una muestra de 59 adultos mayores, se conoció el impacto que tiene el programa en la vida de éstos.

El quinto capítulo describe los resultados de la muestra, un análisis cualitativo para los resultados de calidad de vida, y otro análisis de contenido para la opinión de los usuarios sobre el programa, junto con la teoría planteada, permiten establecer los últimos dos capítulos, uno de discusión y otro con las conclusiones y sugerencias para la presente investigación.

Asimismo se incorporan los instrumentos aplicados en este estudio como anexos.

Capítulo I Las concepciones sobre el envejecimiento

A lo largo de la historia la vejez ha sido vista de diferentes maneras, en algunas sociedades y culturas antiguas, el anciano era considerado como poseedor de sabiduría y sus experiencias servían para orientar el desarrollo de su sociedad, mientras que en otras no se les daba ninguna importancia e incluso eran relegados.

Existe una gran variabilidad en el trato que la sociedad les daba, y dependía principalmente de factores sociales y culturales. Puede observarse por ejemplo, que algunos pueblos primitivos abandonaban a su suerte a los ancianos, en cambio otros los trataban con respeto. Se sabe que los ancianos recibían en ocasiones maltratos por los pueblos cuyos recursos eran escasos, ya que inevitablemente se les consideraba como una carga (Sánchez y Ramos, 1982).

1.1 La vejez a través de la historia

Entre los egipcios la palabra anciano era sinónimo de sabiduría, ya que los adultos mayores tenían una función destacada en la sociedad como consejeros, guías y educadores de los jóvenes (Inapam, 2008).

Platón (427-347 a.C.), presenta una visión individualista e intimista sobre esta etapa de vida, resalta la idea de que se envejece como se ha vivido y de la importancia de cómo habría que prepararse para la vejez en la juventud. Así pues Platón es un antecedente de la visión positiva de la vejez, así como de la importancia de la prevención y profilaxis. Por el contrario, Aristóteles (384-322 a.C.) presenta lo que podríamos considerar etapas de la vida del hombre: la primera, la infancia; la segunda, la juventud; la tercera- la más prolongada-, la edad adulta, y la cuarta, la senectud, en la que se llega al deterioro y la ruina. Incluso llega a considerar la vejez como una enfermedad natural (Fernández – Ballesteros, 2000).

Durante el renacimiento y el barroco permaneció la idea de la inevitable decrepitud y el carácter melancólico de la ancianidad (Sánchez y Ramos, 1982).

Existen sociedades que mantienen un trato estable para los adultos mayores. Por ejemplo, la situación del anciano en China se ha mantenido casi inalterable a través de milenios. Es decir, el anciano es considerado en la familia como una parte valiosa, con una civilización estática por siglos, el anciano ocupó la cima social (Sánchez y Ramos, *ibíd.*).

En el México antiguo, la huehuéyotl o senectud, no implicaba necesariamente un estado de decrepitud o pérdida de las facultades por efecto de la edad. En el contexto del mundo náhuatl correspondía al anciano perseverar y continuar con las tradiciones. En general, no eran tenidos como carga o presencia fastidiosa, sino como parte esencial de la familia (León Portilla, 1984). En la vida cotidiana al anciano se le catalogaba como yoltéotl, esto es como el artista, el inventor o el hombre sabio, el primer morador de la tierra y, por tanto, conocedor de sus misterios y designios. Cada barrio o calpulli de la capital tenía su jefe electo por los habitantes, con la conformidad del soberano, el cual era asistido por un consejo de ancianos, los huehuetque, probablemente los más viejos y notables entre los jefes de familia. Así la huehuéyotl, senectud o vejez, estaba integrada por los huehuetzin, ancianos reverenciados, e ilamatzin, ancianas reverenciadas. Incluso una “atadura de años” o xiuhmolpilli, de 52 años, iniciaba un nuevo ciclo que daba paso a la tercera edad para completar el “cumplimiento de la vejez” o periodo de 104 años. (Inapam, 2008).

En nuestro país, actualmente existen sociedades tradicionales, de base rural, donde los adultos mayores son mayoritariamente respetados; representado la experiencia y el conocimiento; constituyen <<autoridades>> naturales de un mundo estático. Sin embargo, en gran medida la sociedad mexicana es excluyente y marginal para las personas de la tercera edad. Las posibilidades de encontrar empleo por este sector son remotas. Con el desarrollo capitalista e industrial, la situación de respetabilidad se desvanece. La sociedad se urbaniza,

tecnifica y dinamiza progresivamente; la experiencia deja de ser la principal fuente de conocimiento; las familias se dispersan, y la producción se erige en valor dominante (Rodríguez Ibáñez, 1979). En el marco de este nuevo sistema socioeconómico, a los ancianos se les asigna un papel marginal y hasta se les cataloga de inútiles: ya no son productivos, han quedado <<obsoletos>>. La vejez, que es una etapa natural, queda identificada con el <<retiro>> o <<jubilación>>. Paralelamente, lo <<juvenil>> preside más y más la cultura establecida.

La economía capitalista en la que vivimos categoriza a los seres humanos como “agentes económicos” y en el caso de los adultos mayores debilita sus condiciones. Existen condiciones materiales y una serie de representaciones sociales que sostiene esta etapa de vida, que se ha terminado la actividad productiva y creativa y que en muchos casos se deja fuera de la cadena económica reproductiva.

Este escenario deduce que el adulto mayor es considerado dentro de la globalización como un objeto inservible, apolítico, amnésico; lo que crea una barrera de entre sociedad y ancianidad.

Independientemente de los avances en la atención de las personas ancianas, hay un hecho insoslayable: la sociedad de hoy le teme a la vejez, sobre todo por la disminución física y mental. Si se asume que esta disminución trae aparejada una incapacitación para funcionar autónomamente, esta etapa aterroriza porque hace del hombre un ser dependiente socialmente (García Rendón, 2006). Estas pérdidas provocan un cambio en el estatus social que deteriora la imagen que se tiene de sí mismo y la propia valía personal. Esta dependencia obliga a quienes les rodean a atenderlos y crear servicios de apoyo. Casi pareciera que se vuelve una carga para la sociedad. Sobre todo en sociedades con una visión asistencialista como la mexicana. Un ejemplo ligado al cuidado familiar y que afecta la vida del adulto mayor, es la situación económica. Parece ser que contar con recursos económicos para la sobrevivencia, en esta sociedad, hacen la llegada a la vejez muy diferente. Pues por una parte la actitud de la sociedad y de

la familia es distinta, se tienen más consideraciones hacia los viejos que cuentan con propiedades u otros recursos, pues el interés por los bienes se hace manifiesta a través de la aspiración a la herencia. Además no son una carga y ellos pueden pagar sus gastos, así como su cuidado. En el caso de los viejos pobres que llegan a esta edad sin contar con un patrimonio, ni una situación económica estable, pero sobre todo que durante su vida por atender las necesidades de la familia y en particular de los hijos, no pudieron adquirir una vivienda y tienen que vivir en casas de sus hijos o demás familiares, lo que tiende a deprimirlos y generarles la desesperanza, que también los hace más vulnerables. Y por otro lado representan una carga para la familia que en ocasiones por cuidarlos tiene que abandonar sus trabajos y eso merma la economía familiar, lo que deteriora más aún la calidad de vida, y cuando no se abandona el trabajo se deja a los viejos solos, y dicho abandono también tiende a deprimirlos y a desear morir.

Así, las consideraciones de la vejez a lo largo de la historia y de cada cultura varían ampliamente, desde una posición de cúspide que garantiza un trato respetable por parte de la sociedad hasta el rechazo y abandono social que lleva a una muerte rápida y segura.

1.2 Concepto del Envejecimiento

Etimológicamente, <vejez>- derivado de <viejo>- procede del latín *veclus*, *vetulusm*, que, a su vez viene definido por <la persona de mucha edad>. Así que todos estos fenómenos (viejo, vejez y envejecimiento), en principio, hacen referencia a una condición temporal, y concretamente una forma de tener en cuenta el tiempo y la consecuencia del tiempo en el individuo, es decir, la edad (Fernández-Ballesteros, 2000).

Con frecuencia se considera que la edad cronológica marca la vejez, pero no solo la edad establece la vejez, sino que la edad física es un potencial indicador de

ésta. El ser humano experimenta una serie de cambios a lo largo de la vida; tras una etapa relativamente corta de desarrollo físico (coincidente con la infancia y la adolescencia) llega a una relativamente prolongada meseta para poco a poco ir declinándose en sus capacidades físicas (Fernández- Ballesteros, *ibíd.*).

Como señala Mishara y Riedel (1986), en términos generales, que con el paso del tiempo el organismo es menos eficiente, ello no quiere decir que no existen ciertos patrones de estabilidad y cambio. Por lo que se refiere a la edad física, podemos establecer los siguientes postulados a partir de Fernández y Ballesteros, *ibíd.*: 1) no todas las personas envejecen o cambian físicamente al mismo ritmo, 2) el entrenamiento y el cuidado del cuerpo pueden llevar a que las personas de más edad estén físicamente mejor que otras más jóvenes y, en este mismo sentido, 3) existen personas mayores de edad que tiene mejor salud que otras mas jóvenes y existe una enorme variabilidad entre personas mayores de edad en cuanto a enfermar. En todo caso el concepto de *vejez deficitaria* procede claramente de la vejez física o biológica, no debería extenderse a otras concepciones de vejez como la psicológica o la social.

Algunos autores han propuesto el concepto de *edad funcional* como aquel conjunto de indicadores que permiten predecir el envejecimiento satisfactorio (menos cambio y mayor estabilidad); más allá de su calificación, sitúa al individuo evaluado en un punto de un espacio multidimensional de funciones bio-psico-sociales (Ruiz Torres, 1989)

Una cosa es establecer la frontera de la vejez y otra muy distinta determinar una tipología o una clasificación de ésta. Con base en la edad cronológica, Neugarten (1975) establece dos categorías de vejez: los jóvenes- viejos que abarcan de los 55 a los 75 años, la de viejos- viejos, que se sitúa a partir de los 75 años. Riley (1988) modifica los rangos de edad de estas dos categorías y considera que los jóvenes -viejos son aquellos entre 65 y 74 años, los viejos-viejos los situados entre 75 y 85 años, considerando a las personas mayores de 85 como los viejos mas viejos.

En todo caso, las clasificaciones con base en la edad cronológica dicen poco respecto a la forma del envejecimiento; son mucho más atractivas aquellas que hacen referencia a cómo se envejece, lo cual, a su vez, aparece muy ligado a la edad funcional. En esta línea, Busse (1969) estableció una importante distinción entre envejecimiento primario y secundario. Por *envejecimiento primario* debemos entender los cambios inherentes al proceso del envejecimiento. Por el contrario, el envejecimiento secundario hace referencia a los cambios causados por la enfermedad que (por las relaciones ya expuestas entre edad y salud) son reversibles o que en si mismos, no están causados por la edad sino por una covariante de ésta (Fernández y Ballesteros, *ibid*).

Por otra parte existen, en menor medida, definiciones de la vejez con otra perspectiva, por ejemplo; psicológica: define la vejez en función de los cambios cognitivos, efectivos y de personalidad a lo largo del ciclo vital. El crecimiento psicológico no cesa en el proceso de envejecimiento (capacidad de aprendizas e, rendimiento intelectual, creatividad, modificaciones afectivo-valorativas del presente, pasado y futuro, así como crecimiento personal).

Social: suele medirse por la capacidad de contribuir al trabajo, la protección del grupo o grupos a que pertenece y la utilidad social. Estimación que varía según las sociedades, sus leyes, valoraciones, prejuicios y estereotipos, oscilando entre los extremos del continuo "viejo-sabio"/"viejo inútil".

En distintos trabajos se ha puesto en evidencia que muchas personas así como profesionales que se ocupan hoy de las personas adultas mayores tienen una serie de conceptos apriorísticos de lo que sucede en la vejez que, en su mayor parte, son negativos. Así, se supone que la vejez conlleva, necesariamente deterioro intelectual, enfermedad física, incapacidad funcional y otras muchas faltas. Estas concepciones son falsas, ya que tan solo aproximadamente 7 por 100 de población mayor de 65 años está afectada de patología demencial (aunque es cierto que ese porcentaje varía y se incrementa en cada década), dos tercios de

personas gozan de buena salud y tan solo una de cada diez personas mayores de 65 años presenta dependencia (proporción que se incrementa en las siguientes décadas) (Fernández y Ballesteros, *ibíd*) Estos estereotipos y falsas concepciones proceden, muy probablemente, de una generalización de la investigación gerontológica sobre el <viejo>.

Se han establecido aspectos descriptivos relevantes en el estudio de la vejez, denominaciones y clasificaciones más comunes. Sin embargo es necesario contemplar la conceptualización del envejecimiento desde las principales teorías; biológica, psicológica y social.

1.2.1 Teoría biológica

Una aproximación biológica, probablemente sustento de las concepciones actuales deja ver al envejecimiento asociado a la decrepitud. Un planteamiento básico en la teoría biológica, se refiere a que el organismo individual experimenta tres etapas esenciales: 1) crecimiento y desarrollo; 2) madurez, y 3) involución y declive. Estas tres etapas se suceden inexorablemente a menos que exista un error biológico o muerte por accidente del organismo o una alteración plástica y/o funcional que precipite la muerte del individuo.

En este planteamiento conviene resaltar que postula que durante el envejecimiento se producen dos procesos difícilmente separables: el declive fisiológico y la mayor frecuencia de enfermedades (Arana, 1996).

No obstante, es importante conocer los procesos que mantiene al organismo vivo y lo protegen de las enfermedades; así pues, existen también teorías que proveen de información para entender el proceso biológico del envejecimiento: teorías genéticas, teorías celulares, teorías sistemáticas, teorías de los eventos vitales biológicos, entre otras, de las cuales no me detendré a presentar por no ser el foco del análisis. Además, porque el proceso de envejecimiento mismo cambia a partir de las definiciones sociales de la expectativa de vida para cada sociedad; pero es importante reconocer también que el incremento en las expectativas de

vida que el cuerpo humano hoy presenta, en amplios sectores de la población, nos exigiría nuevos análisis para apoyar aquellos que aun no comparten estos índices de vida.

1.2.2 Teorías psicológicas

Al igual que las teorías biológicas, las teorizaciones psicológicas parten de algunos supuestos base. En primer lugar lo que se pretende es establecer qué cambios (crecimiento, estabilidad o declive) ocurren en el funcionamiento psicológico con el paso del tiempo y con la edad. Sin embargo, un segundo supuesto bien establecido es que no todos los cambios que se producen en el psiquismo humano se ajustan al patrón del funcionamiento biológico (crecimiento y desarrollo, madurez/ declive y muerte). La justificación es altamente compleja; lo más importante es señalar que no se puede parangonar la evolución biológica a la psicológica, entre otras cosas, porque como señala Gould (1981, citado en Fernández y Ballesteros), la evolución biológica se rige con arreglo en principios darwinianos, mientras que el ser humano es un ser, no sólo biológico sino también sociocultural; de ahí que existen funciones psicológicas que presenten desarrollo constante o, tras un máximo desarrollo, mayormente estabilidad.

Otra aclaración que conviene hacer se refiere a la distinción entre declive y deterioro; por declive se entiende el decremento que experimenta una determinada función psicológica en la mayor parte de los seres humanos considerándose éste en términos de normalidad. Contrariamente, por deterioro se entiende cuando este decremento se desvía significativamente de la media del grupo y, por tanto, puede considerarse como anormal, apareciendo generalmente, en presencia de patologías biológicas contratadas (Fernández y Ballesteros, 2000).

La psicología del desarrollo se ha ocupado precisamente de indagar y definir lo que se esperará cada etapa de la vida, algunas de sus aproximaciones nos

ofrecen una clara descripción de los cambios psicológicos ocurridos durante el envejecimiento.

Teorías del desarrollo. Entre los autores que más destacan en estas teorías se encuentra Erikson, (1950), el cual plantea la etapa de la vejez desde los 65 años en adelante, contemplando factores individuales y culturales. Menciona que el mayor logro de la edad adulta tardía es en un sentido de integridad del yo, un logro basado en la reflexión acerca de la propia vida. Erikson define cada etapa a partir de un dilema que el sujeto ha de enfrentar, en la octava y última etapa del ciclo de vida, *integridad v/s desesperanza*, los adultos mayores necesitan evaluar, sintetizar y aceptar sus vidas para admitir la proximidad de la muerte. Con base en los resultados de las siete etapas anteriores, se esfuerzan por lograr un sentido de coherencia e integridad, en lugar de rendirse ante la desesperación por su incapacidad de revivir el pasado de manera diferente.

Teoría de la actividad; Havighurst y Neugarten, (1968), pioneros de la Teoría mencionan que la actividad es la base del envejecimiento saludable; cuanto más activa se mantenga la gente, podrá envejecer de manera más satisfactoria. La teoría plantea que las personas más adaptadas y que sobreviven más años en mejor estado, son aquellas que realizan más actividad. Se sitúa la actividad como base del envejecimiento saludable.

Un elemento muy importante al interior de esta aproximación lo señala, Lemon (1972), el cual propone que para el sujeto lo más importante son las actividades que tienen sentido para él y no la actividad por sí misma, no es importante la cantidad de interacciones que mantenga si no su significación. No es la actividad por sí misma lo que es provechoso, sino lo que para el individuo tiene sentido.

Teoría de la continuidad; Robert Atchley (1989), enfatiza que pesar de los cambios, una alta proporción de personas mayores muestran consistencia, a través del tiempo en el perfil de sus actividades. Es decir para los adultos mayores que siempre han sido activos y comprometidos, es importante continuar con un

alto nivel de actividad. Por otro lado la gente que ha sido menos activa se siente mejor teniendo poca actividad.

Al envejecer los individuos aprenden a utilizar estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar favorablemente ante las dificultades de la vida; la continuidad sirve de base al proceso de adaptación al cambio mediante dos mecanismos:

El deseo de continuidad impulsa la preparación al cambio.

El deseo de continuidad como meta para la adaptación (enfrentar el cambio con preservación de sus vidas (Valdés Rojas, 2008).

Si bien distintos teóricos dan mayor peso a ciertas características que llevan al envejecimiento psicológico, nos damos cuenta de la relación y complementos necesarios que una debe a la otra, y en este sentido comprender que todas las teorías son impactados por aspectos biológicos, sociales y culturales.

1.2.3 Teorías sociológicas

Los distintos autores en el ámbito de las ciencias sociales (y, esencialmente en el ámbito de la sociología), han realizado revisiones teóricas sobre las propias teorías sociológicas en torno al envejecimiento. Así, Marshall (1996) establece un listado exhaustivo de teorías propuestas por distintos autores. Sin embargo, desde una perspectiva más amplia, puede verse que la mayor parte están inspiradas bien en el interaccionismo simbólico (la comprensión de la sociedad en la comunicación), bien en la teoría de la estructura social (la forma que adopta el sistema global de las relaciones entre individuos). De entre todas ellas, las más importantes son:

Teoría de la desvinculación, Cummings (1961), menciona que la sociedad y el individuo (en forma interactiva), que envejece tienen una misma meta: la desvinculación del individuo de la sociedad. "El envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o "desvinculación" recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen -

desvinculación provocada ya sea por el mismo interesado o por los otros miembros de este sistema." Se considera la muerte como la desvinculación total, de esta manera, se considera esta etapa como el momento en que la persona reorganiza sus proyectos en función del sentido y el tiempo que le queda por vivir.

Teoría de la subcultura. Fue inicialmente propuesta por Rose (1964), los componentes de la teoría sustentan el criterio de que las normas sociales son revalidadas por medio del proceso de interacción social. El argumento central de este enfoque consiste en hacer notar que los individuos mayores de 60 años están desarrollando una subcultura propia, debido a varios factores:

- 1.-Al encontrarse las personas maduras excluidas de la interacción con otras más jóvenes,
- 2.- El aumento de la interacción entre ellos mismos como resultado de sentirse segregados y apartados por su edad,
- 3.-Porque han desarrollado intereses comunes y creencias (fondos de pensiones, salud, educación de adultos, discriminación, etc.).

De este modo los adultos mayores han ido creando una subcultura propia, con sus propias normas, valores e identidad. Esa subcultura se encuentra forzada por los estereotipos que sobre el envejecimiento sustentan las generaciones más jóvenes, y los "viejos" mismos. La subcultura del envejecimiento, a la vez que trata de demostrar la poca validez de esos estereotipos, sin embargo, en muchas instancias los perpetúa.

Teoría de la modernización. La posición social de los mayores es inversamente proporcional al grado de industrialización. Las innovaciones tecnológicas, el desarrollo industrial y los nuevos valores educativos y sociales han ido paulatinamente despojando al viejo de su estatus anterior. Los progresos en el campo de la prevención y la salud han aumentado la esperanza de vida de la población lo que ha repercutido en el mayor incremento en el número de adultos

mayores y por consecuencia, de sus necesidades sociales y de salud. Lo anterior se traduce en una mayor carga social y un deterioro en sus condiciones de vida.

Como se ha visto, con el paso del tiempo y en distintas culturas, se ha desarrollado un concepto de envejecimiento con distintas connotaciones, desde considerarse como un castigo o enfermedad, hasta finalmente concebir la idea, como una etapa de vida. Así pues, el envejecimiento es un proceso natural, dinámico, irreversible, progresivo y universal que se inicia desde el momento mismo en que nacemos, por lo tanto, ningún ser humano está exento de envejecer; conlleva en las personas una serie de cambios, tanto físicos, sociales y psicológicos.

1.3 Significado Social

La vejez al igual que el resto de las cosas, también en una creación social, cambiante en épocas y contextos, llena de creencias y estereotipos, y que en muchas ocasiones no coinciden con la realidad.

La vejez constituye un complejo entramado de características que afectan a las distintas esferas de la vida personal (competencia, valores, salud, economía, etc.) y que configuran una experiencia vital determinada como consecuencia del hecho biográfico de cumplir años. Como experiencia vital y biográfica, la vejez es una preocupación personal, pero no sólo una preocupación de las personas mayores. Tal y como señala Brown (1996), la vejez se ha convertido en una preocupación personal para las personas de todas las edades.

Para la sociedad el concepto vejez varía ampliamente; Robles Silva (2006), menciona que; el estatus social del viejo se entiende como un conjunto de derechos y deberes conquistados por el individuo y su carrera hacia la vejez. Estos derechos y deberes se expresan solo entre los individuos que comparten los mismos valores en la sociedad y que han construido modelos de conducta recíproca.

La definición social de la vejez lleva consigo elementos de juicio y valoración de la experiencia de ser mayor. Pueden definirse dos visiones contrapuestas de la vejez. La primera de ellas es la consideración de la persona mayor como sabia, y cargada de experiencias, de alto estatus social, merecedora de gran respeto y con una clara posición de influencia sobre los demás. Esta visión de la vejez, asociada según Keith (1982) con la forma institucional de la familia y la familia extensa modificada, refuerza aspectos positivos de la experiencia del envejecimiento. Las personas mayores serían personas de alto estatus, muy consideradas y reforzadas por el grupo primario que las acoge. En las condiciones actuales, caracterizada por el predominio de la estructura familiar nuclear y estructuralmente aislada, esta visión de la vejez está poco extendida, a pesar de algunos esfuerzos propagandísticos (“la edad dorada”). La posición de altos estatus de la vejez estaba relacionada con la existencia de un grupo (la familia extensa) en convivencia comunitaria y también con el hecho demográfico de la existencia de un reducido número de ancianos sanos. La desaparición del grupo familiar extenso, pero sobre todo el incremento del número de personas mayores con plenitud de facultades, han reducido la fuerza social de esta idea de la vejez.

La segunda visión, opuesta a la anterior, destaca la vejez como un estado deficitario. La edad se supone desde esta perspectiva, lleva consigo, de manera inherente, pérdidas significativas e irreversibles. Matras (1990) sintetiza esta visión social de la experiencia de la vejez con los siguientes rasgos: físicamente disminuido, mentalmente deficitario, económicamente dependiente, socialmente aislado y con una disminución del estatus social.

Generalmente esta doble visión se ha explicado desde el ámbito de las ciencias sociales, como consecuencia del proceso de modernización, y no tanto como consecuencia de esquemas intencionales personales de aceptación y/o rechazo de las personas mayores. Así pues, la *hipótesis de la modernización* descrita por Cowgill, 1986, y Cowgill y Holmes, 1972, menciona que las sociedades modernizadas, se caracterizan también por una tendencia a ignorar las tradiciones culturales del pasado. Como consecuencia, las personas mayores pierden estatus,

y lo ganan grupos pertenecientes a otros segmentos de etapas del ciclo vital. También esta pérdida de estatus se explica por el hecho de que la sociedad modernizada tiende a establecer otros criterios de legitimación del modo de organización social; en este sentido se destaca que la sociedad modernizada está orientada por la tecnología, la mecanización, la computación y la ciencia (como método). La sabiduría (y consecuentemente el estatus del sabio) ya no dependen de la persona, sino del método o la técnica y de los resultados que se obtengan. El saber acumulado a través de la experiencia pierde valor, y es sustituido por el saber legitimado por el método y por las consecuencias técnicas.

Una perspectiva mas reciente subraya un rasgo relativamente nuevo, indicativo de un previsible conflicto en nuestra sociedad. Se refiere a la visión de las personas mayores como un grupo o <clase> privilegiada. Desde este punto vista Marshall, Cook y Marshall (1993) nos alertan de la construcción de un juicio negativo sobre el papel y la posición social de las personas mayores debido a la falta de <contribuciones económicas> a la sociedad (Fernández-Ballesteros,2000), al mismo tiempo que el desarrollo de políticas públicas para garantizar su sobrevivencia digna.

Existen nuevos planteamientos teóricos sobre las diferentes representaciones sociales de las personas mayores. Montañez, (1994) propone algunas:

- a) La teoría de la desvinculación, que define que las personas conforme envejecen y toman conciencia de ello se van desvinculando o retirando del mundo activo y van centrándose en ellas mismas. Ello da lugar a un mayor sentimiento de la propia responsabilidad personal, a encerrarse en si mismos y a una devaluación en muchas ocasiones de la propia imagen y autoestima.
- b) La teoría de los roles, que se basa en la idea de que el autoconcepto y la autoestima de cualquier persona están muy relacionadas con el tipo de roles desempeñados. Aunque en la vejez se adquieren algunos nuevos, el envejecimiento es, entre otras cosas, una carrera de pérdidas de roles, que

pueden tener como consecuencias la desorientación, la baja autoestima y un declive del autoconcepto.

- c) La teoría de la actividad, que define que las personas mayores deben continuar con niveles de actividad y participación óptimos para conseguir el bienestar psíquico y social. Las actividades propias de la edad ofrecen prestigio e independencia, de la misma forma que dejar de lado las actividades tienen el efecto contrario de pérdida de prestigio, poder y autoestima
- d) La teoría de la subcultura, que sostiene que las personas mayores tienen tendencia a interactuar más entre ellas que con otros grupos de edad, lo que les ayuda a mantener su identidad y autoestima al comportarse con otras personas en situación similar a la suya
- e) Por último, la teoría del etiquetado, que señala que cuando un individuo es percibido como viejo, sus conductas son interpretadas a través del estereotipo social de cómo se comporta una persona vieja, al mismo tiempo el propio sujeto termina por asumir esa idea social y se comportará en función de ella.

Las diversas teorías científicas han contribuido a configurar las diferentes imágenes sociales de la persona mayor e, incluso la autoimagen que esa persona tiene de sí misma. Sobre el anciano no sólo influyen las representaciones sociales de la vida diaria, sino que también tiene un enorme peso sobre él lo que diga la ciencia sobre cómo ha de entenderse a sí mismo. Por tanto, los estereotipos, positivos o negativos, referidos a las personas mayores en parte son consecuencia de la ciencia (Montañés Rodríguez, 2004). Muchas teorías, como la desvinculación o la subcultura, hablan de una marcada desigualdad social entre las personas mayores y el resto de grupos sociales. Son teorías que en parte tienen un concepto deficitario de la vejez. Por el contrario, otras teorías, como la de la actividad ayudan a tener una percepción de la vejez más competente e integrada (Fernández-Ballesteros, 1992).

Los estereotipos de alguna forma son inherentes al tipo de sociedad y cultura de cada momento histórico, de forma que los asumen la mayoría de los miembros de esa sociedad o cultura, incluyendo a los que soportan las etiquetas del estereotipo. Los estereotipos de edad se han estudiado desde diferentes perspectivas: la social, la psicodinámica, y la sociocognitiva. (Hummert, 1999, Montañés Rodríguez Juan, 2004).

Desde la perspectiva sociocultural, los estereotipos de edad son creencias acerca de las características de la gente de una determinada etapa de vida, que son mantenidas en general por todos los miembros de una cultura en concreto. Generalmente, son estereotipos a menudo incorrectos, que se aplican a todos los de una categoría, en este caso a los mayores de 65 años y que refuerzan prácticas discriminatorias hacia los mismos. Pero los estereotipos sobre una determinada edad impactan de manera definitiva a las otras. Hoy podemos observar que la verdadera edad de oro se centra en la juventud, etapa por demás corta, que tensa la situación de infantes, adultos y ancianos al girar sus expectativas de pertenencia y modelos de referencia alrededor de ella.

La perspectiva psicodinámica también piensa que los estereotipos de edad son negativos, referidos a características de personalidad, en este caso como el autoritarismo, la agresividad o el determinismo. Mientras que la perspectiva sociocultural se cuestiona cómo son los estereotipos de edad dentro de una cultura, la perspectiva humanista se pregunta acerca de qué personas están más predispuestas a adoptar los estereotipos de edad.

La perspectiva sociocognitiva intenta proporcionar claves para el entendimiento de la compleja naturaleza de los estereotipos de edad y para tratar de indagar el impacto que éstos tienen en nuestra propia percepción e interacción interpersonal. Desde este planteamiento, los estereotipos de edad son esquemas de percepción de personas, que afectan a las percepciones, a los juicios y a los comportamientos sociales, se activan a partir de la interpretación que se hace de los comportamientos de comunicación o interacción con los demás: verborrea,

respuestas pasivas, conversaciones dolorosas y sobre problemas personales o sociales (Hummert, 1999)

En general, la sociedad siempre ha utilizado una cierta ambigüedad hacia las personas mayores. Por una parte ha aceptado, respetado y venerado a sus mayores, por otra parte la persona mayor ha quedado estigmatizada, etiquetada y fuera del resto de la sociedad Valladares, 1995(Montañés Rodríguez Juan, 2004).

Para la sociedad mexicana es preciso conocer cuáles son los roles y estatus asignados a los ancianos; para ello es necesario adentrarnos a la cultura y conocer cómo el anciano interactúa en diferentes ambientes tanto culturales como económicos. Apoyándose en una serie de características biológicas, sociales y culturales se delimita con bastante precisión y se da un trato diferencial según la fase del ciclo de vida. Es decir, si es niño, adolescente o adulto, pero tenemos serias dificultades para determinar cuándo inicia o se declara la vejez y el trato por recibir según el estatus social conquistado y, por tanto, el papel que juega el individuo.

Afortunadamente, y probablemente a partir del incremento en la edad de expectativa de vida, en los últimos años ha habido un importante cambio teórico en los estudios acerca de la vejez, que se han materializado en un incremento espectacular de las investigaciones y publicaciones acerca de esta etapa de la vida y en la aparición de un concepto mucho más positivo de la misma (Montañés Rodríguez Juan, 2004). La cuestión es si la sociedad en general ha evolucionado también al mismo ritmo, si paralelamente la imagen social de la vejez se ha modificado y si el propio anciano tiene otra perspectiva de su realidad y otra forma de vivirla

1.4 Aspectos demográficos

Desde mediados del siglo XX los cambios científicos, tecnológicos, sociales y económicos, impactaron significativamente en la demografía nacional. Uno de los fenómenos asociados al avance de la transición demográfica es el rápido

incremento de la población en edades avanzadas. La disminución de la mortalidad y la fecundidad tiende a transformar la pirámide de la población, estrechando su base y ampliando su cúspide. En el pasado, en la actualidad o en el futuro, bien sea rápida o lentamente, todas las naciones del mundo han enfrentado, enfrentan o enfrentarán de manera ineludible el envejecimiento demográfico (CONAPO, 1999)

México registró un rápido crecimiento demográfico entre 1930 y 1970, periodo durante el cual sus pirámides de edad eran típicas de una población en crecimiento, con una base ancha en la que cada escalón hacia arriba se estrechaba. Ese aumento se mantuvo hasta el período intercensal 1960-1970, cuando alcanzó un crecimiento medio anual de 3.4%.

En aquel decenio, los logros en materia de salud impulsaron la caída de la mortalidad, sobre todo infantil, lo que generó el máximo ritmo de crecimiento de la población y dio lugar, en 1970, a la tasa de crecimiento más alta en la historia demográfica del país: se presentó el nivel máximo de fecundidad situado en 7 hijos por mujer (Benítez, 2000). Este acontecimiento definió a la población mexicana como eminentemente joven. Se puede afirmar que para este periodo México atravesaba por la primera fase de la transición demográfica (Ortiz-Gerónimo, 2008).

A partir de entonces, el establecimiento de una meta demográfica de 1.5, y la consecuente difusión de campañas de planificación familiar, el acelerado proceso de urbanización, las mejoras en la escolarización y la participación de la mujer en el trabajo (Mendoza, 1998), lograron un importante descenso en los índices de fecundidad, entre cuyos efectos positivos destaca la disminución de la tasa de crecimiento demográfico. Al mismo tiempo, el desarrollo científico y el descenso de la mortalidad tuvo como resultado el aumento de la esperanza de vida (Partida, 1998). En el año 2000 se logró un avance más significativo en lo que respecta a los componentes demográficos, con una tasa de crecimiento anual de 1.4% y una

fecundidad de 2.55 hijos por mujer ((Ortiz-Gerónimo, *ibíd*). Para este mismo periodo, la esperanza de vida en México fue de 73.8 años, dato que prácticamente duplica el observado en 1930, que era de 36.5 años. Por su parte, la disminución en los índices de fecundidad ha permitido un descenso en el crecimiento de la población, generando cambios recientes en su composición por edad. Sin embargo, la transición demográfica y el envejecimiento poblacional se van a presentar de forma heterogénea e irregular a lo largo del territorio nacional, dependiendo del comportamiento de los componentes demográficos como la mortalidad, la fecundidad y la migración, así como de las distintas variables socioeconómicas predominantes.

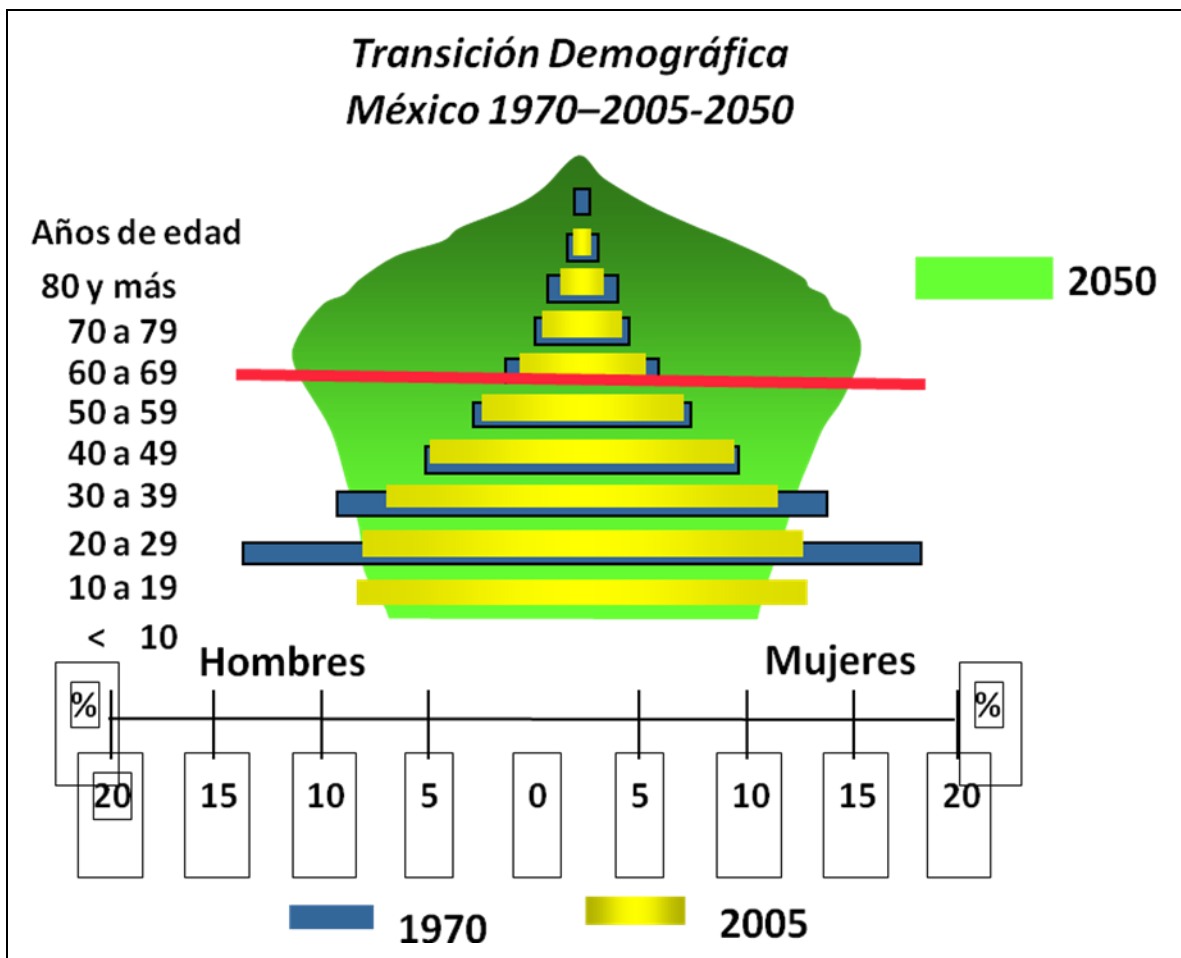
El final de siglo XX y principio del XXI, ha sido un momento que obliga al desarrollo dos perspectivas. Una visión es hacia atrás cuando contempla los acontecimientos de la centuria que finaliza, los evalúa y explica. Con base en las lecciones del pasado, la otra mirada intenta ver hacia adelante, no solo se figura lo que nos puede deparar el nuevo siglo sino que se pregunta qué clase de porvenir queremos, cómo debemos procurarlo y cuáles son las propuestas en busca del mejor futuro.

El envejecimiento demográfico no es un proceso exclusivo de México, sino que es parte de un fenómeno mundial en aumento y que ha sido claramente diferencial por niveles de desarrollo debido a la liga de avance científico y tecnológico, socioeconómico y transición demográfica.

En México actualmente existen poco más de 10 millones de adultos mayores, de los cuales representan poco menos del 10% de la población total de nuestro país, es una población que crece de manera rápida, su tasa de incremento paso de 2.5 por ciento anual en 1970 a 3.6% en el 2004 (Conapo, 2004). Se prevé que esta dinámica continuará acelerándose hasta alcanzar un ritmo promedio anual de 4.2 por ciento durante la tercera década del presente siglo. Entre 2005 y 2050 la población de adultos mayores se incrementará en alrededor de 26 millones de personas, pero más de 75 por ciento de este incremento ocurrirá a partir del año

2020. Debido a esta acelerada dinámica de crecimiento, se estima que la población de 60 años o más, que en la actualidad representa casi uno de cada 13 mexicanos (8.6%), en 2030 representará uno de cada seis (17.1%) y en 2050 más de uno de cada cuatro (27.7%). La edad media de la población aumentará de 28 años en la actualidad, a 37 y 43 años en 2030 y 2050, respectivamente. (Conapo, 2008)

Las diferentes fases de la transición demográfica algunos datos antes mencionados se pueden apreciar en la siguiente grafica:



Fuente: Estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población

De hecho, en el caso de México la velocidad del proceso de envejecimiento será aún mayor a la de otros países latinoamericanos. En el año 2005 no existían grandes diferencias en la proporción de adultos mayores entre México (7.6%) y otras naciones ubicadas similarmente en fases previas de la transición demográfica, como Bolivia (6.7%) y El Salvador (7.8%). En cambio, países como Chile, que se encuentran en una fase más avanzada de este proceso, tenían ya un mayor porcentaje de población con 60 años o más (11.6%). No obstante, en consecuencia a los factores ya señalados, se espera que esta situación cambie significativamente en las próximas décadas, de tal manera que hacia 2050 el porcentaje de adultos mayores en México (27.7%) sea mayor al de países como Bolivia y El Salvador (17.5% y 21.2%, respectivamente) (Conapo 2008).

En síntesis, el envejecimiento demográfico es parte de un amplio y constante proceso. En esa calidad de proceso, en primer lugar se trata de un fenómeno cambiante con el tiempo. La manifestación final de esos cambios en la mayoría de los países es la creciente población en edades avanzadas, tanto en números absolutos como en su proporción respecto al total. También, como proceso transformando a la población, está condicionado a las determinantes sociales y económicas de cada país o sociedad que lo experimenta; al mismo tiempo que forma parte de esas condicionantes. De esta manera, el envejecimiento demográfico en México adquiere e impone particularidades a considerar en nuestros análisis.

El reconocimiento del envejecimiento como desafío ya particularmente para México, surge en primer lugar de la revisión demográfica sobre los retos surgidos en los países envejecidos y desarrollados, cuando se consideran sus experiencias frente a la extrapolación de estas condiciones ante las propias tendencias demográficas y las proyecciones de la población (Chande, 2003). No se trata pues de identificarse con situaciones que quizá sean diferentes, ni de imitar formas de actuar, sino de mirar qué partes del proceso del envejecimiento y sus características tienen similitud con procesos ya observados anteriormente en otras sociedades para de ahí crear no sólo el diagnóstico propio sino también para

generar los conceptos, referencias, la metodología y la información que sean pertinentes

Una primera visión indica que los desafíos de más relevancia que impone el envejecimiento en México se refieren a:

- La insuficiencia financiera y actualmente deficitaria de la seguridad social y los sistemas de retiro y pensiones;
- El desplazamiento hacia edades mayores en la composición de la fuerza de trabajo y su repercusión en los mercados laborales ante la globalización económica, la transformación y tecnificación de los métodos de trabajo y los cambios en los modelos de desarrollo;
- La fragilidad en las condiciones de salud de la población, en edades avanzadas, la mayor incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas e incapacidades, imponiendo la necesidad de modificar los sistemas de salud;
- El cambio en las relaciones familiares y las condiciones de vivienda, producto de la transformación en las estructuras familiares y de los hogares conformados cada vez con más miembros envejecidos y menos familiares en edades juveniles y de la infancia;
- Las necesidades de transferencias intergeneracionales e intrafamiliares ante las fallas o simple inexistencia de los sistemas públicos de apoyo a la población envejecida;
- La feminización del envejecimiento, debida no sólo a la mayor sobrevivencia de las mujeres sino también a las condiciones más adversas, físicas, económicas y sociales, con las que las mujeres llegan y pasan por la vejez en comparación con los hombres;
- La vulnerabilidad ante la vejez, del grueso de mayor edad, y sus aspectos físicos, sociales, éticos, legales y derechos humanos.

El entendimiento del envejecimiento, sus características socioeconómicas y de la salud, la prevención y la búsqueda de soluciones ante los desafíos que impone, se tornan todos en una necesidad moral, social y política (Chande, 2003).

En México diariamente 799 personas cumplen 60 años; según el Consejo Nacional de Población para el año 2050, uno de cada cuatro será adulto mayor. La tasa de analfabetismo de los adultos mayores es de 30.1%, mientras que para el total de la población de 15 años y más es de sólo 9.5%, la tasa de participación (número de personas ocupadas entre el total de la población adulta mayor) es significativamente inferior a la del total de la población. Mientras en el primer caso la tasa es del 29%, en el total de la población es de 49%, del total de adultos mayores sólo el 19% está ocupado en el sector formal y el 81% restante en el informal, de aquí del 51.2% de los ocupados sus ingresos son menores a los de un salario. Todos estos indicadores ponen de manifiesto que una proporción significativa de los adultos mayores es vulnerable y al ser el grupo de población que mayor crecimiento tendrá en los próximos años, sus problemas se incrementaran considerablemente. Es por ello que resulta impostergable el diseño e implementación de políticas del Estado que mejoren esta situación.

Capítulo 2. Organización y Política: la transición institucional, clave para mejorar el desarrollo integral de los adultos mayores

En México las instituciones públicas han surgido de forma oportuna e importante para la sociedad desde hace varias décadas, los cambios sociales, políticos, económicos, demográficos, entre otros, sucedidos en nuestro país, han propiciado una transformación que impacta, entre otros sectores, a la población adulta mayor. Por tal motivo, las organizaciones gubernamentales buscan asistir a la población adulta mayor, con el objetivo de lograr un desarrollo integral en la vida de éstos.

2.1 Antecedentes de la Instituciones públicas, para la atención de los Adultos Mayores

Los antecedentes en México respecto al servicio público de asistencia, que involucra a los adultos mayores, los encontramos desde el decreto del 28 de febrero de 1861, con el cual se creó La Dirección General de Fondo de Beneficencia, que contaba con facultades plenas para manejar los hospicios y otros establecimientos de beneficencia del Gobierno de la Unión; lugares que apoyaban a la población vulnerable, carentes de seguridad social, brindando principalmente atención a la salud. Por Decreto del 30 de agosto de 1862, se instituyó la Dirección General de Beneficencia Pública, que introdujo, como característica innovadora, el que los establecimientos de caridad quedaran a cargo de los ayuntamientos; facultad que en 1877 retomó la Dirección mencionada (INSEN,1996). Ya en el periodo pos revolucionario; el 16 de julio de 1924, se instituyó la Junta Directiva de la Beneficencia Pública del Distrito Federal, con la totalidad de atribuciones con que contaba la ya citada Dirección General de Beneficencia Pública; facultades para administrar las fincas, capitales y rentas pertenecientes a los establecimientos, así como los recursos fiscales y los provenientes de particulares destinados a propósitos de Beneficencia, para allegarse de recursos para cumplir con funciones. Más tarde dada la promulgación de la Ley General de Pensiones Civiles y de Retiro de 1925, supuso un nuevo

avance en la materia, garantizando en la legislación el acceso a condiciones mínimas de vida a los trabajadores durante la jubilación (Vivaldo- López, 2009).

La Dirección General de Beneficencia Pública funcionó hasta 31 de diciembre de 1931, en el que se publicó la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado que, a su vez, instituyó la Secretaría de Asistencia Pública, la cual en 1943, al fusionarse con el Departamento de Salubridad, se constituyó como: La Secretaría de Salubridad y Asistencia, con las facultades propias en materia de salud y de servicios asistenciales a todos los sectores de la población (INSEN 1996). Adicionalmente, encontramos grandes avances durante el Siglo XX, pues la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1931, del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1943 y, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en 1963, garantizaron nuevas posibilidades de acceso a servicio de salud y otros beneficios a las personas envejecidas.

2.2 Instituciones para el Adulto Mayor

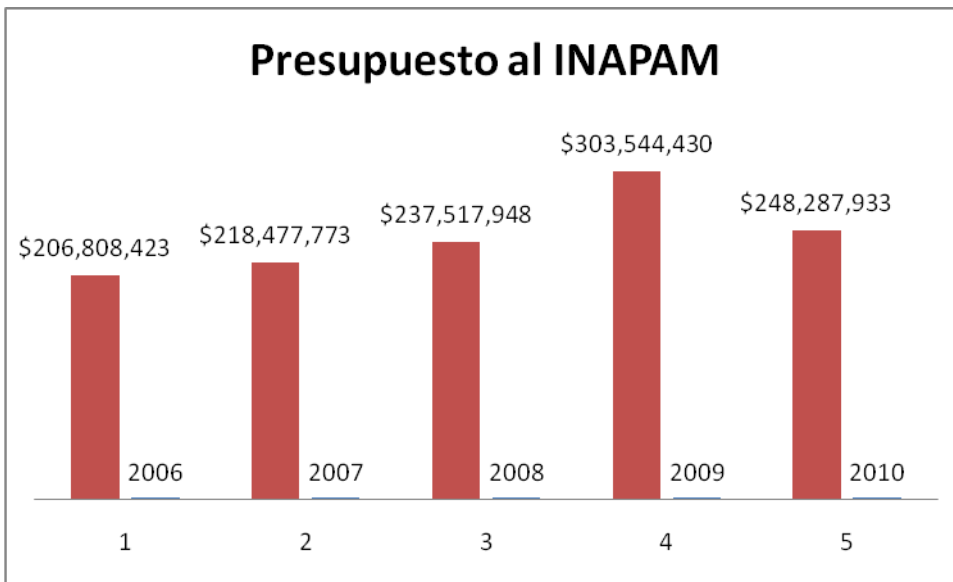
Si bien, el gobierno mejoraba los servicios para la población, en el caso de los adultos mayores no era suficiente, ya que, la mayor atención la disponían a la asistencia materno-infantil. Por lo que, hasta el 22 de agosto de 1979, se crea el Instituto Nacional de la Senectud, organismo público descentralizado, dejando de ser parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con la finalidad de responsabilizarlo de: la protección, ayuda, atención y orientación de la población adulta mayor, y aunque se enfoca esencialmente al aspecto médico-asistencial, abrió la puerta para iniciar la consideración de otras necesidades.

Sin embargo, las demandas fueron cada vez más, por lo que el 17 de enero del 2002, también por Decreto Presidencial, pasó a formar parte del sector que encabeza la Secretaría de Desarrollo Social y modifica su nombre por Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN), (Inapam 2008). El 25 de junio del 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores,

creándose por ésta, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam). Organismo público descentralizado adscrito, a la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Sus principales objetivos son: proteger, atender, ayudar y orientar a las personas adultas mayores. Con esta Ley el Instituto se confirma como el órgano rector de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 o más años de edad, en nuestro País (Inapam, 2009).

En este sentido, la organización ha estipulado dos rubros importantes, que marcan la labor del Instituto, desde lo que se ofrece, hasta lo que se pretende para los usuarios del mismo. El primero se refiere a la Misión; promover el desarrollo humano integral de los adultos mayores; brindándoles: empleo, ocupación, retribuciones, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, reduciendo las desigualdades extremas y las inequidades de género. En tanto que la Visión, se basa en: consolidar al Instituto, como el órgano rector de los programas y acciones gerontológicas, con la participación de los tres niveles de gobierno y los diferentes sectores del país (Inapam, 2009).

Uno de los indicadores principales para el desarrollo de la organización es el presupuesto asignado para cada año, mismo que, acorde con las cifras del crecimiento del número de este sector, había tenido un incremento paulatino, hasta este año. En la siguiente grafica se muestra los presupuestos de los últimos cinco años:



Fuente: presupuesto de egresos de la federación para el ejercicio fiscal 2010, SHCP.

En la actualidad con un presupuesto de 248, 287, 933 pesos que equivale a .30% del presupuesto total que recibe de SEDESOL (SHCP, 2010), ofrece en su infraestructura varios servicios a través de:

- 31 Delegaciones estatales.
- 1 mil 342 Subdelegaciones municipales.
- 139 Coordinaciones Municipales.
- 4 mil 720 Clubes de la Tercera Edad a nivel nacional.
- 4 Centros Culturales.
- 13 Unidades Gerontológicas.
- 4 Centros de Atención Integral en el Distrito Federal.
- 7 Albergues.
- 3 Unidades móviles promotoras de servicios y empleo a la comunidad.
- 5 Departamentos de Asesoría Jurídica en igual número de entidades.

Estos espacios físicos, distribuidos en la República Mexicana, brindan servicios como:

- Credencial de Afiliación; tarjeta que da acceso a múltiples descuentos en bienes y servicios en cerca de 20 mil establecimientos a nivel nacional.
- Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre; Capacita a los adultos mayores en la producción de diferentes artículos, que al ser comercializados les generan un ingreso y propician la ocupación de su tiempo libre.
- Centros de Atención Integral: Se proporcionan servicios médicos especializados en geriatría, acupuntura, audiología, cardiología, dermatología, gastroenterología, ginecología, odontología, oftalmología, optometría, ortopedia, otorrinolaringología, psicología, reumatología, ultrasonografía, así como en rayos X, estudios de laboratorio y gabinete. Sin importar que sean derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Centros Culturales: Su objetivo es brindar actividades académicas de formación complementaria y otras opciones para incrementar el nivel cultural de los asistentes, al proporcionarles materias de formación humanística, disciplinas pedagógicas e idiomas.
- Clubes de la Tercera Edad: Son espacios comunitarios en los que se atienden a personas de 60 años y más, quienes realizan actividades sociales, educativas, culturales, artísticas, recreativas, deportivas y productivas en talleres de manualidades, artesanías y oficios, con lo que se

fomenta su organización e intervención en la solución de sus problemas, además de propiciar su permanencia en la comunidad.

- Educación para la Salud: Con acciones preventivas se imparten seminarios, cursos, pláticas y se proporcionan alternativas y consejos para el sano envejecimiento.
- El Inapam va a tu Barrio: A través de unidades móviles ofrece los servicios de afiliación, asistencia jurídica, consultas médica y odontológica a las personas de 60 años o más que no pueden acudir a los centros de Atención Integral, ya sea por su lejanía o por su condición física. Estas unidades visitan regularmente colonias y zonas marginadas, las cuales son programadas de acuerdo a los requerimientos que presentan al Instituto representantes o líderes vecinales.
- Tercera Llamada: Se otorgan apoyos financieros y asesoría a los adultos mayores de escasos recursos con iniciativas productivas viables. Tercera Llamada sólo opera en el Distrito Federal.
- Asesoría Jurídica: Proporciona apoyo gratuito, orientación jurídica, gestión administrativa y representación legal ante los tribunales a las personas de 60 años y más que enfrentan problemas legales.
- Albergues y Residencias Diurnas: Proporcionan asistencia integral a los adultos mayores carentes de apoyo familiar o recursos económicos, que les permitan cubrir sus necesidades básicas y ser independientes.

En las residencias de día reciben alojamiento temporal y en los albergues, permanente, además de alimentación equilibrada, supervisión geriátrica, terapia ocupacional y servicios de trabajo social.

- Actividades Socioculturales: Para aprovechar las capacidades creativas y el bagaje cultural de las personas adultas mayores, los profesores del Inapam

imparten clases de educación artística, guitarra, canto, teatro, danza regional y baile de salón, entre otras disciplinas artísticas.

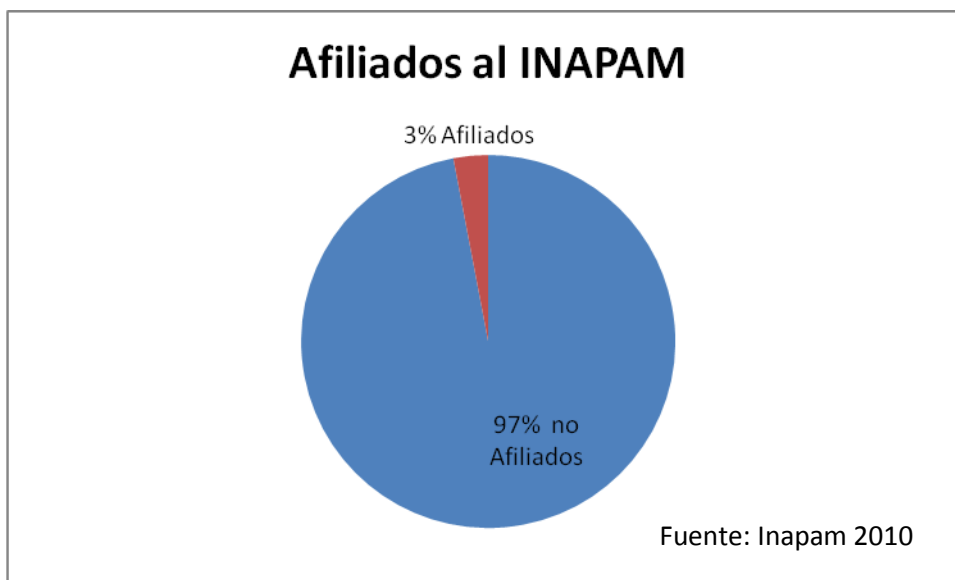
- **Cultura Física:** Desarrolla y preserva la cultura física a partir de acciones que incidan en sus hábitos y conductas. El ejercicio físico, la recreación y la práctica deportiva en el mantenimiento de la salud integral, al mismo tiempo que apoya los programas de rehabilitación y terapia ocupacional necesarios en esta etapa de la vida.
- **Turismo y Recreación:** Las personas adultas mayores tienen la oportunidad de recrearse y conocer diferentes lugares al viajar bajo los principios del turismo social, para que conozcan y reconozcan nuestra identidad cultural, riquezas naturales y arquitectónicas.
- **Certificación en Competencia Laboral:** Tiene como objetivo formar y promover la certificación de recursos humanos con niveles óptimos de calidad y calidez, conforme a la Norma Institucional “Cuidado del Adulto Mayor” y a la Norma Técnica “Diseño e impartición de cursos”, para lo cual se creó el Centro Evaluador de Competencias Laborales del Inapam.
- **Enseñanza:** Tiene como objetivo la capacitación y actualización de los recursos humanos en las áreas de gerontología y geriatría por medio de cursos, seminarios y conferencias. Los cursos que se ofrecen son: Psicología del Adulto Mayor; Terapia Ocupacional en el Adulto Mayor; Planificación de Servicios de Asistencia Social para Adultos Mayores; Servicios Asistenciales para Adultos Mayores, Prevención del Maltrato hacia el Adulto Mayor.
- **Servicios Educativos:** Propician el desarrollo de conocimientos habilidades y destrezas, clases de alfabetización y de regularización de los ciclos de primaria y secundaria, que se imparten en los clubes de la tercera edad, así como clases de formación complementaria en diversas áreas del conocimiento: historia, filosofía, comunicación y relaciones humanas,

lectura y redacción, lenguas extranjeras, psicología, entre otras, que se llevan únicamente en los centros culturales del Inapam, en la Ciudad de México

- Servicios Psicológicos, Los psicólogos del Inapam asisten a los clubes de la tercera edad, para platicar con los adultos mayores, con la finalidad de que este sector de la población tenga calidad de vida al mejorar las relaciones grupales, familiares y sociales.
- Bolsa de Trabajo: El Programa de Empleo para adultos mayores, tiene como objetivo sensibilizar a la sociedad y en especial a los empresarios para que promuevan fuentes de empleo exclusivas para las personas adultas mayores. (Inapam, 2009).

En la línea de integración y propuestas, en la actualidad se busca que el Inapam se apoye de otros organismos para brindar servicios especiales a la población objetivo, como son: Secretaría de Gobernación, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Salud, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Sistema Nacional DIF, IMSS e ISSSTE; para que de manera integral se brinde un mejor servicio a la población adulta mayor, aunque en la documentación disponible, no se establecen claramente los mecanismos de coordinación.

Es importante, señalar que de las 8 millones adultos mayores que existen en el país sólo están afiliados al Inapam el 3%.



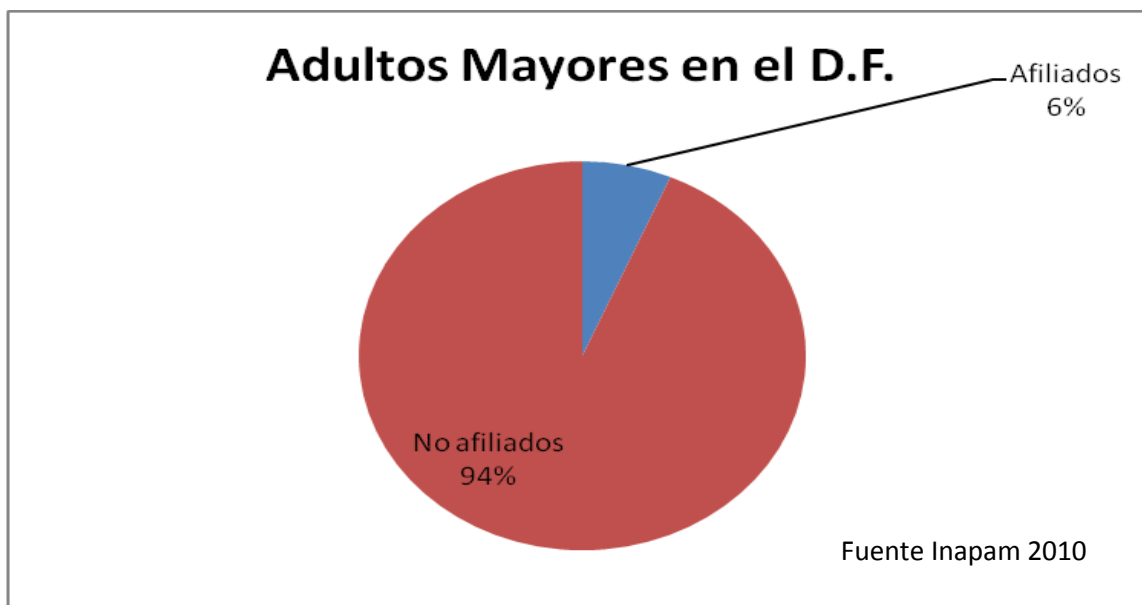
Siendo el Distrito Federal y el Estado de México los lugares que mayor porcentaje registran en cuanto a la afiliación, en contraste a B. California Sur y Campeche.

Padrón de Afiliados al Inapam.

Aguascalientes	4292	Nayarit	3589
Baja California Norte	2960	Nuevo León	13357
Baja California Sur	518	Oaxaca	3367
Campeche	703	Puebla	7955
Chiapas	3626	Querétaro	5846
Chihuahua	5180	Quintana Roo	1184
Coahuila	2738	San Luis Potosí	3441
Colima	1406	Sinaloa	3404
D.F.	59422	Sonora	6216
Durango	3996	Tabasco	2775
Edo. México	34854	Tamaulipas	8732
Guanajuato	4144	Tlaxcala	4884
Guerrero	7030	Veracruz	12136
Hidalgo	1813	Yucatán	2368
Jalisco	8140	Zacatecas	2442
Michoacán	3589		
Morelos	4181		

Fuente: Inapam 2010

De los 860,000 adultos mayores que existen en el D.F. solo están afiliados alrededor de 59422.



Dada la información obtenida con anterioridad, es importante reconocer el parteaguas de las políticas para los adultos mayores en nuestro país, siendo éste iniciado por parte del Gobierno del Distrito Federal.

En diciembre de 1997 la entonces denominada Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social, inicia los trabajos para la creación de la Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, misma que sule a la Dirección General de Protección Social. Uno de los principales objetivos fue separar las actuaciones normativas de las operativas, así como concebir una política social para la atención de grupos vulnerables y una política social para grupos prioritarios. Se determinó que el DIF-D.F. fuese la instancia que realizara programas operativos para la atención de grupos vulnerables. Dada su estructura y presupuesto, así como la naturaleza misma de instancia de asistencia social, continuaría y reforzaría la operación de programas para personas adultas mayores en situación

de indigencia, abandono, carencia de recursos, etc. Por los que se comenzó con los siguientes programas:

1.- El programa de “Despensas para Veteranos y Personas de Escasos Recursos Económicos.

2.-Continuacion de algunos convenios establecidos con Instituciones de Asistencia Social sin fines de lucro.

3.-Centros DIF-D.F. con programas para personas adultas mayores. Las instalaciones de los Centros carecían de espacios adecuados y medidas de seguridad. Los programas consistían en clases de baile, manualidades, tai-chi, cachi-bol, paseos culturales, recreativos y de convivencia.

La Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, por su parte, se constituyó en la instancia encargada de diseñar políticas sociales normativas para la instrumentación de programas rectores a ser operados por las distintas instancias del Gobierno local y en particular por las instancias que estuvieran directamente relacionadas con la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social.

Al incluir una línea de acción específica para los adultos mayores el Gobierno del D.F. estableció como parte de su política social la atención sobre la población mayor sobre bases cualitativamente diferentes:

- a) Se consideró a los adultos mayores como un grupo de población que es parte estructural y no residual de la sociedad;
- b) Se identificó a ésta como un grupo de “atención primaria”. Esto implicó que las acciones y recursos retribuidos a esta política tenderían a ofrecer nuevos instrumentos encaminados a “mejorar su calidad de vida mediante el reconocimiento de sus derechos, valores y riqueza cultural;
- c) La instrumentación de la política incluyo programas y acciones en todas las áreas del gobierno. Los programas centraron sus esfuerzos en hacer sentir a la población que los servicios y beneficios otorgados no constituían actos

aislados sino de que debían entenderse como la concreción de sus derechos;

- d) En marzo de 2000 se promulgo la Ley de los Derechos de la Personas Adultas Mayores del D.F.

En cuanto al gobierno federal, la administración foxista comenzó los ajustes para establecer una definición, que incorpora elementos y aspectos que no habían sido considerados por ninguna dependencia o programa federal. Los componentes de esta nueva definición se pueden encontrar en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 (PND) y en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS).

El trabajo desarrollado a lo largo de más de un siglo y medio, ha generado cambios importantes para los adultos mayores; desde, el servicio médico-asistencial generalizado a población vulnerable de mediados del siglo XIX; hasta, la creación de un instituto, que brinda atención integral, especial a la población adulta. Sin la menor duda, las opciones actuales que tiene la población mayor de 60 años o más, son diferentes y benéficas para la vida, sin embargo, dados los cambios: demográficos, laborales, tecnológicos, de salud, entre otros, que presentan los adultos mayores, se requiere de un trabajo con mayor planificación, consistencia y apoyo, derivadas tanto de las vías gubernamentales como del impacto social, pretendiendo ver la vejez como una etapa de vida y no como un sinónimo de problema.

2.2.1 Ley de adultos mayores

Los primeros cambios respecto a la ley de los adultos mayores en nuestro país, se manifiestan con la aprobación de leyes estatales de protección a la población adulta mayor; son estados que dan la pauta para consolidar una Ley Federal que actualmente rige a los senescentes de México.

Es entonces, que a partir de 1993 en Campeche se establece, Ley de Protección a Minusválidos y Senescentes 1993; en Oaxaca, Ley de Protección a

Discapacitados y Senescentes 1995; y en San Luis Potosí, Ley de Protección a la Senectud 1997, (Caro López, 2002). Estas leyes son el antecedente de una línea de acción específica que se aplica a todo el nivel nacional con la creación de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores a partir del 2002.

Consolidando las acciones emprendidas a favor de los adultos mayores para la primera década de este nuevo siglo, se establece la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, una serie de lineamientos legales para las personas de 60 años de edad y más en nuestro país. Promulgada en el 2002 y tres años más tarde modificada en algunas de sus partes. Un compendio de buenas intenciones que consta de seis títulos y un total de 50 artículos.

El primer título establece las disposiciones generales y marca con rigor burocrático que la norma, es de carácter público, de interés social y que debe ser seguida en todo el territorio nacional por las oficinas dependientes del poder ejecutivo, es decir, de todas aquellas áreas que emanen de la presidencia de la República.

El segundo apartado especifica los principios y derechos de este conglomerado, lo cual se traduce en buscar la autonomía y la autorrealización de los adultos mayores, su participación activa en la vida social, que sean tratados con equidad y se les ofrezca un trato preferente con programas específicos en apoyo a su economía (descuentos en transporte, alimentos, espectáculos, etcétera).

El tercer título habla sobre los deberes que tienen el Estado, la sociedad y la familia con los adultos mayores. Dice el apartado en referencia: “La familia de la persona adulta mayor deberá cumplir su función social; por tanto, de manera constante y permanente deberá velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, siendo responsable de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral, y tendrá las siguientes obligaciones para con ellos:

- Otorgar alimentos de conformidad con lo establecido en el Código Civil.

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

El título cuarto se dedica a expresar la política pública nacional en relación con los adultos mayores.

El quinto apartado se centra en la naturaleza y las atribuciones del Inapam, y

El sexto en las responsabilidades y sanciones, las cuales, al parecer, deberán ser aplicadas por un juez a partir de su criterio particular (González, 2006).

Conocer los aspectos más importantes de esta normatividad puede ayudarnos a reflexionar sobre el papel que juegan los individuos de la tercera edad en la sociedad mexicana, quienes suman más de 8 millones de personas y que para el 2050, uno de cada 4 será mayor de 60 años (CONAPO, 2004). Estos elementos conllevan a generar proyectos en una sociedad joven (29 años promedio), que en lugar de preocuparse debería ocuparse por la inevitable etapa que a muchas personas les espera. Las organizaciones encargadas de mejorar la calidad de vida de la población objetivo, junto con las personas que conviven directa e indirectamente con los adultos mayores, no solo deben reforzar los elementos legales que en gran medida contribuyen, y sin duda benefician la vida en la tercera edad, sino también un desarrollo personal, familiar y comunitario conjunto a las acciones, permitiendo una participación y no una dependencia social.

2.3 Política pública

Uno de los retos más importantes de las políticas públicas que enfrenta el gobierno y la sociedad, se refiere al proceso de envejecimiento de la población, dicho proceso irreversible que impacta estructuras económicas, sociales y de salud, “ha llevado a generar al gobierno propuestas legislativas, para reformular, adicionar o derogar diversas leyes y códigos, a fin de proteger a este grupo de la población” (Caro López, 2003). Todas estas ideas buscan equidad, así como la construcción de una cultura de la vejez que les reconozca, valore y otorgue las oportunidades necesarias para mejorar su calidad de vida y sobre todo que les permita favorecer su autonomía y ser personas de derechos.

En este sentido, y a partir de lo establecido en la Constitución Política de nuestro país acerca de los derechos sociales –salud, educación, vivienda-, de la Ley de los Derechos de los Adultos Mayores, de los acuerdos internacionales que actualmente se establecen, y por supuesto de la consulta directa de las necesidades de los adultos mayores, se busca propiciar un conjunto de políticas sociales para la implementación de programas que mejoran la calidad de vida de dicho sector.

Ceja (2004), define política social como el conjunto de directrices, conducentes a la preservación y elevación del bienestar social, procurando que los beneficios del desarrollo alcancen a todas las capas de la sociedad facilitando la convergencia entre los intereses individuales y los intereses comunes de la sociedad con la mayor equidad posible.

Por otra parte, Repetto (2005 citado en Lucchesi, 2002), manifiesta que las políticas sociales y sus expresiones programáticas, entendidas en un sentido amplio, incluyen intervenciones sectoriales clásicas (educación, salud, seguridad social, vivienda, infraestructura básica) así como las tendencias a desarrollar acciones focalizadas en la pobreza, a la vez que también deben incorporarse bajo

el concepto de política social las intervenciones estatales destinadas a promover el empleo y brindar protección ante los males sociales.

Se ha definido a las políticas como el conjunto de disposiciones, medidas y procedimientos que reflejan la orientación política del Estado y regulan las actividades gubernamentales relacionadas con las tareas de interés público, actuando e influyendo sobre la realidad económica, social y ambiental (Lucchesi, 2002). Así pues, las políticas sociales hacia las personas adultas mayores buscan a través de las instituciones, un marco jurídico y social, establecer líneas de acción basadas en las necesidades de las personas, combatiendo males sociales para mejorar el bienestar en la vida de éstos.

Se han planteado –por lo menos, desde el punto de vista de las intenciones y el discurso- el desarrollo de políticas a favor de las personas de edad avanzada, desafortunadamente no se ha producido el bienestar que de un inicio se pretende, por ejemplo; el porcentaje en México de las personas de 65 años y más que no trabajaban y no recibían pensión decreció de 90.8% en 2006 a 70.2% en 2008, (CONEVAL 2008), cifras insuficientes que reflejan la necesaria mejora de las políticas en nuestro país.

Los cambios en cuanto a las políticas sociales para los adultos mayores, se han desarrollado con ritmos muy diferentes en función de factores sociopolíticos, el ritmo del envejecimiento demográfico, grado de maduración de los sistemas de pensiones de jubilación, entre otras situaciones, (Actas del congreso Murcia, 1999) que si bien propician mejoras en la vida de personas mayores, no cumplen con los requerimientos integrales de la población.

2.3.1 Políticas sociales, Acuerdos Internacionales

A lo largo del tiempo y en especial en la actualidad, el marco de las políticas y programas para las personas mayores ha establecido una transición importante sobre todo internacionalmente. Sin embargo estas disposiciones conllevan a tomar más decisiones, revisar y redefinir el papel de las instituciones, considerar la dinámica poblacional sobre los adultos mayores, entre muchas otras cosas; para así sentar las políticas sociales nacionales, que promuevan un desarrollo humano con equidad, generar lineamientos de una sociedad justa y al mismo tiempo ocupar cada vez mayor espacio en la agenda del desarrollo y en las políticas públicas.

La política social para la atención de los Adultos Mayores en América Latina surge prácticamente en 1982, con la creación del **<Programa Regional de Salud de los Ancianos>**, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) atendiendo las recomendaciones de su cuerpo directivo (reuniones de 1980 y 1981) y también las de la primer Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, realizada en Viena a mediados de 1982.

Desde sus inicios, el Programa Regional reconoció dos aspectos básicos que limitaban el desarrollo de los programas para Ancianos, éstos son:

1. El bajo nivel de conocimiento científico sobre el tema del envejecimiento y de la atención a los ancianos por parte de los profesionales vinculados al tema, y
2. La ausencia de política y planes nacionales, estatales y locales, que estuvieran orientados al apoyo solidario de las Personas Mayores.

Con esta perspectiva el Programa Regional emprendió una serie de tareas en diferentes áreas; Investigación, Información, Capacitación, Protección y Promoción de la Salud de los Ancianos.

Originalmente se anotan 26 puntos por los que deben girar las políticas, mencionados por Medina Tornero (2000), de los cuales los de mayor relevancia son:

1. Para definir las políticas sociales dirigidas a las personas mayores en América Latina (AL) es necesario, primero partir de un análisis crítico, profundo y continuo de la realidad de los ancianos, mismo que debe compartir el más alto nivel político de cada país.
2. Para lograr ese análisis es conveniente partir de una adecuada información sobre el proceso del envejecimiento así como la información demográfica disponible en AL.
3. Debe buscarse la vinculación con diversos sectores los cuales deben actuar sinérgicamente hacia objetivos comunes; en estos sectores se incluye a: la educación, la seguridad social, la vivienda, el trabajo, la economía, la recreación y el deporte. Cada país de acuerdo con su estructura política y administrativa, definirá cual es el sector que asumirá el liderazgo y la función de la coordinación intersectorial de las políticas relacionadas con el envejecimiento; esto se señala en razón de que el sector salud ha asumido una posición hegemónica de este campo. Así mismo es indispensable que se recupere en cada uno de los sectores el trabajo multi e interdisciplinario.
4. Es conveniente procurar la cooperación internacional a fin de que exista un intercambio ágil de políticas, planes y programas y con ello poder difundir las experiencias de aquellos países que experimentan una transición demográfica avanzada.
5. Las políticas, y en consecuencia los servicios que se destinen a los Adultos Mayores deben considerar como eje de propuestas: mantener la Autonomía, la Independencia y Calidad de Vida de los Ancianos, sin

olvidar las diferencias existentes desde el punto de vista de funcionalidad, fragilidad, postración y estado terminal.

6. En la cooperación de las políticas debe haber un cambio de actitud de parte de los profesionales que presentan los servicios, para que además de atender y entender, sugieran nuevos enfoques a los servicios.
7. En este nuevo enfoque las estrategias son: promoción de la salud, movilización intra e intersectorial y reformatión de los sistemas de Seguridad Social.
8. En el trabajo operativo también es muy importante considerar a los ancianos desarrollándose en su propio ambiente, para enriquecer la experiencia intra e intergeneracional, así como mantener el vínculo familiar como fuente de apoyo emocional, afectivo y económico.
9. En cuanto a la formación de recursos humanos debe fomentarse la capacitación formal e informal. En la capacitación formal considerar contenidos mínimos sobre gerontología en las diferentes disciplinas que convergen en la Atención de los Adultos Mayores. En cuanto a la educación informal debe capacitarse adecuadamente al voluntariado, ya que este grupo favorece la revalorización social y la autoestima de los senescentes.
10. En cuanto al impacto social, adecuado y oportuno de los programas, las siguientes actividades son importantes: el papel de la comunicación social a través de los medios masivos, la instauración y organización de movimientos nacionales e internacionales de diversa índole.
11. Finalmente partir de una planificación estratégica intersectorial que tome en cuenta los aspectos antes señalados y la multidimensionalidad de la realidad del envejecimiento de las poblaciones y sus influencias de orden sanitario, social, político y económico.

Dos décadas después, Naciones Unidas convoca a la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en España, adoptando dos documentos oficiales: la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (CEPAL 2003). En el primer documento se establecen los compromisos de los gobiernos para responder a los desafíos que plantea el envejecimiento a las formas de organización social, económica y cultural, mientras que el segundo constituye un instrumento programático en el que se proponen más de un centenar de recomendaciones en tres áreas prioritarias: 1) las personas de edad y el desarrollo; 2) el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y 3) la creación de un entorno propicio y favorable.

Otro acuerdo importante que apoya el desarrollo de las políticas públicas es la Declaración de Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978, en la cual representantes de 134 naciones convinieron en los términos de una solemne declaración en la que se instó a todos los gobiernos, a los agentes de salud y de desarrollo, y a la comunidad mundial, a que adoptasen medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo (Salud Pública 2002). La firma de este importante acuerdo sobre Atención Primaria a la Salud, fue una de las bases para la conceptualización de las primeras políticas públicas de atención al envejecimiento en materia de salud.

Basados en criterios que buscan asegurar la autonomía, la dignidad de las personas mayores, y por supuesto la protección social –pensiones, salud y servicios sociales- se han generado distintos modelos y propuestas que brindan una respuesta al escenario de las políticas para los adultos mayores. Es el caso de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la cual plantea que “El principio de la titularidad de derechos debe guiar las políticas públicas. Se trata de orientar el desarrollo conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales plasmados en acuerdos vinculantes tanto nacionales como internacionales” (CEPAL, 2006). Desde esta perspectiva, se modifica la lógica de elaboración de leyes, políticas y

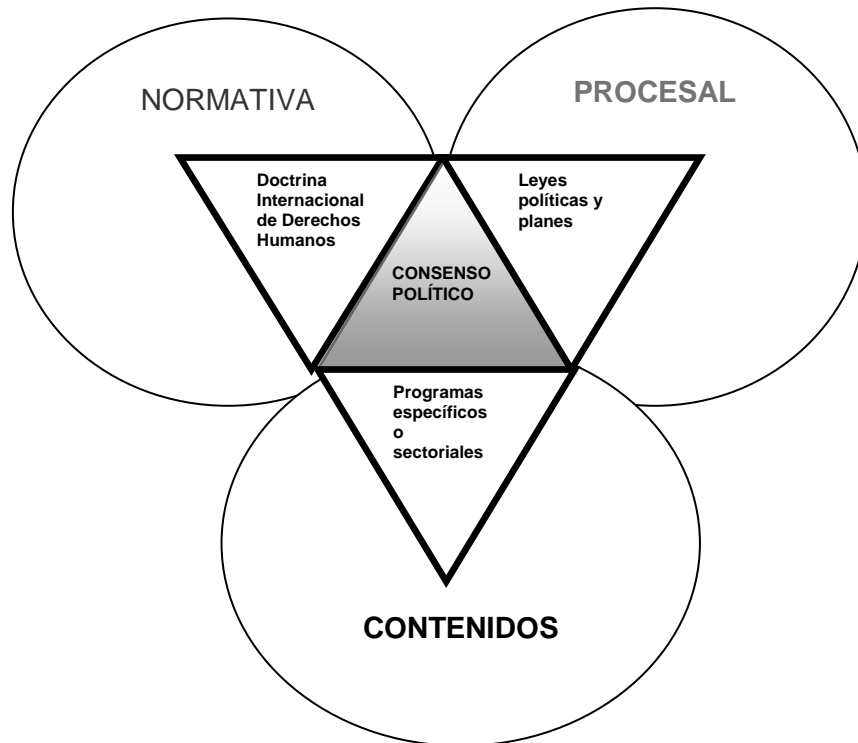
programas, ya que el punto de partida no es la existencia de personas con necesidades, que deben ser asistidas, sino sujetos con derechos que obligan al Estado y al resto de la sociedad (Courtis- Abramovich, 2006).

En este sentido, es América Latina y el Caribe, el enfoque de derechos humanos ha adquirido una importancia relativamente reciente como horizonte normativo y programático del desarrollo (CEPAL, 2006), por lo que es cada vez más frecuente el despliegue de leyes que especifican ciertos derechos o esfuerzos sociales e institucionales dirigidos a formular políticas públicas desde este ángulo (Guendel, 2000). En la región, además, todos los Estados ratificaron al menos tres de los siete principales tratados de derechos humanos vigentes en 2006 y, como consecuencia de ello, tienen obligaciones jurídicas internacionales vinculantes.

El enfoque de desarrollo basado en derechos, propicia la titularidad de derechos humanos de todos los grupos sociales y, de ese modo contribuye a que aquellas y aquellos, que en el pasado fueron excluidos, en el presente sean tratados sobre la base de la igualdad y del respeto de la dignidad humana, para favorecer la integración social y, con ello, la construcción de una “sociedad para todos” (Naciones Unidas, 1995b).

La CEPAL propone un nuevo pacto de protección social que contenga tres dimensiones (normativa, procesal y de contenidos) para avanzar hacia el ejercicio de los derechos ciudadanos por parte de todos los grupos sociales. Es necesario, entonces, realzar las demandas específicas de determinados sectores —hasta ahora invisibles para la agenda del desarrollo—, con el fin de que este nuevo pacto los incluya integralmente. En el caso de las personas mayores, la estrategia incluye el desarrollo y aplicación de conceptos y contenidos particulares en cada una de las dimensiones antes mencionadas (ver el siguiente diagrama).

DIMENSIONES DEL NUEVO PACTO DE PROTECCIÓN SOCIAL BASADO EN DERECHOS



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre La base de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294 (SES.31/3)), Santiago de Chile, 2006.

La dimensión normativa

Las acciones públicas y las instituciones encargadas de la atención de personas mayores deben basarse explícitamente en las normas internacionales sobre derechos humanos, puesto que están protegidas por instrumentos vinculantes de derechos humanos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y su Protocolo adicional en materia de derechos económicos, sociales y culturales (en adelante el Protocolo de San Salvador), entre otros.

En el Protocolo de San Salvador, se establece específicamente la protección de las personas mayores en su artículo 17, donde los Estados partes se comprometen a proporcionar de manera progresiva instalaciones adecuadas, alimentación y atención médica especializada a las personas mayores que carezcan de ellas, crear programas laborales destinados a concederles la posibilidad de realizar una actividad productiva y a estimular la formación de organizaciones sociales que mejoren su calidad de vida. A la fecha, el Protocolo ha sido ratificado por 14 países de la región: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname y Uruguay.

La dimensión procesal

La legislación y las políticas sobre envejecimiento deben promover y proteger los derechos y libertades fundamentales en la vejez. Para que se concreten, se requiere que los poderes políticos establezcan los medios y los recursos con que se harán efectivos, como la constitucionalización de derechos, la creación de leyes especiales de protección y las políticas o planes de acción para garantizar los derechos de las personas mayores. Asimismo, es necesario asignar presupuestos que financien las disposiciones normativas y políticas a las que un país se compromete.

Es necesario, entonces, informar, diseminar, divulgar los derechos y libertades de tal forma que sean conocidos y ejercidos por las personas mayores y las organizaciones que las representan (Vásquez, 2004), lo que requiere de mecanismos concretos para ejercer su derecho a la participación y el acceso a la información adecuada para mejorar su capacidad de incidencia.

La dimensión de contenidos

La dimensión de contenidos se expresa en acciones concretas de aplicación y de responsabilidad, que se ponen en práctica mediante programas sectoriales o específicos dirigidos a personas mayores (salud y vivienda, entre otros), considerando en especial que su orientación y sus prestaciones o servicios permitan avanzar en el cumplimiento de los derechos en la vejez. Como características básicas, estos programas deben ser universales y contar con mecanismos para hacer exigibles las prestaciones y servicios (CEPAL, 2006). A esta dimensión se asocian la responsabilidad y exigibilidad del enfoque de derechos humanos, que se refieren a la creación y el desarrollo de mecanismos de cumplimiento de las obligaciones por parte del Estado. Si bien los lineamientos establecidos internacionalmente ofrecen buenas y diversas soluciones, permitiendo elaborar una tipología de modelos de atención gerontológica que constituya una buena guía para la formulación de propuestas para una política social, la clave estará en cómo los distintos países dan respuesta a estos procesos, en base a sus peculiaridades y desarrollo.

2.3.2 Políticas y Programas sociales en México

Para Vivaldo y López 2009, los principales hallazgos muestran que a nivel de política de Estado, a finales de la década de los setenta y principios de los ochenta, durante la administración del presidente José López Portillo (1976-1982), existió un interés por parte del gobierno federal de incluir a las personas mayores de sesenta años dentro de los grupos prioritarios de atención, debido a los siguientes factores:

- La transición demográfica y epidemiológica. Los países desarrollados se encontraban cursando por una franca transición demográfica y epidemiológica que los obligó a impulsar una serie de medidas nacionales

para enfrentar los retos del envejecimiento. Este fenómeno, llevó a especialistas nacionales a realizar estudios relativos a los posibles efectos de una transición similar en nuestro país, originada por los exitosos programas de control de la natalidad.

- Creación de Dignificación de la Vejez, A.C en 1977. Fue la primera asociación civil cuyo objeto social se dirigía hacia la población envejecida y, de hecho se debe a su presidenta, el impulso de la creación del Instituto Nacional de la Senectud.

- El Acuerdo de Alma-Ata de 1978.

- Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de 1982. A pesar de que este evento internacional estaba dirigido a países desarrollados, el Plan de Acción de Viena sobre el Envejecimiento fue considerado para la elaboración de las acciones institucionales que se propusieron durante la primera etapa de actividades de las instituciones nacionales en esa materia.

Para esta época, la creación de dos instituciones que como objeto tenían la atención al envejecimiento fue de gran importancia para la formación de un órgano encargado de atender a los adultos mayores;

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia creado por decreto en 1977, y que como una de sus funciones principales tenía la atención a las personas mayores de 60 años.

Instituto Nacional de la Senectud (1979), con personalidad jurídica y con el objeto de proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para lograr soluciones.

En este periodo las acciones más relevantes a nivel programático, comenzaron a desarrollarse sectorialmente en diferentes instituciones nacionales como INSEN, DIF, IMSS e ISSSTE. Cabe señalar, que se dio un gran avance a nivel de

programas pues la política consideraba al envejecimiento como un asunto que ameritaba esfuerzos interinstitucionales e interdisciplinarios (Leon Portilla, M. 1984).

A partir de 1983 encontramos una desaceleración paulatina de las acciones en la materia. Esto se debió fundamentalmente a los siguientes problemas:

- Presiones de organismos internacionales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional)
- La crisis económica nacional
- El inicio del proceso de individualización de la pobreza
- La focalización de las políticas sociales

Sin embargo, es en esta etapa en la que por primera vez identificamos menciones al tema de la vejez, adultos mayores y el envejecimiento en los Planes Nacionales de Desarrollo, lo que nos haría pensar en un avance para la política pública.

En el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, propuesto por Miguel de la Madrid se menciona que: es necesario dar atención prioritaria a las necesidades básicas de los grupos más desprotegidos; las acciones de salud estarán particularmente encaminadas a impulsar la protección de los ancianos en estado de abandono total o parcial.

La propuesta de trabajo del INSEN, consistió en la organización y ejecución de programas asistenciales basados en el conocimiento, causas y consecuencias del proceso de envejecer.

- Económicos
- Sociales
- Educativos
- Psicológicos
- Investigación

Durante este periodo y derivado de la crisis económica, a pesar de que se desarrollaron esfuerzos por proponer programas específicos y sectoriales importantes, los problemas presupuestales generaron que el INSEN creciera sin la capacidad presupuestal para dar abasto a sus necesidades.

Por otro lado, encontramos que durante el periodo 1989-1994, administrado por Carlos Salinas de Gortari, se caracterizó por un giro que se desprende de un concepto de política social que en sus supuestos tuvo como finalidad la equidad, el desarrollo, el bienestar colectivo y la justicia social. En este sentido, una de las prioridades para la existencia de una política de esta naturaleza fue, por una parte, la incorporación del desarrollo sostenible, y por otra, el ataque frontal a la pobreza extrema. El eje central de la política pública durante este sexenio fue el Programa Nacional de Solidaridad, que en lo que respecta al tema de envejecimiento tuvo como resultado la creación de un solo programa: Maestros Jubilados. Se inició en abril de 1992 en Guanajuato y su objetivo fundamental era el de reincorporar a la actividad educativa a los maestros jubilados.

Durante la administración de Ernesto Zedillo, el Plan Nacional de Desarrollo menciona que: de manera particular, se atenderá a las personas de la tercera edad que, al dejar de participar en actividades económicas formales constituyen uno de los sectores más desfavorecidos. Las acciones en materia de desarrollo social deben considerar, necesariamente, como uno de sus objetivos, que esta población tenga una vida digna y tranquila, con los servicios de sustento, salud, vivienda y recreación que demanda.

La atención a este grupo, habrá de traducirse en acciones concretas orientadas al funcionamiento de una seguridad social justa, que les permita retirarse de la vida laboral sin detrimento de su bienestar; a la ampliación de los servicios educativos, culturales, de reposo y recreación y al aprovechamiento de sus conocimientos y experiencias.

Sustentadas en los principios fundamentales de la asistencia social y en las metas del Plan Nacional de Desarrollo, las líneas de atención que el INSEN propuso se dirigieron al nivel preventivo y al desarrollo e implementación de servicios sociales.

- Económicos
- Sociales
- Educativos
- Psicológicos
- Geriátricos
- Investigación
- Jurídicos

Para el periodo de gobierno de Vicente Fox Quesada existe una reestructuración de la política pública general, al recrudescerse la focalización de los apoyos, lo que se reflejó claramente en el nuevo modelo de atención al envejecimiento.

Por un lado, se avanza sustancialmente debido a la promulgación de la Ley de las Personas Adultas Mayores y al resurgimiento de INSEN, actualmente INAPAM, como organismo rector de la política pública en esta materia. Estas acciones son reforzadas gracias a factores internacionales relevantes como el inicio de la construcción del régimen internacional para la atención a las personas de edad, derivado de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, señalaba que:

Con el fin de reducir las desigualdades que más afectan a la población, los criterios que se seguirán para la asignación de los recursos públicos estarán orientados a estimular e impulsar la superación del nivel de vida de los grupos y personas más vulnerables -los indígenas, los niños y ancianos, los discapacitados- y tomarán en cuenta las necesidades de otros sectores amplios -como las mujeres

y los jóvenes-, sin perder de vista los programas de cobertura general que deberán ser atendidos.

El objetivo rector 2 aborda mayoritariamente elementos a favor de los adultos mayores mientras que el 1 y 3, de educación para los adultos mayores.

Objetivo 2.- Hace referencia a acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades.

Indicando en su inciso e).- Desarrollar políticas incluyentes para la atención a los ciudadanos de edad avanzada. Brindar a los adultos de edad avanzada mayores retribuciones, asistencia y oportunidades, incluyendo el empleo, que les permita alcanzar niveles de bienestar acordes con sus necesidades y que valoren su contribución al desarrollo del país, fortalecer, enriquecer y ordenar las políticas y programas que atienden a las personas de edad avanzada, mediante la promoción de un Comité Nacional de Atención al Envejecimiento y de Comités Estatales, con la inclusión de más instituciones gubernamentales y privadas. El propósito es que este grupo de edad se mantenga en el más alto nivel posible de sus capacidades físicas mentales y sociales. Se pondrá énfasis en la preparación de modelos de participación ciudadana con carácter auto sustentable. Al mismo tiempo, se elaborarán programas de carácter preventivo.

Los avances durante esa administración se pueden sintetizar en:

- Creación del Instituto Nacional de los Adultos en Plenitud (tuvo una duración de seis meses)
- Creación del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores como órgano descentralizado
- Crea el Consejo de Coordinación Interinstitucional sobre el tema de los Adultos Mayores, que reunió a 38 instituciones del Ejecutivo federal y organizaciones civiles que operan programas y acciones sobre envejecimiento de manera institucional, permitiendo consensos, estableciendo una política de vejez, incluyente, democrática, participativa y

multisectorial, en base al plan regional de instrumentación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

- Se promovió un encuentro llamada “Alianza estratégica Organizaciones de la Sociedad Civil y Gobierno en torno al envejecimiento”; un foro donde se analiza desde el punto de vista de las organizaciones, las acciones prioritarias en la agenda para fortalecer las políticas públicas de vejez.

En lo que respecta a acciones programáticas, es destacable que se realizó un esfuerzo por elaborar un Plan de Acción denominado “Atención al Envejecimiento”, que desafortunadamente fue una medida impulsada sectorialmente (Secretaría de Salud) y que no daba respuesta a las necesidades generales de la población envejecida. Derivado de la promulgación de la Ley de las Personas Adultas Mayores y de las facultades del INAPAM que de ahí se desprenden, se esperaba la elaboración de un Plan Nacional Gerontológico, que no se realizó.

En el gobierno de Felipe Calderón Hinojosa, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 establece, dentro de su apartado de igualdad de oportunidades, a los grupos vulnerables y, dentro de éste, a los adultos mayores establece las siguientes estrategias:

1. Fortalecer los proyectos de coinversión social entre el gobierno y las organizaciones de la sociedad civil enfocados a la atención de grupos vulnerables.
2. Avanzar en el concepto de seguridad social para ampliar el alcance y cobertura de los programas de gobierno enfocados a la protección de grupos vulnerables.
3. Focalizar el apoyo a la población de 70 años y más, dando prioridad a quienes habitan en comunidades de alta marginación o que viven en condiciones de pobreza. Mediante esta estrategia, se otorgará un apoyo económico bimestral a los ancianos de 70 años o más que viven en áreas rurales con menos de 2,500 habitantes.

4. Aprovechar la experiencia de los adultos mayores, generando las oportunidades que les permita desarrollarse en actividades productivas de relevancia para su comodidad. Con el propósito de estimular la generación de empleos para este sector de la población, se ofrecerá estímulos fiscales a las empresas que den empleo a adultos mayores. Además, se impulsarán acciones que permitan aprovechar la experiencia de estos adultos y que, al mismo tiempo, les generen un ingreso adicional, para que puedan hacer frente al empobrecimiento progresivo que padecen, producto de desempleo o de la insuficiencia de su pensión o jubilación.

Del plan nacional se derivan los planes o programas sectoriales y este es el caso del plan nacional de salud, en el cual se han propuesto, respecto de los adultos mayores:

Garantizar que los individuos y las familias reciban capacitación en las unidades de salud, así como en servicios en promoción de la salud y prevención de enfermedades de acuerdo a su grupo de edad y sexo.

Fomentar la creación de entornos saludables (viviendas, escuelas, centros de trabajo, albergues, espacios de esparcimiento, unidades de salud y hospitales, sistemas de transporte, comunidades, municipios, ciudades) que estimulen los determinantes positivos de la salud.

Identificar los riesgos diferenciales que afectan la salud de poblaciones vulnerables, como los niños adultos mayores, discapacitados, poblaciones marginadas y migrantes, para definir e implantar estrategias para disminuir sus efectos en la salud.

Ofrecer un conjunto de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades a la población de adultos mayores del país, favoreciendo el envejecimiento activo.

Promover y difundir los derechos de los adultos mayores e impulsar un enfoque gerontológico integral.

En nuestro país las instituciones tradicionales, como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tienen programas que van enfocados a los adultos mayores. Estos son algunos ejemplos de programas que tienen estas instituciones y a los cuales pueden acceder sus derechohabientes.

En el caso de la Ley del Seguro Social (Montalvo Romero, 2009), se establecen los siguientes seguros:

1.- Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez

Artículo 152. Los riesgos protegidos por este capítulo son el retiro, la cesantía en edad avanzada y la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este seguro, en los términos y con las modalidades previstas en esta Ley.

2.-Ramo de cesantía en edad avanzada

Artículo 154. Para los efectos de esta Ley existe cesantía en edad avanzada cuando el asegurado quede privado de trabajos remunerados a partir de los sesenta años de edad.

Para gozar de las prestaciones de este ramo se requiere que el asegurado tenga reconocidas, ante el Instituto, un mínimo de mil doscientas cincuenta cotizaciones semanales

3.- Del ramo de la vejez

Artículo 161. El ramo de la vejez de derecho al asegurado al otorgamiento de las siguientes prestaciones:

- I. Pensión ;
- II. Asistencia médica, en los términos del capítulo IV de este Título;
- III. Asignaciones familiares, y
- IV. Ayuda asistencial

Dentro de los programas, el más reciente es el “Adulto mayor prevenimss”, que abarca, entre otros, los siguientes puntos:

- Promoción
- Nutrición
- Prevención y control de enfermedades
- Identificación oportuna de enfermedades
- Sexualidad

En el caso del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, se crea el centro de convenciones para pensionados y jubilados “convive”, es un lugar para jubilados y pensionados por el ISSSTE, que busca un encuentro para convivir, compartir propiciar amistades y ofrecer entretenimiento.

En la Ley del ISSSTE, se establece entre otros derechos, el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez definido como;

Artículo 76. Para los efectos del seguro a que se refiere este Capítulo, es derecho de todo Trabajador contar con una cuenta Individual operada por el PENSIONISSSTE o por una administradora que elija libremente. La cuenta individual se integrará por las subcuentas: de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, del fondo de la vivienda, de ahorro solidario, de aportaciones complementarias de retiro, de aportaciones voluntarias y de ahorro a largo plazo.

2.4 Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre

La expansión de requerimientos tecnológicos impuestos por la modernización hace difícil la generación de nuevos empleos. Es un hecho que existe un importante número de personas que “oficialmente se encuentran desempleadas y muchas más viven en una situación de subempleo (INEGI 2004), son demasiados jóvenes y adultos mayores, incluso entre los que han seguido estudios académicos, que tienen escasas esperanzas de encontrar un empleo productivo” es decir, existe en nuestro país una proporción cada vez menor de personas que trabajan, en comparación con aquellas que están en aptitud de hacerlo (CONAPO 2004).

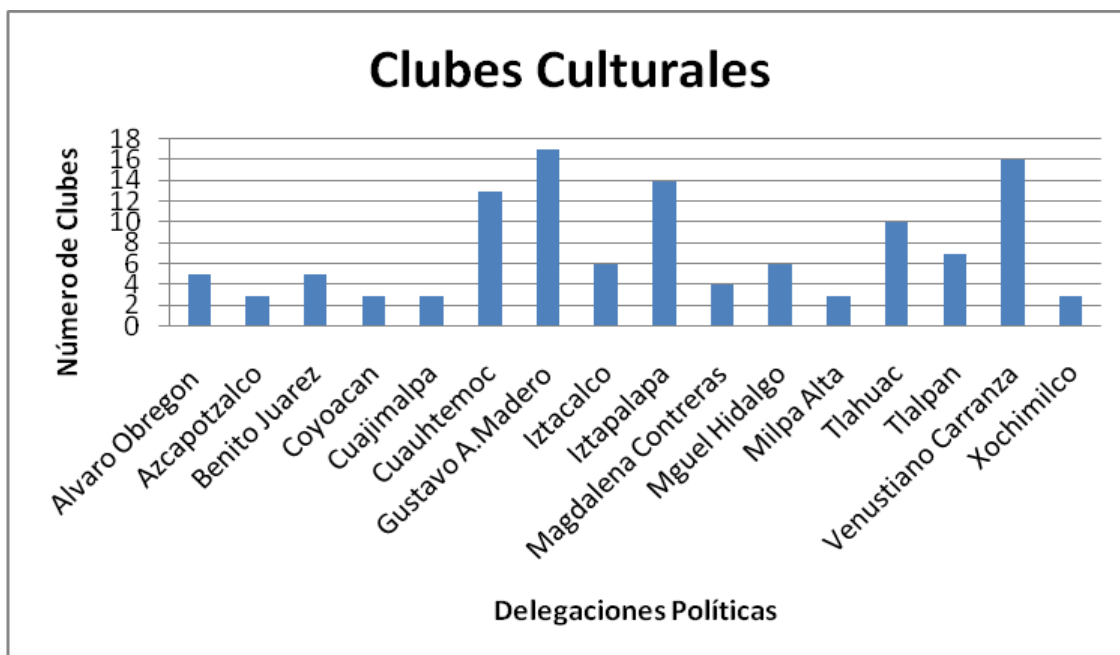
Bajo estas condiciones socioeconómicas, el Inapam, ofrece a la población alternativas que buscan facilitar el acceso de las personas de edad al aprendizaje de algún oficio, arte o artesanía a través del programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre, que ofrece alternativas de adiestramiento en la producción de artículos de diversa índole, para el autoconsumo o la producción a pequeña escala, con los cuales, además de ocupar su tiempo libre, los adultos mayores pueden obtener un ingreso extra.

Dentro de las alternativas que se ofrecen están bisutería, bordado, cerámica, dibujo, escultura, estampado en tela, florería, grabado, juguetería, malla y rafia, marquetería, orfebrería y joyería, papel maché, peletería, peluche, pintura, pintura en cerámica, pintura en porcelana, pirograbado, popotillo, repujado, talla en madera, tarjetería española, tejido y vitral (Inapam 2009).

Este programa se imparte en todo el país y con mayor antigüedad en el Distrito Federal y el Estado de México desde hace cerca de 30 años, (Departamento de Promoción y Desarrollo comunitario, 2010). Dada la mayor concentración de personas adultas mayores en estas entidades y por efectos de la investigación se concentrará la información en el D.F.

En el D.F se imparte en 4 centros culturales, éstos establecidos en la delegación Benito Juárez dado el mayor índice de población adulta de todo el D.F., y en los 118 clubes de la tercera edad distribuidos en las 16 delegaciones políticas (Departamento de Promoción y Desarrollo Comunitario Inapam, 2010).

En la siguiente grafica se muestra la distribución de clubes en el D.F.



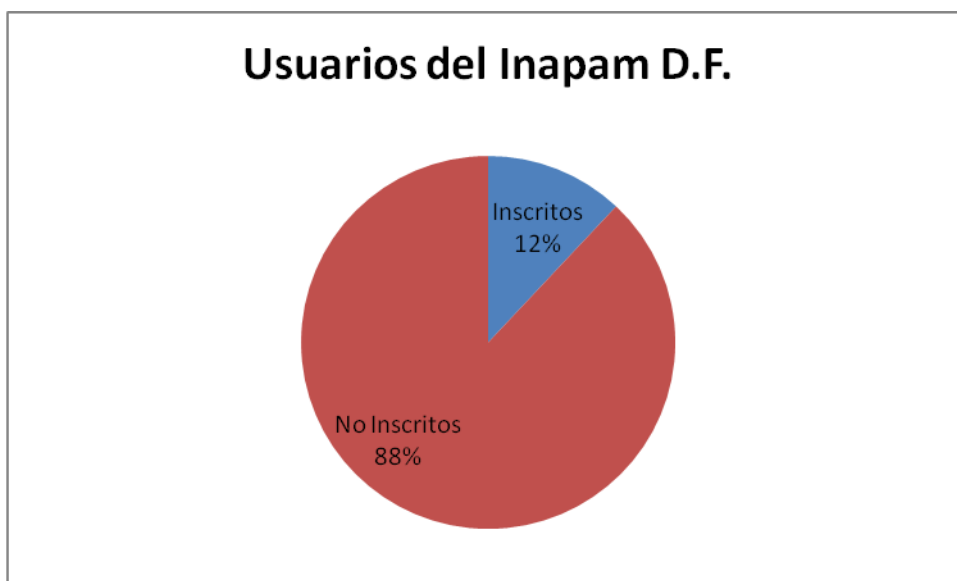
Departamento de Promoción y Desarrollo Comunitario Inapam, 2010.

Actualmente la asistencia tanto de los centros culturales como de los clubes es cerca de 85% mujeres y 15% hombres. Por otra parte, del total de personas inscritas ya sea en Centros culturales o clubes, solo cerca del 20% asisten al programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre (Inapam, 2010).

Del último reporte del Departamento de Promoción y Desarrollo Comunitario del Inapam, (2010), se establece que las actividades del programa que más frecuencia tienen en los clubes y centros son: tejido, bordado y pintura en tela, principalmente a dos razones; la primera se debe al bajo presupuesto que impide

la contratación de maestros para las distintas clases, en este sentido la segunda se inclina a apoyarse de los usuarios, los cuales tienen amplios conocimientos en: tejido, bordado y pintura en tela, de ahí que sean las clases con mayor ocurrencia. Así pues de los profesores que imparten clases para este programa, la mayor parte son voluntarios, es decir, el Inapam no los contrata, siendo en algunas ocasiones que los usuarios den un apoyo monetario o bien les compren los materiales que utilizarán para elaborar el producto. Por otro lado la asistencia a las distintas clases que son parte del programa; es en promedio de 15 personas por materia.

En este sentido las personas inscritas en los centros culturales y clubes del D.F. son alrededor 7864, de las 59,422 que están en el padrón de afiliados del Inapam en el D.F.



Con este programa se favorece el uso creativo y productivo del tiempo libre de las personas de edad avanzada; en este sentido la capacitación para el trabajo y el uso del tiempo libre funciona, por su misma naturaleza y objetivos, más que como una enseñanza académica, como un aprendizaje vivencial, activo, participante y práctico que se traduce en el desarrollo de habilidades, destrezas, cambios de actitudes y conductas. Tal planteamiento se basa en la confianza que el anciano

adquiere al aprender a elaborar productos artesanales, apoya el autoconsumo, la comercialización a pequeña escala, favorece el uso creativo y productivo de su tiempo.

A pesar de los avances a nivel legislativo, institucional y socialmente en el área, la política pública para el envejecimiento en México resulta limitada al no cubrir con los requisitos básicos de contar con una Institución rectora en materia de normatividad y planeación, con una legislación armonizada en los niveles federal y local, el hecho de no contar con una estrategia o Plan Nacional Gerontológico capaz de coordinar las acciones de las diferentes instituciones encargadas de la atención al envejecimiento en México, de los recursos limitados y finalmente de la escasa difusión de políticas y programas para el sector clave.

Desde sus inicios y hasta el año 2002, la política para el envejecimiento se manejó como un asunto de pobreza. Cuando se promulga la Ley de las Personas Adultas Mayores, parecía que esta visión se modificaría hacia un asunto de derechos. Sin embargo, las acciones a nivel micro, parecen indicar que actualmente hablamos de requerimientos básicos.

Finalmente la incorporación del envejecimiento deberá seguir acompañado de planeación, consistencia, y resultados, que permitan no solo cobertura de los servicios de salud ni asistencia social, sino la construcción de condiciones donde se tenga empleo, pensiones y fuentes de ingresos suficientes, espacios de educación, recreación, cultura, formación, capacitación, etc., mejorando y acercándose a lograr una óptima calidad de vida.

Capítulo Calidad de vida

3.1 Antecedentes

Hablar de Calidad de Vida es remontarse al periodo del Renacimiento cuando el hombre comenzó a tomar una nueva conciencia de los determinantes de su existencia, donde se proponía una sociedad perfecta, donde se cuidaba fundamentalmente de las actividades del modo de vida como el trabajo, nutrición, ejercicio, recreación, actividad sexual, etc. con objetivo para lograr una vida con calidad, bienestar y salud (Quintero y González, 1997.) A partir de la segunda guerra mundial, el término es asociado al desarrollo económico y social, encontrando mayor acomodo en el campo de la medicina (Baltazar y Rodríguez 1999).

Las concepciones de Calidad de Vida comenzaron a difundirse en Occidente a principios de los años 70'a raíz de la preocupación por entender y explicar el incremento de las patologías sociales en los países desarrollados, donde a pesar de los elevados niveles de "bienestar", se acentuaban los síntomas de descomposición social: pérdida del sentido de la vida, incremento de suicidios, violencia drogadicción entre otros (Daltabuit, 2000).

Prior y De la Poza (1990), coinciden en que el concepto de Calidad de Vida toma importancia en los años 70's como un intento de distintos investigadores sociales por superar el estrecho marco del análisis de bienestar imperante en ese momento que básicamente se refería a cuestiones económicas. A partir de entonces, autores como Bauer y Gross (citados en Prior y De la Poza, 1990) empiezan a cuestionar esta situación y consideran que se deben incluir una serie de medidas no económicas sobre las condiciones en las que viven los individuos (modo, nivel, condiciones y estilo de vida). No obstante, la multidisciplinariedad desde la que se puede abordar el tema (economía, sociología, psicología, etc.) hace que surjan las primeras discrepancias en cuanto al análisis adecuado del mismo.

Para los años 80 se tenía un concepto más amplio de Calidad de Vida, en el que se incluye la combinación de factores objetivos y subjetivos, donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos (Reyes, 2000).

En este sentido, comenzaron a surgir diferentes conceptos e indicadores que apoyaban el estudio de la Calidad de Vida y que permitían a los profesionales de la salud establecer mejores estrategias de intervención.

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

En el mundo moderno se desarrollaron valores en la cultura universal e instituciones de cooperación y ayuda como la ONU, UNESCO, OMS, UNICEF, que promovieron proyectos de registro de datos y estados comparativos del grado de desarrollo y las condiciones de vida y la salud de las naciones. Se hizo necesario ir acercándose a una valoración de la Calidad de Vida de las naciones para poder jerarquizar y ejecutar los planes de ayuda y políticas de desarrollo y

poder exigir el cumplimiento de acuerdos internacionales en relación con los derechos humanos (Quintero y González, 1997).

En definitiva, hablar de Calidad de Vida es hablar de un concepto global y multidisciplinario que abarca una serie de conceptos relacionados, y que para esta investigación estarán relacionados con factores físicos, psicológicos y sociales.

3.2 Significado de calidad de vida

Para entender el significado de “Calidad de Vida” es preciso dividirlo y conocer a lo que refiere cada palabra, calidad; nos hace pensar en excelencia o en criterios de <exquisitez> asociado con características humanas y con valores positivos, con la felicidad el éxito, la riqueza, la salud y la satisfacción, de vida; indica que el concepto concierne a la misma esencia o aspectos especiales de la existencia humana (Lindstrom, citado en Schalock, 2002). Igualmente, Levi y Anderson, 1975 definen Calidad de Vida como una medida compuesta por bienestar físico, mental y social, tal como es percibida por un individuo o un grupo, así como la felicidad y satisfacción. Dicha medida es un componente de la satisfacción de la vida.

Se considera también que la calidad de vida es un término multidimensional y subjetivo que refiere al grado de satisfacción del individuo durante su vida, según el grado de importancia que el sujeto conceda a cada una de las áreas o aspectos que determinan su felicidad o bienestar (Spilker, 1990; Palomar, 1995).

Para otros investigadores, calidad de vida ha sido interpretada como un sentido interno (Taylor y Bogdan, 1996); como un constructo sensible a las influencias antropológicas, sociales y psicológicas (R.I. Brown, 2000), o bien; como un producto de la interacción entre la persona y el ambiente (Rapley, 2000).

La calidad de vida se ha estudiado desde diferentes enfoques y, aunque es un término ampliamente estudiado, los diferentes autores no han llegado, a un acuerdo en cuanto a lo que éste refiere y han intentado dar cada uno su propia definición en cuanto a lo que entienden a calidad de vida.

Según la OMS (2009), calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. En dicha percepción influyen aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos (Baltazar y Rodríguez, 1999).

Por lo anterior, calidad de vida puede considerarse como la percepción de satisfacción o bienestar que tenga uno mismo a lo largo de la vida, tomando en cuenta aspectos objetivos y subjetivos.

3.3 Calidad de vida en adultos mayores

A partir de distintos estudios Velandia y sus colaboradores (1994), consideran que Calidad de Vida en el adulto mayor, es "la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante.

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

El concepto de autonomía describe de forma multifactorial la salud del anciano, pues no solo se refiere a los cambios físicos provocados por la enfermedad, sino que considera la actividad económica (laboral), desarrollo social y servicios de salud entre otros. Ello representa la ventaja de que su uso no restringe a poblaciones enfermas ya que puede utilizarse para la detección de factores de riesgo (Quintero y González, 1997).

De diversos estudios realizados se puede citar el que llevaron a cabo Mezier y Boak (1994), el cual demostró que un pequeño grupo de estudiantes bien motivados, se identificó en los métodos interactivos enseñados, percibiendo una gran calidad de vida acorde a la calidad del programa. También se ha estudiado calidad de vida con respecto al trabajo, vivienda o escuela; en grupos específicos y edades; en enfermos, niños, ancianos, delincuentes, etc., todos ellos con resultados similares en cuanto a la influencia de variables definidas como buenas costumbres y hábitos de vida.

En la actualidad, la importancia de la salud, el trabajo, el ejercicio físico, el equilibrio mente-cuerpo, la nutrición, las actividades recreativas pre y post jubilatorias, la auto-eficacia, empleo del tiempo libre, las redes de apoyo, las relaciones familiares, etc., son factores esenciales para propiciar una mejor calidad de vida en la vejez. De acuerdo a Quintero y González (1997), la calidad de vida del anciano debe ser ajustada a su esperanza de vida, de lo contrario, esta última se convertirá sólo en un incremento de la esperanza de la incapacidad, la cual indiscutiblemente se observa más en edades avanzadas. La calidad de vida en los adultos mayores de acuerdo a este autor, debe centrarse en los siguientes aspectos:

- Estado de salud de la población anciana
- Determinar factores de riesgo
- Predecir discapacidades e incapacidades de este grupo de la población

- Seguridad económica y material
- Protección social y familiar
- Participación y reconocimiento social
- Satisfacción, bienestar, mantener intereses.

Otros elementos que favorece la calidad de vida para la presente investigación, según Zimmermann (1998), se trata de los procesos sociales, una revisión de la percepción del individuo y también de las organizaciones sociales a través de la participación ciudadana en los diferentes medio ambiente y situaciones cotidianas. En este sentido, el concepto calidad de vida es resumido por este autor en los siguientes puntos:

1. La idea de la calidad de vida implica de manera determinante, la idea de constancia en el medio ambiente que nos rodea. El entorno deberá de manera razonable y estable, ser susceptible de sujetarse a los márgenes reales de adaptación dictados por un tipo determinado de cultura.
2. Otro factor determinante en la calidad de vida es la riqueza ambiental por la cual se pueden definir índices de una apreciación cuantitativa de productos y servicios, así como la variedad y el fácil acceso a ellos.
3. En la formación de apreciaciones sobre la calidad de vida es importantes también, la idea de resolver: es decir, de reparar, de mantener, de recibir solución rápida ante los incidentes de los diferentes elementos materiales del medio ambiente como la reparación de la energía eléctrica, servicios públicos, etc.
4. Otro factor a destacar en la calidad de vida es el aspecto tiempo. Tiempo libre, ocio, para la vagancia, la recreación para la creatividad. En este sentido el tiempo también incide negativamente, como la espera

entre los servicios sociales, que son considerados como pérdida de tiempo.

5. La red de interacciones sociales es otra de las necesidades elementales del ser humano. La red debe ser lo suficientemente rica en el campo recreativo, laboral, político, religioso, amoroso, etc. Entre más compleja y variada sea la red disponible de interacciones dentro de un ambiente determinado, habrá más calidad de vida para el individuo.
6. El control social en el medio ambiente cotidiano se ha vuelto de gran trascendencia principalmente en las grandes ciudades, debido a la inseguridad, la violencia y el crimen.
7. La riqueza ambiental como elemento de calidad de vida se refiere a fuentes de interacción social y a la tecnología de los medios masivos de comunicación; un ambiente interaccional permite un mayor número de encuentros con otros individuos, grupos u organizaciones sociales, cuando se desea tenerlos.
8. Fuentes de actividad cultural y estética tales como: apreciar un paisaje, observar un monumento, entender un libro, disfrutar de un espectáculo. La calidad de vida se relaciona con estos actos culturales. Entre más actividades culturales disponibles, más alto el nivel de calidad de vida.

Junto a este tipo de investigaciones, se desarrollan otras muchas para examinar los servicios prestados y el apoyo social recibido por las personas mayores.

En el estudio de la vejez es de crucial importancia tomar en cuenta las consideraciones teórico-metodológicas relativas al bienestar subjetivo para la evaluación de la calidad de vida, pues varios estudios han demostrado que el bienestar no declina con la edad y que permanece relativamente independiente de las circunstancias objetivas en que transcurre la vida del anciano y de su propio estado de salud (Quintero y González ,1997).

Así pues, Calidad de Vida es un término que ha sido estudiado principalmente desde un enfoque médico y en áreas específicamente de estudio, sin embargo, el hombre es constituido como un ente biopsicosocial, por lo que hay que considerar que en sus diferentes etapas de su vida recibe la influencia de diversos factores, de los cuales cada uno tiene una importancia equitativa respecto a los demás (Baltazar y Rodríguez 1999).

3.4 Indicadores de calidad de vida

La calidad de vida depende de múltiples factores ambientales y personales que según Levi y Anderson (1975) influyen el comportamiento de los individuos. La calidad de vida de las personas de edad se analiza utilizando algunos indicadores como: la salud, habilidades funcionales (habilidad para cuidar de uno mismo), situación financiera (tener una pensión o renta), relaciones sociales (familia y amigos), actividad física, servicios de atención sanitaria y social, comodidades en el propio hogar (y en los alrededores inmediatos), satisfacción con la vida y oportunidades de aprendizaje y culturales).

De acuerdo con las Naciones Unidas el concepto de calidad de vida comprende los siguientes nueve componentes: 1) salud, 2) alimentación, 3) educación, 4) ocupación, 5) condiciones de vivienda, 6) seguridad social, 7) vestido, 8) recreación, 9) derechos humanos.

Desde un punto de vista psicológico el concepto de calidad de vida puede dividirse en 5 áreas básicas para su utilización (San Martín Pastor, 1990):

- a) Capacidad funcional: para desarrollar actividades diarias, capacidad para desempeñar el puesto de trabajo y la participación de actividades recreativas.
- b) Funciones sociales: relación con los amigos, la familia y la comunidad.
- c) Funciones intelectuales: capacidad de atención, memoria y habilidad para tomar decisiones.

- d) Estado emocional: bienestar general, incluyendo evaluación del nivel de ansiedad, depresión, sentimiento de falta de adecuación, temor y cólera.
- e) Situación económica: la capacidad para mantener su estándar de vida. Si desaparece la seguridad económica, las capacidades funcionales globales pueden empeorar significativamente.

Los componentes antes citados, pueden no ser los únicos, ya que solo se mencionan algunos de los más sobresalientes. Además, el hecho de que se mencionen en un área específica no quiere decir que no influyan sobre las demás. Por el contrario, todos los componentes influyen en los diferentes aspectos de la vida diaria del individuo al interactuar entre si.

Las personas viven en varios sistemas que influyen el desarrollo de sus valores, creencias, comportamientos y actitudes. Bronfenbrenner (1979), postula una perspectiva ecológica a la hora de describir los numerosos contextos del comportamiento humano; sugiere tres niveles del sistema que afectan a nuestra calidad de vida:

- El microsistema, o contexto social inmediato, como la familia, hogar, grupo de iguales, y lugar de trabajo, que afecta directamente a la vida de las personas.
- El mesosistema, o vecindario, comunidad, agencias de servicios y organizaciones que afectan directamente al funcionamiento del microsistema.
- El macrosistema, o los patrones culturales más amplios, tendencias sociopolíticas, sistemas económicos, y otros factores relacionados con la sociedad, que afectan directamente a nuestros valores, creencias y al significado de palabras y conceptos.

Este enfoque ecológico define claramente la necesidad de incluir dimensiones e indicadores clave de Calidad de Vida que reflejan los múltiples sistemas donde viven todas las personas: micro, meso y macro.

Existe una serie de dimensiones centrales de Calidad de Vida que se remontan al trabajo pionero de Campbell (1976). Posteriormente otros investigadores han sugerido varias dimensiones básicas bastante similares. Estas dimensiones permiten múltiples enfoques para la evaluación, dado que cada una puede ser valorada a través de varios indicadores modelo.

A continuación, se presenta un conjunto de dimensiones clave desarrolladas por distintos autores e instituciones, que resultan herramientas clave para la investigación en este campo.

Dimensiones prototípicas de Calidad de Vida

Investigador	Dimensión de clave
Flanigan (1982)	<p>Bienestar físico y material</p> <p>Relaciones con otras personas</p> <p>Actividades sociales, comunitarias y cívicas</p> <p>Desarrollo y logro personal</p> <p>Ocio</p>
Organización Mundial de la Salud (WHO 1997)	<p>Salud física</p> <p>Psicológica</p> <p>Nivel de independencia</p> <p>Relaciones sociales</p> <p>Entorno</p> <p>Espiritualidad; religión; creencias</p>

	personales
Cummins (1996)	<p>Bienestar material</p> <p>Salud</p> <p>Productividad</p> <p>Intimidad</p> <p>Seguridad</p> <p>Lugar en la comunidad</p> <p>Bienestar emocional</p>
Felce (1997)	<p>Bienestar físico</p> <p>Bienestar material</p> <p>Bienestar social</p> <p>Bienestar relativo a la productividad</p> <p>Bienestar emocional</p> <p>Bienestar referido a los derechos o aspectos cívicos</p>
Schalock (1996b, 2000)	<p>Bienestar emocional</p> <p>Relaciones interpersonales</p> <p>Bienestar material</p> <p>Desarrollo personal</p> <p>Bienestar físico</p> <p>Autodeterminación</p> <p>Inclusión social</p> <p>Derechos</p>

Mediante las investigaciones anteriores, nos damos cuenta de las dimensiones que generan calidad de vida, que si bien, las que más se repiten son; físicas, psicológicas y sociales, es importante considerar que en la actualidad se requiere de una estrategia que busque un envejecimiento activo y saludable optimizando las oportunidades de salud, participación y seguridad que holísticamente mejoren la calidad de vida de las personas que envejecen.

Actualmente el concepto de Calidad de Vida se comprende mejor que en el pasado gracias a sus dimensiones e indicadores. El concepto no se puede separar del contexto donde las personas viven e interactúan, es necesario adoptar una perspectiva de sistemas sensibles a las influencias a nivel micro, meso y macro, sobre la calidad de vida. Si bien existen indicadores diferentes, se puede mencionar la existencia de ocho dimensiones básicas de Calidad de Vida: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Los avances de la ciencia, la técnica y el conocimiento alcanzado por la humanidad han hecho que la vida del hombre se alargue más años, sin embargo es importante considerar con qué calidad de vida se llegue, prestando debida atención a las distintas concepciones multidimensionales, que tiene en cuenta no solo el funcionamiento físico, energía y vitalidad personal, sino también el bienestar psicológico y emocional.

Finalmente es importante considerar que si bien este concepto no es medible, sino estimable, sí suficiente para generar líneas de investigación en las que participen investigadores, instituciones y sociedad creando espacios de trabajo, discusión e intercambio de enfoques, para poder considerar calidad de vida como el desarrollo sustentable que el ser humano necesita, para lograr satisfacer las necesidades objetivas y subjetivas en función del medio donde vive.

Capítulo IV Metodología

4.1 Planteamiento Metodológico y Justificación

Teniendo en cuenta que el incremento de la esperanza de vida en las personas aumenta y, por el contrario, la fecundidad va en decremento, es necesario prestar mayor atención a la población de adultos mayores implementando medidas de prevención, protección y atención a este sector, que permitan preparar a los gobiernos, sociedades, instituciones e individuos para el momento en el que se presente esta etapa de vida.

En México, el interés por la atención de las necesidades de las personas mayores data de hace ya más de tres décadas. Los gobiernos han instrumentado medidas a desarrollar para atender a esta población. Sin embargo, las demandas actuales, han cambiado y pareciera no tomarse en cuenta. Actualmente en nuestro país, existen grandes deficiencias en los servicios que se ofrecen a los adultos mayores, los cuales impiden brindar atención integral a las necesidades multivariadas que requiere la población adulta; es por ello que se necesita generar una búsqueda de alternativas y estrategias que permitan promover calidad de vida, así como para la prevención del deterioro físico y psicosocial vinculado al envejecimiento.

A si pues, la esperanza de vida de la población ha llevado a que personas con muchos años de vida por delante, no encuentren los espacios para desarrollar sus capacidades, esto, sumado a que la jubilación aún está considerada a partir de los 60 años de edad en cesantía en edad avanzada y 65 en lo que se considera considerada como “vejez”, lo que deja a sectores importantes de la población sin condiciones para seguir desempeñándose en lo denominado vida productiva. Esta condición representa una tensión emocional y económica muy importante para quienes no cuentan con espacios adecuados para su desarrollo y funcionalidad.

En la actualidad el Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores (INAPAM) brinda servicios a toda persona que tiene 60 años o más. Entre sus principales actividades se encuentra el programa de Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre, el cual busca promover el desarrollo humano integral, específicamente adiestrando y capacitando a los usuarios, para lograr tener una mejor calidad de vida.

En este sentido, los programas ocupacionales que requiere la población de adultos mayores, deberán favorecer y propiciar la participación activa y generadora de espacios de entretenimiento sano y al mismo tiempo generar una mejor calidad de vida.

Bajo estas condiciones y en base a una investigación evaluativa y un análisis cualitativo, se busca encontrar la efectividad del programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre que imparte el Inapam, a partir de los objetivos que plantea el programa, de los resultados de un instrumento de calidad de vida y de la opinión de los mismos usuarios, para de esta manera conocer el cumplimiento de sus objetivos y estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de la población objetivo.

Finalmente esta investigación intenta que los demás sectores de la población sean sensibilizados, para lograr establecer una cultura que favorezca los valores universales.

4.2 Objetivo general

Evaluar el programa Capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre, del INAPAM.

4.3 Objetivos específicos

- Conocer la calidad de vida de los adultos mayores capacitados.
- Conocer los alcances del Programa.

- Identificar aspectos que podrían considerarse en intervenciones posteriores para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores
- Desarrollar propuestas que permitan mejorar el Programa.

4.4 Pregunta de investigación

¿El programa de Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre mejora la calidad de vida en los adultos mayores?

4.5 Hipótesis

H1: El programa Capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre mejora la calidad de vida de los adultos mayores que asisten a los centros culturales y clubes de la tercera edad.

Ho: El programa Capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre no mejora la calidad de vida de los adultos mayores que asisten a los centros culturales y clubes de la tercera edad.

4.6 Variables

Variable independiente: Programa de capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre.

Definición conceptual: Se entiende por programa de desarrollo, una serie de acciones organizadas con la finalidad de mejorar las condiciones de vida en una determinada región o país en forma integral y sostenible.

Definición operacional: El programa de capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre, desarrolla alternativas de adiestramiento en la producción de artículos de diversa índole, para el autoconsumo o la producción a pequeña escala, para los adultos mayores.

Variable dependiente: Calidad de vida

Definición conceptual: Según la OMS (2009), calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Definición operacional: Calidad de vida en esta investigación estará definida por las respuestas a un cuestionario de 20 preguntas con dos tipos de respuesta, que se aplicará directamente a los adultos mayores, donde se abarcaran tres áreas; psicológica, física y social.

4.7 Tipo de estudio

Esta investigación es de tipo evaluativa, según Briones (1991), este tipo de investigación es aquella que analiza la estructura, el funcionamiento y los resultados de un programa con el fin de proporcionar información de la cual se pueda derivar criterios útiles para la toma de decisiones con respecto a la administración y desarrollo del programa evaluado; permite estimar la efectividad de uno o varios programas, propuestas, planes de acción o diseños, los cuales han sido aplicados anteriormente con la intención de resolver o modificar una situación determinada. Así, a partir de los resultados se genera un análisis cualitativo del programa ofrecido por el INAPAM. Es un estudio de campo, ya que, se estudia a la población tal y como se desenvuelve en su espacio, y siendo ex post facto, porque los hechos ya han ocurrido y no pueden ser alterados.

4.8 Muestra

La muestra estuvo integrada por cuota, de acuerdo a los recursos de la investigación. Se entrevistó a 59 adultos mayores, 5 hombres y 54 mujeres de dos centros culturales; San Francisco, Alhambra y dos clubes de la tercera edad; Unidad Modelo y Nuestros Mayores, con edades comprendidas dentro de un rango de 60 a 85 años. Adultos mayores que supieran leer y escribir.

Así mismo, se realizó un análisis documental: libros, sitios web, revistas, artículos periodísticos, informes, etc....

4.9 Instrumentos

A partir de los objetivos del Programa de Capacitación, se identificaron las dimensiones de análisis, para elaborar los instrumentos de recolección de información y de ellas derivar los indicadores.

Se elaboraron dos cuestionarios con 14 y 8 preguntas respectivamente, el primero recabó la información de tres dimensiones para evaluar calidad de vida (física, social y emocional). El cuestionario estuvo basado en el instrumento SF36, uno de los instrumentos genéricos validado en español, desarrollado en Estados Unidos, el cual evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas a partir de 36 reactivos, se basa en la construcción de ocho conceptos los cuales son: a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM) (Molinero 1998). En su idioma original mostró confiabilidad y validez de apariencia, de contenido, de criterio (concurrente y predictiva) y de constructo. En la validación realizada en España, se obtuvo una versión en español que mostró coincidencia completa con la ordinalidad original esperada, alta equivalencia con los valores originales y reproducibilidad aceptable.

Para esta investigación, a partir del instrumento SF36 y del respaldo de dimensiones prototípicas de distintos autores (Cummins,1996; Schalock, 2000; OM 2009), se consideraron tres dimensiones:

-Función física la cual significa; grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos;

-Función social; grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual, y finalmente;

-Rol emocional; grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero.

Se trató de un cuestionario con una escala tipo likert, autoadministrado, de lápiz y papel.

Mientras que el segundo cuestionario se integró de 8 preguntas abiertas, a partir del cual se obtuvo la opinión de los usuarios, en ocho categorías: Acceso al programa, actividades de interés, ingreso económico, elementos para el aprendizaje, agradable del programa, desagradable del programa, otras actividades, atención y servicio; sobre la clase a la que asisten (pintura, bordado, tejido, repujado, etc.).

4.10 Procedimiento:

- 1) Se conformaron grupos de personas mayores de 60 y menores 85 de años, las cuales asisten a alguna clase del programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre, principalmente bordado, tejido, y pintura en tela. Al grupo se le explicó la intención de la investigación y las instrucciones de los cuestionarios.
- 2) Primeramente se aplicó el instrumento que mide calidad de vida, que como anteriormente se mencionó, parte de dimensiones centrales que establecen investigadores e instituciones, por ejemplo: Flanigan (1982), considera

cinco dimensiones de calidad de vida; bienestar físico y material, relaciones con otras personas, actividades sociales, comunitarias y cívicas, desarrollo y logro personal y finalmente ocio. Cummins (1996) elabora siete dimensiones prototípicas de calidad de vida; bienestar material, Salud, productividad, intimidad, seguridad, lugar en la comunidad y finalmente bienestar emocional. Schalock (2000) señala ocho dimensiones y nuevamente reconoce el bienestar emocional, bienestar físico, y relaciones interpersonales/inclusión social, como indicadores clave para el reconocimiento de calidad de vida. Una de las instituciones de gran importancia que ha determinado un concepto sobre el tema, es la Organización Mundial de la Salud (2009), donde establece calidad de vida nuevamente contemplando dimensiones; físicas, psicológicas y las relaciones sociales. Así pues, basado en estas investigaciones se reconoce como dimensiones específicas para esta investigación los aspectos físicos, sociales y emocionales que consolida el instrumento aplicado y que muestran respuestas solidas de los usuarios, sobre calidad de vida.

- 3) Consecutivamente se aplicó el segundo cuestionario, dado el diseño de preguntas abiertas, claras y rápidas, permitió conocer eficaz y eficientemente la opinión de las personas que asisten al programa.
- 4) Posteriormente con los resultados del primer cuestionario, se realizó una base de datos mediante el paquete Microsoft Office Excel 2007, donde a partir de indicadores como: sexo, edad, tiempo de asistir al programa, asistencia regular, puntuación total de calidad de vida, así como puntuaciones del apartado físico, social y emocional de la muestra se elaboró un análisis estadístico descriptivo para después interpretar los datos obtenidos.
- 5) Para el segundo cuestionario, de las respuestas obtenidas se elaboró un análisis de contenido, técnica cuyo objetivo consiste en realizar inferencias

en base a la identificación objetiva y sistemática de las características específicas de los mensajes, donde el instrumento que sirve para el análisis de contenido no tiene iniciativas de respuesta, por tanto el investigador deberá especificar que elementos del texto van a construir respuestas dentro de un esquema de estudio (Ackerman y Holsty, 1970, citado en Lambari R.A. 2001: p.82)

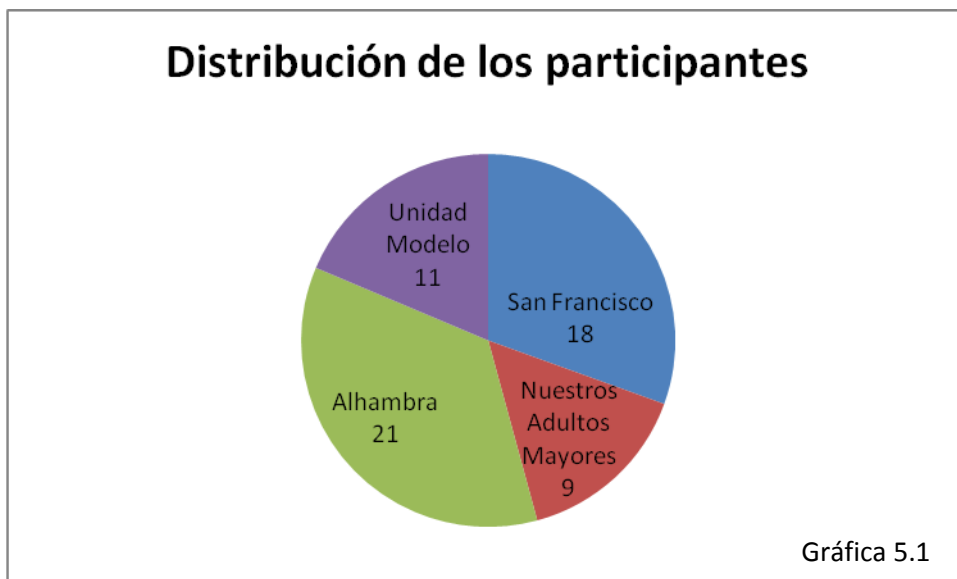
- 6) Ulteriormente tanto de los datos de calidad de vida como de opinión de los usuarios, se contrastó la información recabada con la teoría para después generar una discusión, conclusiones y finalmente realizar la presentación formal de la investigación.

Capítulo V Resultados

En la presente investigación participaron 59 personas mayores de 60 años que acuden a clases del programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre, prioritariamente a bordado, tejido y pintura en tela, en los centros culturales San Francisco, Alhambra y clubes Unidad Modelo y Nuestros Mayores. Los datos obtenidos de las personas que integran la muestra se exponen en las siguientes gráficas:

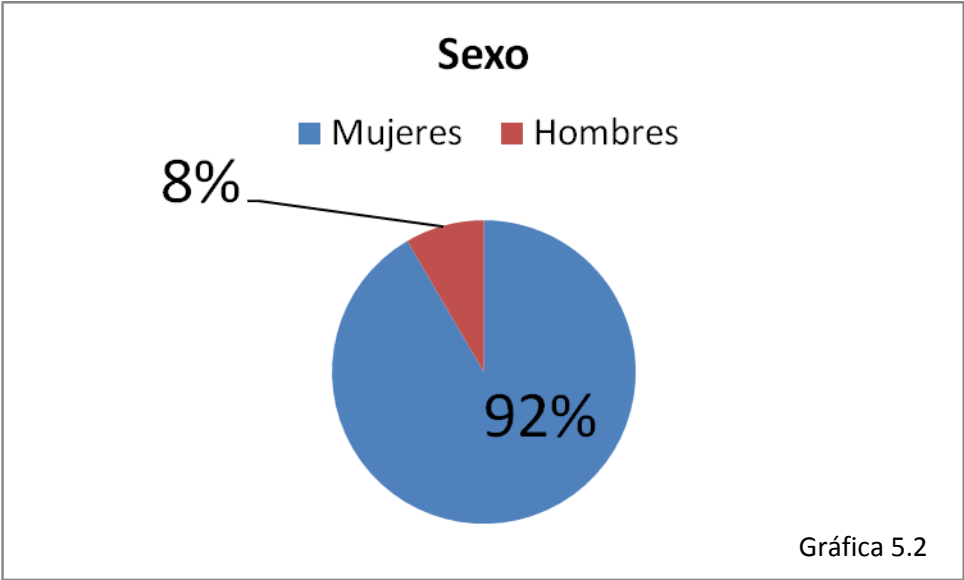
5.1 Descripción de la muestra

En la siguiente grafica 5.1 se observa la cantidad de participantes correspondientes a cada centro y club asignado.

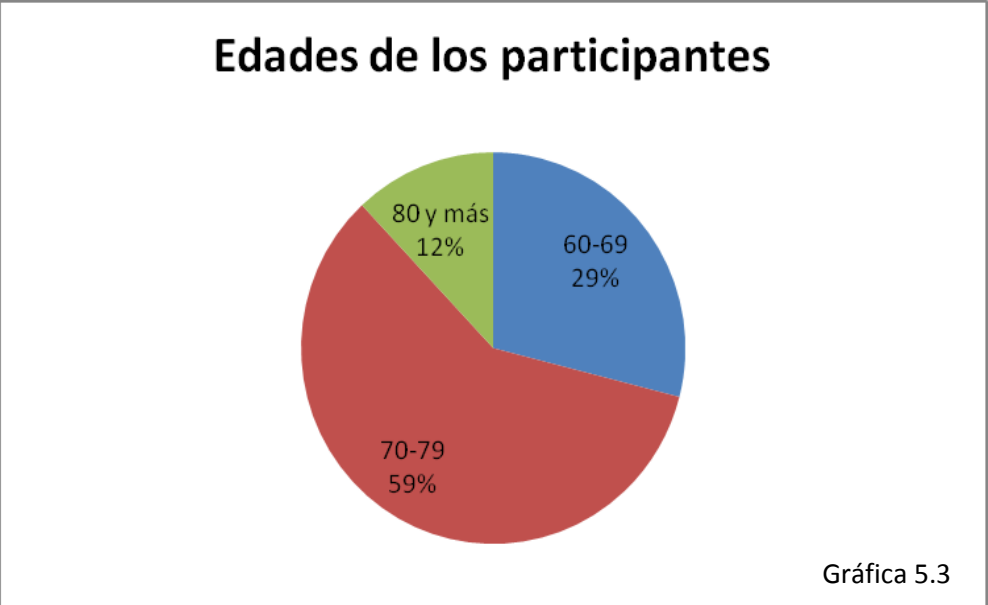


Se obtuvo mayor participación de los centros culturales San Francisco y Alhambra dada la mayor concentración de usuarios, permitiendo realizar una aplicación eficaz y eficiente.

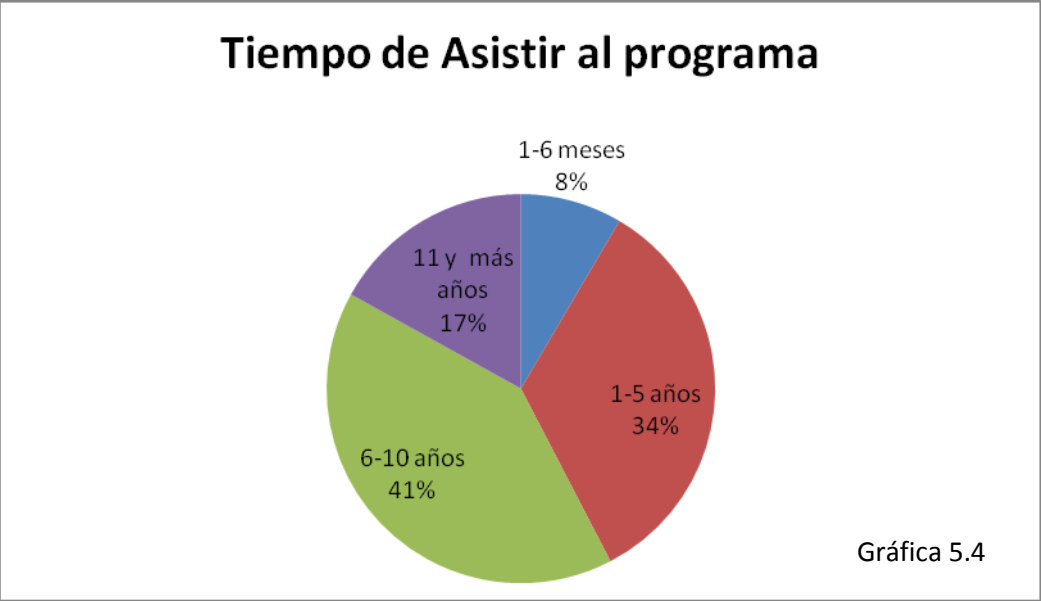
La grafica 5.2 indica que dentro de la muestra participaron 54 mujeres y 5 hombres.



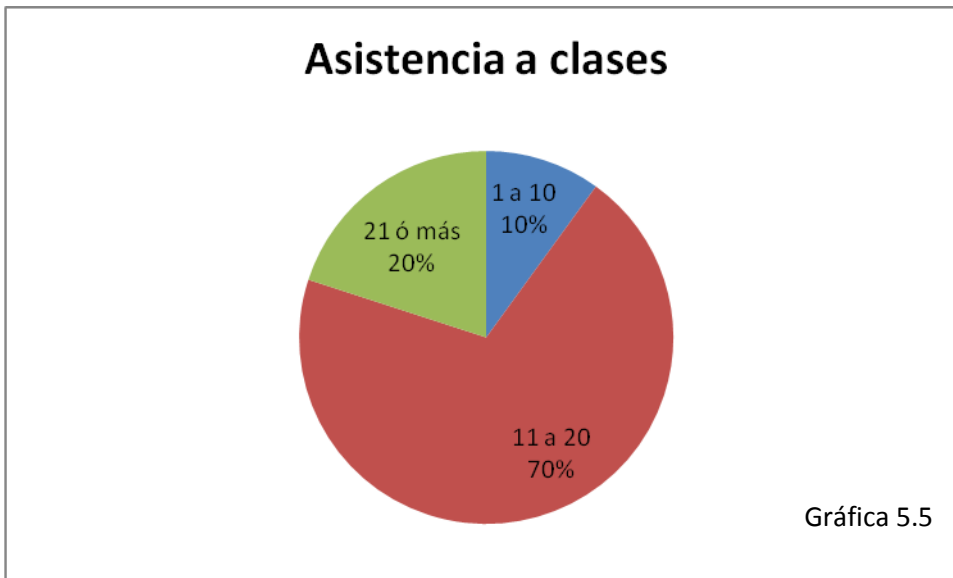
La gráfica 5.3 indica la variabilidad de edades que tiene la muestra; existen más personas con edades entre 70 y 79 años. Existiendo solo una persona de 60 años de edad, en contraste a la más longeva de 84 años de edad. Con un promedio de edad de 73 años.



La grafica 5.4 muestra el tiempo que tienen los usuarios de asistir al programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre, siendo un mes el periodo más corto, en contraste a 25 años de acudir como tiempo máximo. La mayor concentración de tiempo de asistir esta entre los 6 y 10 años. En promedio los usuarios tienen alrededor de 8 años de acudir sistemáticamente a sus clases.



En la grafica 5.5 se muestra la asistencia diaria a las clases del programa, tanto de los centros culturales como de los clubes.

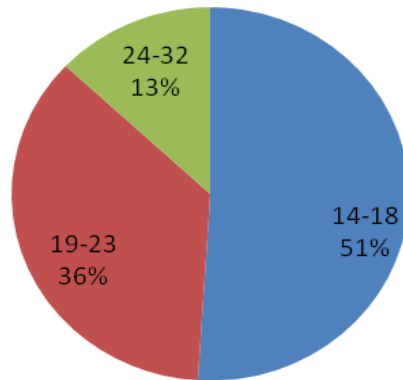


La mayoría de la veces los grupos están conformados por entre 11 a 20 personas, sin embargo se llega a encontrar grupos que van de tener sólo 1 ó 10 personas. En promedio se tiene grupos de 15 alumnos.

5.2 Calidad de vida, análisis cualitativo

El cuestionario de calidad de vida relaciona los indicadores: físicos, social y emocionales con la asistencia al programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo libre, la escala con la que estuvo diseñado el cuestionario corresponde a la tipo likert, asignando valores de 1 a 5 para cada opción de respuestas (siempre=1, casi siempre=2, algunas veces=3, casi nunca=4, nunca=5) donde obtener el valor 70 corresponde al máximo, el cual considera que no existe mejora en calidad de vida a partir de asistir al programa. Así pues entre mayor puntaje exista el programa no brinda calidad de vida.

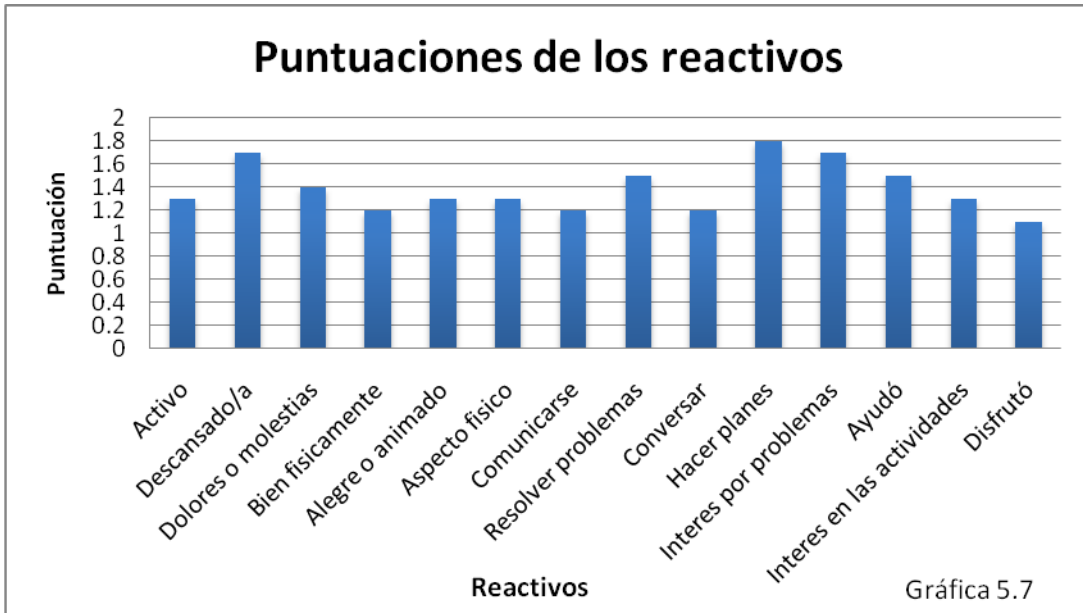
Puntuación de cuestionarios



Gráfica5.6

La gráfica 5.6 representa la puntuación total obtenida de esta muestra respecto a calidad de vida, siendo 14 la puntuación mínima y 32 la máxima. Estos resultados reflejan que aunque sólo el 13% de la muestra estuvo ubicada con los más altos puntajes (24-32), éstos no son significativos para considerar que el programa no beneficia la calidad de vida de los adultos mayores. De manera general las clases que si imparten en el programa, pese que no todas cumplen con el objetivo, generan que la mayoría obtenga una puntuación baja, dado a, la convivencia y apego de grupos, situaciones mayormente significativas, que benefician la calidad de vida del adulto mayor.

En lo que corresponde a las puntuaciones de cada reactivo se estableció un promedio para identificar cuál fue el de mayor puntaje obtenido por la muestra, en la siguiente grafica se indica los resultados.



Siendo los reactivos 2, 10 y 11 los que mayor puntaje marcan. El primer reactivo corresponde al indicador físico, en donde se cuestiona “sentirse descansado/a”. Las preguntas 10 y 11 al indicador social, preguntas que hacen referencia a; “¿hizo planes con amigos o familiares para futuras salidas?” y “¿Se interesó por los problemas de amigos o conocidos?” respectivamente, esto demuestra que aunque no es significativo, para los adultos mayores es frecuente sentirse casi siempre cansados, mientras que hacer planes para futuras salidas e interesarse por los problemas de amigos o conocidos también es una idea que poco realizan.

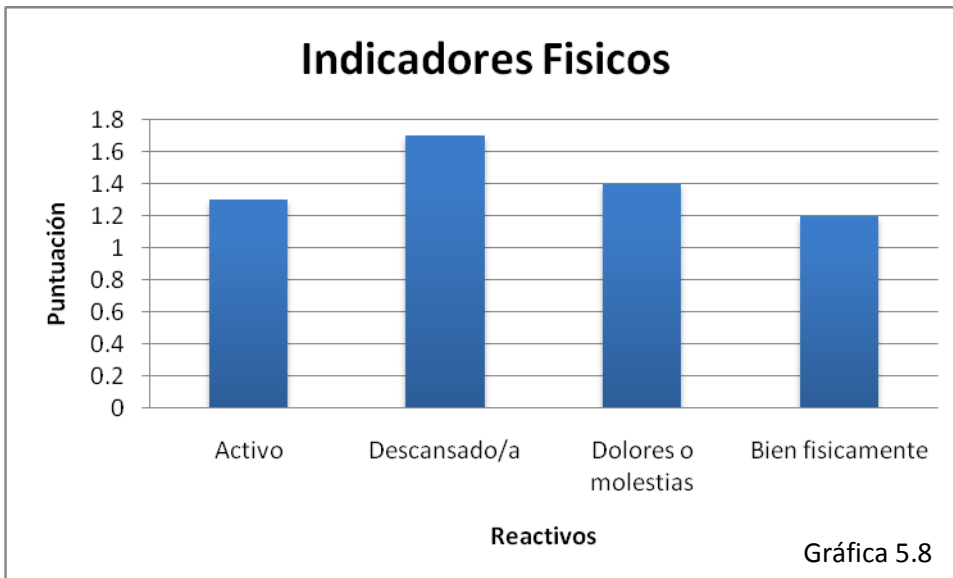
Por otro lado las preguntas 4, 7 y 9 son las que siempre realizan, la primera pertenece al factor físico, y refiere a “sentirse bien físicamente”, la 7 a “la capacidad de comunicarse con otras personas” y corresponde al apartado emocional, y finalmente la pregunta 9 la cual refiere “sentirse bien platicando con amigos y familiares” dentro de los indicadores sociales. Por lo anterior estos resultados impactan óptimamente en su calidad de vida.

En la siguiente tabla se muestra el orden, puntaje y las preguntas sobre calidad de vida, (Formato completo, ver Anexo).

Indicadores Físicos	
1	¿Se encontró lo suficientemente activo/a?
2	¿Se sintió descansado/a?
3	¿Se encontró con dolores o molestias?
4	¿Se sintió bien físicamente?
Indicadores Emocionales	
5	¿Alegre o animado/a?
6	¿A gusto con su aspecto físico?
7	¿Capaz de comunicarse con otras personas?
8	¿Resolver problemas cotidianos?
Indicadores Sociales	
9	¿Bien conversando o estando con amigos o familiares?
10	¿Hizo planes con amigos o familiares para futuras salidas?
11	¿Se interesó por los problemas de amigos o conocidos?
12	¿Sintió que ayudo a amigos, vecinos o familiares?
13	¿Consiguieron mantener su interés las actividades de tiempo libre?
14	¿Disfruto de sus actividades de tiempo libre?

En lo que corresponde de manera separada a los indicadores físicos, sociales y emocionales se encontraron los siguientes resultados:

La gráfica 5.8 establece los resultados del apartado físico, a partir de promedios, tomando en cuenta que la asignación de valores para cada opción de respuesta quedo de la siguiente manera siempre=1, casi siempre=2, algunas veces=3, casi nunca=4, nunca=5.



Esta sección del cuestionario abarca del reactivo 1 al 4, identificando que la pregunta 2, la cual refiere a “¿Se sintió descansada/o?” es la que obtiene un puntaje más alto, lo cual indica menor calidad de vida, mientras que la pregunta 4 refiere a “¿Se sintió bien físicamente?” logra obtener un puntaje que refleja una mejor calidad de vida, sin embargo estas diferencias no son significativas dado que todas las respuestas quedan en la categoría “siempre” (entre menos valor mejor calidad de vida).

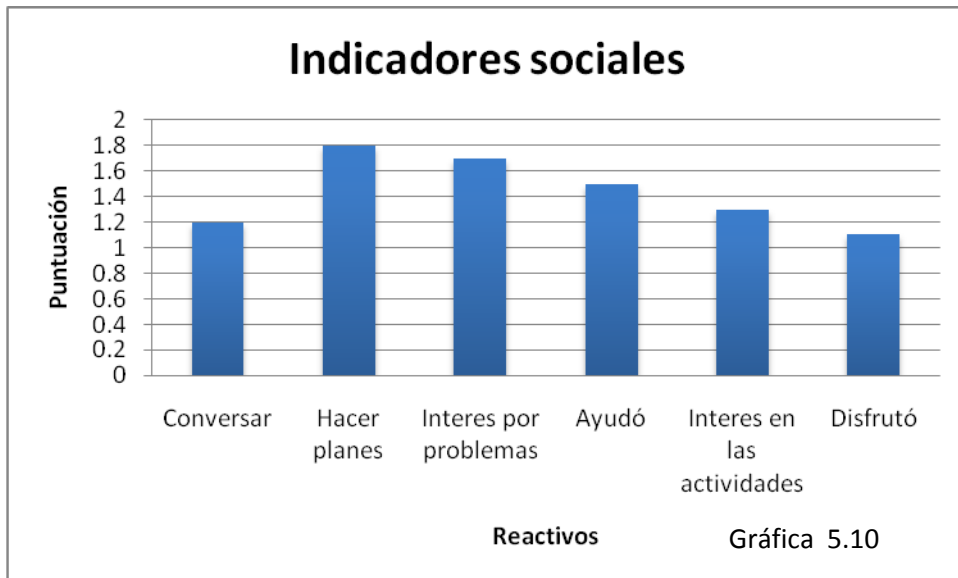
La grafica 5.9 muestra los resultados del apartado emocional, nuevamente a partir de los promedios:



En este apartado la pregunta 8 muestra un impacto relativamente superior al resto de las preguntas, siendo esto que; “casi siempre puede resolver problemas de la vida cotidiana”. Elementos respecto a sus estados de ánimo que reflejan que a partir de asistir al programa, siempre o casi siempre obtienen mantener su calidad de vida.

Finalmente se establece los factores sociales, los cuales abarcan la mayor parte del cuestionario, con 6 preguntas, que van de la 9 a la pregunta 14.

En la grafica 5.10 se pueden observar los promedios de cada pregunta y cuál es el que impacta en la calidad de vida de los usuarios del programa.



La mayor diferencia se encuentra en los reactivos 10 y 14. Por un lado la pregunta 10 refleja que “casi siempre” hacen planes para futuras salidas con amigos o familiares, mientras que el reactivo 14 muestra que “siempre” disfrutan de sus actividades de tiempo libre.

5.3 Opinión sobre el programa

La técnica utilizada para el análisis de los resultados obtenidos, fue análisis de contenido:

De acuerdo a los resultados, se elaboraron las siguientes categorías:

- I. **Acceso al programa.** Percepción de los trámites para el acceso al programa.
- II. **Actividades de interés.** Elementos que favorecen y refuerzan la participación de los usuarios.
- III. **Ingreso económico.** Los artículos realizados en el programa generan un ingreso económico.
- IV. **Elementos para el aprendizaje.** Componentes que favorecen o impiden aprendizaje.
- V. **Lo agradable del programa.** Opinión positiva del usuario acerca del programa.
- VI. **Lo desagradable del programa.** Opinión negativa del usuario acerca del programa.
- VII. **Otras actividades.** Nuevas clases para el programa.
- VIII. **Atención y servicio.** Establecen desacuerdos o aceptación de los servicios y atención que reciben en el programa.

Se identificaron los conceptos críticos de los cuestionarios aplicados, los eventos, experiencias y sugerencias de la población objetivo.

En el siguiente cuadro se desglosa la categoría, sub categorías e indicadores:

Categoría	Sub categorías	Indicadores
1.-Acceso al programa	Trámites Económico	Establecen: Fácil inscripción, reinscripción, y económicos.
2.-Actividades de interés	Fáciles Artísticas	Son interesantes porque: son fáciles, los artículos obtenidos, creativos y artísticos.
3.-Ingreso económico	Regalos Para uso personal No redituables	Los productos: son regalados, para uso personal y no son redituables.
4.-Elementos para el aprendizaje	Espacio Equipo Profesores	Entorpece: Falta de espacios físicos, equipos para realizar los productos. Profesores permiten un mejor desarrollo de la actividad.
5.-Lo agradable del programa	Convivencia Maestros Horarios Activo/a	Agrada: Convivencia recurrente, la atención y compromiso de los profesores, los horarios matutinos. Activos y gustosos
6.-Lo desagradable del programa	Espacio Materiales Equipo	Falta de equipos, materiales y espacios adecuados.
7.-Otras actividades	Corte y confección Repostería Cocina Bonsái	Sugieren: Nuevas clases
8.-Atención y servicio	Acuerdo	Establecen Buen servicio y atención.

Contraste de hipótesis

En cuanto a la pregunta de investigación y las hipótesis planteadas para esta investigación a través de los cuestionarios aplicados se puede considerar lo siguiente:

El programa de Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre mejora la calidad de vida en los adultos mayores, ya que los participantes reportan sentirse siempre o casi siempre bien en los factores físico-emocional y social, elementos prioritarios independientemente de la etapa de vida que se esté llevando.

Por otra parte se acepta la hipótesis alterna, la cual establece que el programa mejora la calidad de vida de los adultos mayores que asisten a los centros culturales y clubes de la tercera edad.

Capítulo VI Discusión

Los resultados obtenidos demuestran la hipótesis que establece que el programa Capacitación para el trabajo y Ocupación del Tiempo Libre mejora la calidad de vida de los adultos mayores, entre otras cosas, a pesar de estar poco tiempo inscrito (menos de 6 meses) en el programa.

Es importante aclarar que al principio de la investigación se planeaba una muestra más grande, buscando mayor validez para el presente trabajo, sin embargo, dado el número reducido de personas que se tiene por clase (11-20 personas, Inapam, 2010), fue suficiente la muestra establecida.

En este sentido es relevante mencionar que las personas entrevistadas participan en una o más clases que imparte el programa, siendo benéfico para el desarrollo de la investigación, ya que se pudo obtener la opinión no sólo de las clases que más se toman (tejido, bordado y pintura en tela, Inapam 2010) sino de un repertorio variado (vitrales, pintura en oleo, repujado, talla en madera).

La participación de esta muestra permite identificar que el sexo femenino participa más que los hombres en este programa, esto concuerda con la teoría de los roles señalada por Hummert (1999), donde establece que el impacto social está lleno de creencias y estereotipos, que en muchas ocasiones no coinciden con la realidad, pero es suficiente para etiquetar los roles en una sociedad. Así pues, los hombres adultos mayores, no se incorporan a las actividades, para ellos consideradas “femeninas”, en este sentido, pocas son las clases “masculinas” (marquetería, grabado, escultura, malla y rafia, etc.) que si bien se nombran en la descripción del programa, actualmente no se imparten con frecuencia.

Otro elemento que favorece la participación de los adultos mayores de esta muestra, se debe a la edad: factor biológico primordial para continuar con actividades, como lo señala Busse (1969) existen dos etapas del envejecimiento la primaria y secundaria, donde en la primaria el rendimiento físico aun es bueno, situación que esta población refleja, ya que las personas que más participan se

encuentran en edades que van de entre 70 y 79 años, estando en la primera etapa, respondiendo óptimamente a las demandas físicas que requiere el programa.

Por otra parte, los usuarios opinan que las actividades en las que participan los mantiene activos, permitiendo sentirse saludables. Como lo establece la teoría de la actividad, Havighurst y Neugarten (1968); la actividad es la base del envejecimiento saludable; cuanto más activa se mantenga la gente, podrá envejecer de manera más satisfactoria. Ahora bien, si tomamos en cuenta que las personas participantes en esta investigación, tienen en promedio 6.7 años de asistir a las clases, entonces podemos considerar que la participación regular, logrará un envejecimiento saludable para esta población.

Otro factor que garantiza la participación de los usuarios se debe a que encuentran un grupo de convivencia, que como lo establece Bronfenbrenner (1979), la familia, o un grupo de iguales, afectan directamente en la vida de las personas, y en este caso de manera positiva para esta población.

En otro sentido, es evidente la centralización de los servicios en la capital y parte del Edo. de México, pues de los espacios más grandes y con mayores servicios que tiene el Inapam se encuentran en el D.F. (Inapam, 2010), de esta manera, considerar que el resto de los clubes a nivel nacional se encuentren con mayores carencias; físicas, económicas y humanas que impiden un mejor desarrollo para la población objetivo. En esta investigación se tiene la oportunidad de entrevistar a los usuarios que asisten a dos centros culturales de mayor importancia del país, permitiendo conocer en varios casos la opinión de personas que tiene más de 10 años participando, no sólo en el programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre, sino también en los cambios, físicos, políticos, y económicos por los que ha atravesado la Institución a lo largo de tres décadas (Inapam 2010), y que sin menor duda han beneficiado o retardado el proceso de la Institución.

En lo que respecta a los resultados de calidad de vida es importante mencionar que el establecimiento de los tres indicadores (físicos, emocionales y sociales) en los que se basó el cuestionario, se debe a la importancia y relevancia teórica que se otorga a éstos, es decir; son los de mayor prevalencia e impacto en la vida del ser humano, por lo tanto los más utilizados para las investigaciones. Un ejemplo de lo anterior lo establece la OMS (2009) en su definición, menciona que; "Calidad de vida se trata de la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno, y como muchos otros autores (Flanigan 1982, Cummins 1996, Organización Mundial de la Salud WHO 1997, Felce 1997, Schalock 1996) estableciendo como indicadores principales lo físico, emocional y social".

A partir de los resultados, los indicadores de calidad de vida muestran notable impacto en la vida de los usuarios, éstos a través de asistir al programa se sienten satisfechos con su estado físico, emocional y social. Es importante mencionar que estos beneficios se obtienen gracias a que el espacio, personas, situaciones provocan una gama de elementos (convivencia, actividad, aprendizaje, etc.,) que si bien no son el objetivo principal del programa, generan satisfacción y propician la participación del adulto.

Al respecto, Bronfenbrenner (1979), postula tres niveles de sistema que afectan a la calidad de vida. Menciona que las personas viven en varios sistemas que influyen el desarrollo de sus valores, creencias, comportamientos y actitudes, siendo el microsistema, o contexto social inmediato, como la familia, hogar, grupo de iguales, y lugar de trabajo, los que afecten directamente la vida de las personas, como lo manifiesta esta población. Este enfoque define claramente indicadores clave de Calidad de Vida que reflejan los múltiples sistemas donde viven las personas: *micro, meso y macro*.

Otras investigaciones específicas para el adulto mayor favorecen la idea anterior. A partir de distintos estudios Velandia y sus colaboradores (1994), consideran que Calidad de Vida en el adulto mayor, es "la resultante de la interacción entre las

diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar biopsicosocial. En este sentido nos damos cuenta de la importancia del ejercicio físico, las actividades recreativas, las relaciones sociales y la ocupación del tiempo libre, como elementos fundamentales para propiciar una mejor calidad de vida, resultado que ha mostrado este programa.

En cuanto a las categorías de opinión por parte de los usuarios, se establecen lineamientos efectivos y negativos sobre el programa. En primera instancia se reconoce el fácil acceso a las actividades del programa, los pocos y económicos trámites hacen factible la incorporación de más usuarios, sin embargo, de los 860,000 adultos mayores que existen en el D.F. tan solo están afiliados alrededor de 59,422 de los cuales no todos hacen uso de los programas y muchos menos del Programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre, (Inapam, 2010) siendo impresionante que solo el 7% del total de la población total en el D.F. cuente con una afiliación .

La convivencia, la amabilidad de los profesores, los horarios, el interés y el buen servicio son respuestas repetidas en los usuarios, que concuerda que éstos y más elementos favorecen tanto el trabajo realizado como su calidad de vida. Sin embargo, para que exista una armonía en este proceso se requiere de más y mejores instalaciones, materiales, variedad de clases, hacer redituable el producto, situaciones que frenan el desarrollo tanto de los usuarios como de la institución.

Estas situaciones se dan primordialmente, por el bajo presupuesto que se le otorga al Inapam, recordemos que para este año se le asignó 248, 287, 933 pesos que equivale a .30% del presupuesto total que recibe de SEDESOL (Presupuesto de egresos de la federación para el ejercicio fiscal 2010, SHCP) 56 millones de pesos menos de los que recibió el año anterior y si a esto contemplamos que

diariamente en nuestro país 799 personas cumplen 60 años (Conapo, 2008) es preocupante pensar qué sucederá en los siguientes años, ya que entre 2005 y 2050 la población de adultos mayores se incrementará en alrededor de 26 millones de personas, pero más de 75 por ciento de este incremento ocurrirá a partir del año 2020. Debido a esta acelerada dinámica de crecimiento, se estima que la población de 60 años o más, que en la actualidad representa casi uno de cada 13 mexicanos (8.6%), en 2030 representará uno de cada seis (17.1%) y en 2050 más de uno de cada cuatro (27.7%). En base a este panorama, si las condiciones se mantienen, poco avance se verá en el programa.

Por otra parte, una condición que también entorpece el trabajo del Instituto es la administración de los recursos, que si bien son pocos en ocasiones no son bien utilizados, es decir se cuenta con pocos espacios físicos, materiales, equipos de trabajo, modernización en técnicas, capacitación de personal, etc., se trata de redefinir prioridades, acuerdos federales y privados, además de mayor involucramiento del Instituto.

Si tomamos como línea de acción la misión que tiene el instituto la cual establece: “Promover el desarrollo humano integral de los adultos mayores, brindándoles empleo, ocupación, retribuciones, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, reduciendo las desigualdades extremas y las inequidades de género”(Inapam, 2010) nos damos cuenta de que estamos lejos de tener este desarrollo humano, específicamente el programa requiere de un mayor número de profesores contratados, el profesionalismo debería garantizar más y mejores resultados para los usuarios. Por otra parte, la oferta de actividades no es acorde a las necesidades laborales actuales, por lo que no hay una capacitación efectiva para el trabajo. Si bien, se apoya a los adultos mayores al darles un espacio de convivencia y terapia ocupacional que les mantiene entretenido y en convivencia con otras personas semejantes, el logro de los objetivos es limitado.

Han existido logros importantes en el desarrollo de tres décadas de trabajo, sin embargo, no son logros suficientes para consolidar al Inapam como el órgano rector de las políticas públicas a favor de los adultos mayores.

Esta investigación genera un panorama enriquecedor, desde las demandas actuales de los adultos mayores en el D.F. hasta las futuras necesidades que requerirá el órgano rector de los adultos mayores. Se trata de reforzar un trabajo, desde lo político, económico, social y personal, hacia una parte de la población, para impactar a todo un país.

Capítulo VII Conclusiones y Sugerencias

En la actualidad hablar de adultos mayores no es referirse a un tema nuevo, desde comienzos de la civilización se contaba con poblaciones de adultos mayores (AM), lo que es diferente en la actualidad, es la importancia de cómo se percibe, atiende y previene no solo al adulto mayor sino a toda una sociedad.

La vejez ha sido uno de tantos estigmas que tiene la sociedad, creer que a mayor edad menor funcionalidad, se repite década tras década. La poca participación del adulto mayor en lo laboral, social, familiar, cultural se hace presente no sólo en México sino en todo el mundo, lo cual entorpece un desarrollo del tema que en alguna medida se presentará tarde o temprano.

Los procesos de modernización en la cultura actual excluyen en repetidas ocasiones a las personas mayores, haciendo más complicada su inserción en los diferentes sectores de la sociedad. Se busca equidad y no ver al adulto mayor frágil, creyendo que todo se le debe dar.

Es real que dentro de una década uno de cada seis mexicanos será adulto mayor, lo que sorprende es que el gobierno, las instituciones y la sociedad no priorizan estrategias actuales y futuras para atender no a viejos sino a una población con necesidades y capacidades distintas, no se trata de estereotipar, simplemente de reconocer que se requiere cambios en: sistemas de salud, políticas públicas, infraestructura, personal capacitado, discriminación, etc.

En nuestro país a lo largo de tres décadas se han establecido oportunamente instituciones a favor del adulto mayor, sin embargo la atención en las dos primeras décadas se vio enfocada a un aspecto asistencial, concentrando a la población de AM como grupo vulnerable que en la actualidad aun refuerza las creencias de un estado deficitario, donde se reconoce que existen pérdidas, pero poco se muestran las significativas ganancias.

Las intenciones del Instituto contemplan estrategias que en repetidas ocasiones resultan benéficas para los usuarios; actividades físicas, culturales, recreativas, sociales, etc., que mejoran la calidad de vida de los beneficiarios, sin embargo atreverse a modificar programas con más de 20 años de servicio, crearía una mejor adaptación a las necesidades y retos de la actualidad. En este sentido, consciente de que los cambios requieren de recursos económicos, materiales, personales, etc., entonces se entenderá que si no se logra una mayor coordinación y demandas, a partir de evaluaciones y análisis de parte de las autoridades del Instituto, hacia las instancias gubernamentales, no se podrá incrementar estos recursos de los que necesita la organización.

Es evidente la centralización de los servicios del Inapam en el D.F., si bien la mayor concentración de personas se ubica en esta parte de la república, esto no justifica que a las demás entidades nos se les brinde la mismas oportunidades. Si se pretende llegar a ser el órgano rector de las acciones gerontológicas, se requiere mayor infraestructura a lo largo del país para poder alcanzarlo.

Centrados en el programa ocupacional para los adultos mayores, es evidente que el factor que garantiza la participación, se debe a que encuentran un grupo de convivencia el cual garantiza atención, solidaridad, recreación, etc., tomados en cuenta estos elementos a la hora de elaborar novedosas clases se deberían reforzar estos factores, propiciando perder el miedo e involucrando mayormente a la población a nuevos temas y tecnologías.

De acuerdo a la calidad de vida, considero que es un concepto estimable más que medible, el apoyo de instrumentos como el cuestionario permite aproximarse a la percepción del individuo acerca de su calidad de vida, la combinación de más técnicas (entrevista, evaluaciones), resulta un ideal para conocer del tema en la población. En este sentido damos cuenta de cómo se deben ajustar los instrumentos dependiendo de las características de la población objetivo.

Ahora bien, el concepto de calidad de vida considera indicadores importantes para promover un envejecimiento saludable. Se requiere atender a edades más

tempranas esta etapa de vida, planeando adecuadamente, es posible generar un razonamiento objetivo, acerca del cuidado biológico, psicológico y social. Estilos de vida saludables como; ejercicio físico, nutrición adecuada, actividad cognitiva, relaciones afectivas, entre otras que propicien un envejecimiento exitoso.

Otro elemento que conviene enfatizar corresponde a la poca participación de los varones en el programa, ciertamente el patrón cultural separa a los hombres de estas de actividades, colocándolos en actividades remuneradas o en otros casos, encasillados en sus hogares. Así pues la promoción y difusión de parte de la institución, sumado a la disponibilidad de los usuarios varones incrementaría su intervención en los programas.

A pesar de las opiniones favorables de los usuarios respecto al programa, es necesario destacar el hecho de que éste no cumple totalmente con el objetivo planteado. Por una parte logra la ocupación del tiempo libre y la generación de productos de autoconsumo, sin embargo no contribuye a generar un ingreso económico extra ni cuenta con los elementos necesarios para propiciar un aprendizaje significativo.

Finalmente en las últimas décadas el tema del envejecimiento se ha convertido en área de interés para la investigación, sin embargo, aun se requiere generar más líneas de investigación en las que participen investigadores, instituciones y sociedad creando espacios de trabajo, discusión e intercambio de enfoques a fin de ver esto, como una etapa y no como un problema de vida.

Sugerencias

A partir de esta investigación es preciso considerar una serie de sugerencias en el tema del envejecimiento que impacten a la organización a partir de los siguientes elementos:

- La elaboración de un Plan Nacional Gerontológico, si bien varias Instituciones gubernamentales construyen sus planes gerontológicos, éstos solo se quedan en un nivel interinstitucional, siendo que, el país necesita de la colaboración de todas las instituciones involucradas para la preparación clara y viable de un Plan Nacional.
- Las alianzas con varias Secretarías de gobierno (principalmente), a favor de la población adulta mayor, por parte del Inapam ha sido pieza clave para el desarrollo de programas, sin embargo no suficientes, contemplar más institutos locales y federales, asociaciones civiles y organizaciones privadas, impulsaría de gran manera no sólo los programas sino indudablemente a toda Institución.
- Es sabido que para poder garantizar los resultados de programas y políticas públicas, se debe establecer una investigación eficaz, y para este tema no es la excepción, si pretendemos que el envejecimiento en México sea favorecedor se debe comenzar contemplando las investigaciones ya existentes y apoyar las sucesivas.
- Otro de los elementos que garantizaría un mejor impacto en el trabajo del Instituto, se da a partir de la evaluación de programas, como fue el caso de esta investigación y a partir de los resultados beneficiar a los usuarios.
- La promoción y difusión acerca de los servicios que brinda el Inapam, actualmente es insuficiente, no solo para los adultos mayores, sino también para los especialistas en el tema; seguramente debido a que la población objetivo actualmente no es la más demandante, sin embargo para que

exista mayor involucramiento tan solo de los afiliados y especialistas se requiere de más promoción y difusión.

- Siguiendo con la línea anterior, la capacitación constante de los trabajadores del Inapam por parte de especialistas dependientes del gobierno ó sectores privados, optimizaría el desarrollo de los trabajadores y consecuente la oferta y servicios para los usuarios.
- Finalmente el tema de las nuevas tecnologías ha sido abordado carentemente, si se lograra capacitar a la población objetivo se podrían mejorar programas, estando el nivel de los nuevos recursos tecnológicos.

Bibliografía

- Arana de J.M.(1996). Biología del envejecimiento. En J.M de Arana (dir), Biosociología del envejecimiento. Farmaindustria: Madrid.
- Atchely, R.C. (1989). A continuity theory of normal aging. Gerontologist, Little Brown. Miami.
- Baltazar, A. y. (1999). Evaluación de la calidad de vida en ancianos institucionalizados . Tesis licenciatura Facultad de Psicología UNAM , México, D.F.
- Belando, M. y. (1997). Políticas de Atención a la Vejez en los sectores sanitario-social: Biblioteca Nueva. Madrid
- Benítez Zenteno (2002). Transición demográfica en América Latina. Tendencias y consecuencias sociales. Investigador Emérito del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM y del S.N.I. en II CONGRESO INTERNACIONAL AVANCES EN GERONTOLOGIA. Mexico D.F.
- Briones, Guillermo (1990). Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales: Trillas México.
- Brown, A. S. (1996). Social Processes of Aging and Old Age. Prentice-Hall. Londres.
- Busse, E. M. (1996). Theories of Aging: Little Brown. Boston M.A.
- Caro López, (2002). Políticas públicas para los adultos mayores en México. Revista Demos. No. 15, pag 38,39. Recuperado de, www.ejournal.unam.mx/dms/no14/DMS01418.pdf
- Caro Lopez, (2003). Nuevas Políticas para los adultos mayores: el caso del Distrito Federal, de la asistencia a la participación Social.I Medio electrónico. México D.F. recuperado de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/109/art/art5.pdf>
- Castillo, G. (2008). Taller de autoestima para adultos mayores de los clubes de la tercera edad del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, una alternativa para enfrentar la violencia intrafamiliar. Tesis de Licenciatura, Psicología UNAM, Mexico, D.F.
- Ceja Mena (2004). La política social mexicana de cara a la pobreza. Geo critica, Scripta Nova Barcelona: Universidad de Barcelona, 1 de noviembre de 2004, vol. VIII, núm. 176. <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-176.htm>> [ISSN: 1138-9788]
- CEPAL (2003), Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/14644/lcl2079e.pdf>
- CEPAL (2006) Informe del trigésimo primer período de sesiones de la comisión. Uruguay . CEPAL. Recuperado de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/26082/lcg2318%28SES.31%29WEBE.pdf>
- CEPAL (2009). Envejecimiento derechos humanos y políticos. Santiago de Chile: Sandra Huenchuan. Recuperado de www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/
- CONAPO. (Julio de 1999). El envejecimiento demografico de Mexico: retos y perspectivas Recuperado el 15 de Abril de 2009, de CONAPO. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/Otras/Otras2/PDF/envejeci.pdf>
- CONAPO.(Junio 2008). Informe de México:El cambio demográfico,el envejecimiento y la migración internacional en México Santo Domingo, Rep. Dominicana.Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2008/02cepal.pdf>
- CONAPO (2006). Proyecciones de la población de México 2005-2050. México: CONAPO, Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/proy/Proy05-50.pdf>
- CONAPO (2008). Elena Zúñiga Herrera, J. E. El envejecimiento demográfico en México.Principales tendencias y características. Horizontes núm. 13, julio de 2008, 93-100. México
- CONAPO (2004) Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI. México: Conapo. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje00.pdf>
- CONEVAL (2008). Monitoreo y Evaluación de Programas sociales. México: CONEVAL Recuperado de http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/evaluacion_monitoreo/HomeEvalMonitoreo.jsp
- Courtis Cristhian – Abramovich Víctor (2006). El umbral de la ciudadanía: el significado de los derechos sociales en el estado social constitucional. Buenos Aires Argentina: del puerto.

- Cowgill, D.O. y Holmes, L.D. (1972). *Aging and modernization*: Appleton Century-Crofts. Nueva York
- Cowgill, D.O. (1986). *Aging around the world*: Wadsworth Belmont, California
- Chande, R. H. (2003). *El Envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*: Miguel Angel Porrua. México DF
- Cumming, E., y Henry, W.E. (1961). *Growing old: the process of disengagement*: Basic Book Nueva York.
- Daltabuit, M.(2000). *Calidad de vida, Salud y Ambiente*: UNAM, CRIM. Cuernavaca
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. Nueva York. Norton.
- Esther Lozano (marzo 2010). *Calidad de vida en el adulto mayor*. Trabajo presentado Programa de Educación Continua 2010 del Inapam. México D.F.
- Fernández-Ballesteros (2000). *Gerontología social*: Pirámide Madrid.
- García Rendón (2006). *Ponencia: La problemática social de la atención a la vejez en México*. Mazatlan, México. Recuperado de:
http://www.chihuahua.gob.mx/atach2/ets/canales/Adjuntos/CN_6816CC_9183/PONENCIA%20A%20CONGRESO%20DE%20TRABAJO%20SOCIAL%20SITUACION%20DE%20LOS%20ANCIA.doc
- García, V. y. (1993). *Historia de la psicología II. Teorías y sistemas psicologicos y contemporaneos: Siglo XXI de España*. España.
- Gonzalez, J. (1996). *Adultos mayores y personas mayores*. México: En mundo medico, calidad de vida en la edad madura. (Ed especial). México.
- González, J. F. (2006). *Salud y medicinas.com.mx*. Recuperado el 22 de Abril de 2009, de Ley para los adultos mayores, ¿solo buenas intenciones?:
<http://www.edicolor.com/nota.asp?id=2374>
- Gonzalo Sanz, L. M. (2002). *Tercera edad y calidad de Vida*: Ariel Barcelona
- Guendel, Ludwig (2000), *La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los derechos humanos: la búsqueda de una nueva utopía*, San José, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)/Universidad de Costa Rica.
- Gould, Rl. (1981). *The mismeasure of man*: Norton. Nueva York
- Havighurst, R.J. (1987). *Gerontological Society of America*. En: Maddox E.U.A.
- Huenchuan Sandra (Noviembre, 2005). *Los derechos de las personas mayores en el Contexto internacional*. Presentada por CEPAL en II CONGRESO INTERNACIONAL AVANCES EN GERONTOLOGIA. Mexico D.F.
- IBM (Diciembre, 2005). *Web Adaptation Technology (WAT): Una alternativa usar la supercarretera de la información*. Presentado por IBM Corporation en II CONGRESO INTERNACIONAL AVANCES EN GERONTOLOGIA. Mexico D.F.
- IMSS. (30 de Septiembre de 2008). Recuperado el 14 de Abril de 2009, de
http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/IMSS_06/Institucion/DPM/Adulto+mayor.htm
- INAPAM. (27 de Junio de 2008). *Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre*. Recuperado el 22 de Abril de 2009, de Inapam:
<http://www.inapam.gob.mx/index/index.php?sec=25>
- INAPAM. (5 de Junio de 2008). *Una mirada al pasado Porque envejecer es un juicio social más que un acontecer biológico*. Recuperado el 15 de Abril de 2009, de
<http://www.inapam.gob.mx/index/index.php?sec=4&pagina=1>
- INAPAM. (2009). Recuperado de <http://www.inapam.gob.mx/index/index.php>
- INAPAM (2010). *Departamento de promoción y Desarrollo Comunitario*: Inapam. México D.F
- INSEN. (1990). *Programas asistenciales y servicios sociales : introduccion*. México: Instituto Nacional de la Senectud. Mexico D.F.
- INSEN. (1996). *Programas Asistenciales y servicios sociales*. Mexico, D.F.: Subdireccion de Investigación y Desarrollo Social. Mexico D.F
- Jusidman-Perez (Noviembre, 2005). *Políticas publicas hacia los adultos mayores*. Trabajo presentado por INCIDE Social A.C. en II CONGRESO INTERNACIONAL AVANCES EN GERONTOLOGIA. Mexico D.F.
- Kalish Richard (1996). *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*: Pirámide. Madrid.

- Keith, J. (1982). Old people as people. Social and cultural Influences on Aging and Old Age: Little Brown. Boston.
- Lehr, U. (1980). Psicología de la senectud: Herder. Barcelona
- Leon Portilla, M. (1984). La vejez en el México prehispánico. En memorias de II seminario de Asistencia Social al anciano, agosto 1984. Mexico: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Mexico D.F
- León Rubio, J. M. (2004). Psicología de la salud y de la calidad de vida.: Barcelona UOC. Barcelona
- Lomelí G. Paulina (2000). Plan Nacional de Desarrollo. Revista Dossier. Uruguay, Páginas, 50-51.
- Lucchesi, Martha (2002). Desafios e tendências. São Paulo, universidade no limiar do 3º milenio: Leopoldianum. São Paulo
- Marshall, V.W. Look F.Y y Marshall J.C. (1993): Conflict over intergenerational equity. En V.L. Bengtson y W.A. Achenbaum (eds), The changing contract across gerontions, pp. 119-140: Aldine. Nueva York
- Marshall (1996). Teorias psicologicas. En J. Birren (ed), Enciclopedia of Gerontology. Age, Aging and the Aged: Academic Press San Diego, CA.
- Matras, J. (1990). Dependency Obligations and Entitlement. A New Sociology of Aging. Englewood: Prentice- Hall. Cliffs, N.J
- Medina Tornero (2000). Políticas sociales para las personas mayores en el próximo siglo: actas del congreso de Murcia, 10-12 de Noviembre 1999. España: Universidad de Murcia. España
- Mishara y Riedel (1986). El proceso del envejecimiento: Morata. Madrid
- Moliner Luis (1998), cuestionario de salud. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión. España. <http://www.seh-lilha.org/cucadevi.htm#TIPOS>
- Montalvo Romero (2009). Las políticas públicas y la gerontología social. Revista letras jurídicas. Veracruz, México. Recuperado de <http://www.letrasjuridicas.com/Volumenes/19/tmontalvo19.pdf>
- Montañez, R. (2004). Psicología de la Vejez. Estereotipos juveniles sobre el envejecimiento. España: Universidad de Castilla- La mancha.
- Morales Martines (Noviembre, 2005). Las politicas Sociales para las personas adultas. Trabajo presentado por CONAPAM en II CONGRESO INTERNACIONAL AVANCES EN GERONTOLOGIA. Mexico D.F.
- Naciones Unidas (1995b), Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (A./CONF.166/9), Copenhague.
- Neugarten (1975). The future and the Young old. The gerontologist, E.U.A.
- Olivera Ferrer Estrella,(2008). La creatividad : Un recurso para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Tesina de licenciatura Facultad de Psicología UNAM, México, D.F
- OMS (1990). Healthy Aging: Organización mundial de la salud. Ginebra
- OMS (2009). Definición de calidad de la vida. Encontrado en <http://disei.who.int/uhtbin/cgiirsi/cK4SPiy9A7/49780027/2/1000>
- Ortiz-Geronimo (2008). El envejecimiento en México aspectos territoriales y repercusiones sociales. Revista: Trayectorias, volumen X, Número 26, paginas 79-92. enero-junio
- Pardavell Gonzalez (Febrero, 2010). Aspectos Psicologicos del Adulto Mayor. Trabajo presentado en Programa de Educación Continua 2010 del Inapam. Mexico D.F.
- Poder Ejecutivo Federal (1982). Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, México.
- Poder Ejecutivo Federal (1994). Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, México.
- Poder Ejecutivo Federal (1998). Plan Nacional de Desarrollo 1999-1994, México.
- Poder Ejecutivo Federal (2000). Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, México.
- Perez, C. (2006). Vejez, Autonomía o dependencia, pero con calidad de vida: Dykinson. España
- Plan Nacional de Desarrollo (2007). Plan nacional de Desarrollo 2007-2012. Presidencia de la Republica-México, recuperado de <http://pnd.presidencia.gob.mx/>.
- Prior, C. y. (1990). Aportaciones teóricas al estudio de la calidad de vida . Quintanilla, PI psicología social y sociedad del bienestar. México
- Quintero, G. y. (1997). Calidad de vida contexto socioeconomico, salud en personas de edad avanzada: Biblioteca nueva. Madrid España.

- Ramírez Santos (2004). Evaluación del autocuidado y la calidad de vida en ancianos. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología UNAM. México D.F.
- Reyes, T. (2000). Salud en la tercera edad y Calidad de Vida, de la red www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Bibliografia/Calidad_de_vida/CALID_01_Mejora_calidad_vida_personas_dependientes.pdf
- Riley, M.W. (1988). *Methodological Issues in Aging Research*: Springer. Nueva York
- Robles Silva Leticia (2006). *Miradas sobre la Vejez. Un enfoque antropológico*: Plaza y Valdes. México
- Rodríguez Ibáñez (1979). Perspectiva sociológica de la vejez. *Revista Reis*, España pág. 77-97, recuperado de http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_007_06.pdf
- Ruiz- Torres, A. (1989). *Multidisciplinary study on aging and health condition of the population of noqueira de Ramuin.*: Tecnipublicaciones, S.A. Madrid.
- Salud publica (2002). Declaración de Alma-Ata. *Salud publica Educ Salud* 2002; 2 (1): 22-24. Recuperado de: <http://www.inclusion-ia.org/espa%F1ol/Norm/AlmaAta-02-1.pdf>
- Sampieri, R. H. (2000). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill. México
- Sánchez Chávez (2009). *El bienestar Psicológico en Adultos Mayores. Un Resultado del envejecimiento activo*. Tesis de Licenciatura, facultad de Psicología UNAM. México D.F.
- Sanchez, C. y. (1982). *La vejez y sus mitos*: Salvat Editores. Barcelona, España
- SHCP, (2010). *PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN 2010. ANÁLISIS ADMINISTRATIVO ECONÓMICO*. México: SHCP. Recuperado de http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2010/temas/tomos/20/r20_aae.pdf
- Soto Rodriguez (2006). *Calidad de Vida en la Tercera Edad*. Tesis de licenciatura Facultad de Psicología UNAM. México D.F.
- Valentini Giovanna. (noviembre, 2005). *Políticas Publicas y Adultos Mayores*. Trabajo presentado por FLACSO-MÉXICO en II CONGRESO INTERNACIONAL AVANCES EN GERONTOLOGIA. Mexico D.F.
- Vásquez, Javier (2004), "Discriminación y violencia en la vejez: mecanismos legales instrumentos internacionales para la protección de los derechos en la edad avanzada", documento preparado para la Reunión de Expertos sobre Envejecimiento - II Foro Centroamericano y del Caribe sobre Políticas para Adultos Mayores, 10 al 12 de noviembre. San Salvador,
- Vivaldo-López (2009). *Treinta años de políticas públicas para la atención del envejecimiento en México*: ABC-UVM. México D.F.
- Weiss (1975). *Investigación Evaluativa. Métodos para determinar la eficacia de los programas de acción*: Trillas. México
- Zuñiga-Enrique (2008). *El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características*. *Revista Horizontes* núm. 13,, Consejo de Población del Estado de México. Pag.93-100.

Anexos



Cuestionario de opinión



El presente cuestionario pretende recabar información con fines de investigación científica, los datos recibidos serán tratados de manera confidencial.

Al inicio del cuestionario se pide contestar tres datos personales. En seguida se mostrará una serie de preguntas con cinco posibles repuestas, por favor marque con una **X** la opción que para usted sea la mejor. Recuerde que no existen respuestas buenas ni malas. Por su colaboración, GRACIAS.

Edad_____ Sexo: (hombre) ____ (mujer) ____

Tiempo de asistir al programa_____

Con respecto a su estado de salud física **durante el periodo en el que ha asistido** al programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre, ¿Con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1.- Se encontró lo suficientemente activo/a?					
2.-Se sintió descansado/a?					
3 Se encontró con dolores o molestias?					
4.- Se sintió bien físicamente?					

Con respecto a su estado de ánimo **durante el periodo en el que ha asistido** al programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre, ¿Con qué frecuencia se sintió...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
5.- Alegre o animado/a?					
6.- A gusto con su aspecto físico?					
7.- Capaz de					

comunicarse con otras personas?					
8.- Resolver problemas cotidianos?					

Con respecto a sus relaciones sociales y a las actividades de tiempo libre (ver la televisión, leer, ocuparse de las plantas del jardín, pasatiempos, ir a museos o al cine o a actos deportivos) **durante el periodo en el que ha asistido** al programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre, ¿Con qué frecuencia se sintió...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
9.-Bien conversando o estando con amigos o familiares?					
10.-Hizo planes con amigos o familiares para futuras salidas?					
11.- Se interesó por los problemas de amigos o conocidos?					
12.-Sintió que ayudó a amigos, vecinos o familiares?					
13.- Consiguieron mantener su interés las actividades de tiempo libre?					
14.- Disfrutó de sus actividades de tiempo libre?					

¡Eso es todo, muchas gracias por su atención!



Cuestionario de opinión sobre

Programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre

El presente cuestionario pretende recabar información con fines de investigación científica, los datos recibidos serán tratados de manera confidencial.

A continuación se mostrará una serie de preguntas por favor marque y responda lo que para usted sea lo mejor. Recuerde que no existen respuestas buenas ni malas.

Por su colaboración, GRACIAS.

Edad _____ Sexo (hombre) _____ (mujer) _____

Tiempo de asistir al programa _____

1.- ¿Las actividades que imparte el programa son de fácil acceso para los usuarios?

Siempre _____ Algunas veces _____ Nunca _____

¿Por qué? _____

2.- ¿Las actividades que se realizan son de interés para usted?

Siempre _____ Algunas veces _____ Nunca _____

¿Por qué? _____

3.- ¿Los productos realizados generan un ingreso económico extra?

Siempre _____ Algunas veces _____ Nunca _____

¿Por qué? _____

4.- ¿Considera que el programa ofrece los elementos suficientes para su aprendizaje?

Siempre____ Algunas veces____ Nunca____

¿Por qué? _____

5.- Lo que más le gusta del programa es:

6.- Lo que menos le gusta del programa es:

7.- ¿Cuáles otras actividades le gustaría se impartieran en este programa?

8.- Para usted, ¿el programa Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo libre ofrece atención y servicio de calidad?

¡Eso es todo, muchas gracias por su atención!