



UNAM IZTACALA

# Universidad Nacional Autónoma de México

---

## Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA: UNA PROPUESTA PARA  
MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES.**

**E N S A Y O M O N O G R Á F I C O**

**QUE PARA OBTENER MENCIÓN HONORÍFICA Y TÍTULO DE**

**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A**

**MA. ANGÉLICA HUERTA SALINAS**

Directora: Dra. **ANA LUISA GONZÁLEZ-CELES RANGEL**

Dictaminadores: Mtra. **ANA ELENA DEL BOSQUE FUENTES**

Dr. **EDGARDO RUÍZ CARRILLO**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **DEDICATORIAS**

PRIMERAMENTE A TI **DIOS**, PORQUE AÚN EN LOS MOMENTOS MÁS DIFÍCILES MI FE EN TU PRESENCIA Y COMPAÑÍA HAN SIDO PRIMORDIALES PARA PERMITIRME SEGUIR ADELANTE, POR ESO AYER, HOY Y SIEMPRE GRACIAS DIOS.

A MI MAMÁ **MARÍA (+)** QUE DONDE QUIERA QUE SE ENCUENTRE DESEO QUE SE SIENTA ORGULLOSA Y FELIZ, PORQUE GRACIAS A SUS CUIDADOS, DEDICACIÓN, ENSEÑANZAS Y FORTALEZAS, APRENDÍ A NO DESISTIR Y A LUCHAR POR LOS SUEÑOS, PERO AÚN MÁS A TRABAJAR ARDUAMENTE PARA HACERLOS REALIDAD, POR ESTO Y MUCHAS COSAS MÁS, GRACIAS MAMÁ Y QUE DIOS LA BENDIGA.

A MI PAPÁ **AGUSTÍN**, TODA MI GRATITUD Y CARIÑO, POR TODO EL APOYO Y CONFIANZA INCONDICIONAL QUE PACIENTEMENTE SIEMPRE HA TENIDO CONMIGO, Y POR AYUDARME A CONTINUAR PARA LOGRAR LO QUE DESEO HACER.

A MIS HERMANOS **JOEL Y RAÚL**, MI AGRADECIMIENTO Y CARIÑO POR TODO SU APOYO Y POR SER PARTE DE MI VIDA Y POR CADA UNO DE LOS MOMENTO QUE HEMOS CONVIVIDO COMO AMIGOS Y COMPAÑEROS, Y POR TODO EL TIEMPO QUE HEMOS TENIDO PARA DIVERTIRNOS; Y PORQUE SÉ QUE SIEMPRE VOY A CONTAR CON USTEDES.

A MÍ CUÑADA **ALEJANDRA**, TAMBIÉN MI AGRADECIMIENTO POR TODOS LOS MOMENTOS QUE HA ESTADO PRESENTE PARA APOYARME CUANDO ASÍ LO HE NECESITADO.

## **AGRADECIMIENTOS**

A LA UNAM-FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, POR HABERME PERMITIDO SER PARTE DE ESTA GRAN INSTITUCIÓN ACADÉMICA, Y PORQUE ORGULLOSAMENTE FORMARÁ PARTE DE MI VIDA POR SIEMPRE.

GRACIAS A TODOS Y A CADA UNO DE LOS PROFESORES - **CARMEN ZAMORA, AZUCENA ORDOÑEZ, MARGARITA CHÁVEZ, CARLOS OLIVIER, KENIA PORRAS, LAURA PALOMINO, VIRGINIA PACHECO, BLANCA HUITRÓN, ISABEL MORATILLA, CARLOS NAVÁ**, ENTRE OTROS-, QUE CON DEDICACIÓN APORTARON LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA MI FORMACIÓN COMO PROFESIONISTA.

ASÍ COMO A LA MAESTRA **MARTHA ELISA LÓPEZ ARIAS**, POR SU APOYO Y DEDICACIÓN COMO TUTORA DE LA BECA DEL PRONABES.

A LA MAESTRA **ANA ELENA**, MI GRATITUD POR HABER SIDO UNA EXCELENTE PROFESORA, Y POR TODO EL TIEMPO QUE PACIENTE Y AMABLEMENTE DISPUSO PARA ESCUCHARME Y ACONSEJARME CUANDO POR ALGÚN MOTIVO LA NECESITE.

A LA MAESTRA **NORMA YOLANDA**, MI AGRADECIMIENTO POR SU ENTREGA Y DEDICACIÓN COMO PROFESORA.

A LA MAESTRA **MARGARITA CHÁVEZ**, GRACIAS POR SER TAMBIÉN MIEMBRO DE MI GRUPO DE SINODALES.

TAMBIÉN UN AGRADECIMIENTO A **MARU**, POR TODO EL TIEMPO QUE DEDICO A ATENDERME Y A ESCUCHARME Y POR HABER FAVORECIDO PARTE DE MI DESARROLLO PERSONAL Y PROFESIONAL.

## **AGRADECIMIENTOS**

TAMBIÉN, GRACIAS A TODOS MIS COMPAÑEROS DEL **GRUPO 11, GENERACIÓN 2006**, PORQUE CON USTEDES COMPARTÍ ALEGRÍAS, TRISTEZAS Y MUCHA DIVERSIÓN.

Y EN ESPECIAL **GRACIAS A MIS AMIGAS:**

**MELISSA**, POR TU CARIÑO, TIEMPO Y COMPRENSIÓN.

**AIDEÉ**, POR TU GRATA AMISTAD, CARIÑO Y TOLERANCIA.

**PAMELA**, POR TU AMISTAD Y POR TODA LA DIVERSIÓN QUE AÚN COMPARTO CONTIGO.

**IRMA**, POR TU AMISTAD Y COMPAÑÍA.

**LIZ**, POR TU GRAN AMISTAD Y POR TODO EL TIEMPO QUE HEMOS DISFRUTADO JUNTAS.

**NORA**, MI ENFERMERA DE LLAVERO, GRACIAS POR TODAS LAS AVENTURAS QUE COMPARTIMOS EN PREPOC., HIDALGO.

## **AGRADECIMIENTOS**

MI AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO MUY ESPECIAL Y CARIÑOSO A LA **DRA. ANA LUISA**, POR SER LA DIRECTORA DE MI ENSAYO, Y POR TODAS LAS ATENCIONES Y TODA LA AMABILIDAD QUE HA TENIDO CONMIGO DURANTE EL TIEMPO QUE HE FORMADO PARTE DE SU EQUIPO DE TRABAJO.

E IGUALMENTE MI AGRADECIMIENTO AL **DR. EDGARDO** POR SER PARTE DE MIS SINODALES Y POR TODA LA AMISTAD QUE ME HA BRINDADO.

ASÍ COMO A TODOS MIS COMPAÑEROS Y AMIGAS QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO DE PSICOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO, CALIDAD DE VIDA Y SALUD, DIRIGIDO POR LA **DRA. ANA LUISA**.

EN ESPECIAL A: **MARÍA, MÓNICA, LUPITA, OSCAR, MARCE, LILI, MARÍA ELENA**, ENTRE OTROS. POR TODOS LOS MOMENTOS AGRADABLES Y DIVERTIDOS QUE HEMOS PODIDO COMPARTIR JUNTOS.

## **RECONOCIMIENTOS**

MI RECONOCIMIENTO Y AGRADECIMIENTO RESPETUOSO AL **DOCTOR PEÑA** (FACULTAD DE MEDICINA, C.U.) POR TODO EL TIEMPO Y LA DEDICACIÓN PROFESIONAL QUE ME HA BRINDADO DURANTE MI TRAYECTORIA COMO ESTUDIANTE UNIVERSITARIA.

MI RECONOCIMIENTO Y AGRADECIMIENTO TAMBIÉN A LA **DRA. IRMA ZALDIVAR**, (FACULTAD DE PSICOLOGÍA, C.U.) POR TODA SU PERSISTENCIA Y GRAN PACIENCIA PROFESIONAL, BRINDADAS CUANDO ASÍ LO HE REQUERIDO Y NECESITADO. Y POR SER UN EJEMPLO PROFESIONAL PARA MÍ EN ESTA AVENTURA LLAMADA PSICOLOGÍA.

MI RECONOCIMIENTO Y AGRADECIMIENTO A LA **MTRA. KATY**, (UNIVERSIDAD ANÁHUAC) POR SU TOLERANCIA Y GRAN DEDICACIÓN PROFESIONAL.

Y EN ESPECIAL, TAMBIEN QUIERO RECONOCER MUY AFECTOSAMENTE A LA **DOCTORA GUILLE**, POR SU GRAN AMISTAD Y POR TODO EL CARÍÑO QUE ME HA BRINDADO Y POR TODOS LOS GRATOS MOMENTOS QUE NOS HA TOCADO VIVIR Y COMPARTIR EN MUCHAS DE LAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS REALIZADAS EN LA FES-IZTACALA.

A TODOS Y A TODAS, SINCERAMENTE GRACIAS.  
**ANGÉLICA.**

# INDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
La transición demográfica .....	4
La transición epidemiológica .....	5
La esperanza de vida en México.....	6
Medidas ante el envejecimiento poblacional .....	8
<b>LA VEJEZ.....</b>	<b>11</b>
La visión de la vejez a través de la historia.....	11
Teorías sobre la vejez.....	15
Teorías psicosociales.....	17
Cambios fisiológicos en la vejez.....	19
<b>CALIDAD DE VIDA.....</b>	<b>22</b>
Definición de calidad de vida.....	22
Estilo de vida.....	25
<b>ACTIVIDAD FÍSICA.....</b>	<b>27</b>
Definición de actividad física.....	28
Beneficios fisiológicos.....	29
Beneficios psicológicos.....	30
Beneficios sociales.....	30
<b>LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA VEJEZ.....</b>	<b>31</b>
Actividad física y calidad de vida.....	31
Mitos acerca de la actividad física y la autoeficacia.....	32
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>35</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>40</b>



## RESUMEN

México al igual que otros países se encuentra en un proceso paulatino de envejecimiento poblacional, lo que ha generado actualmente un mayor número de teorías para entender este proceso. También se han celebrado asambleas mundiales para proponer estrategias políticas, sociales, sanitarias y de salud para atender las necesidades de esta población. Sin embargo el número de adultos mayores sedentarios y con alguna patología es cada vez mayor, por lo tanto se hace necesario proponer el implemento de estrategias dirigidas a fomentar un estilo de vida saludable y con ello la práctica de la actividad física, mediante programas que fortalezcan la autoeficacia para llevar a cabo dicha práctica, y así disminuir las conductas sedentarias de las personas y mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: envejecimiento, estilo de vida saludable, actividad física, autoeficacia, calidad de vida.

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el hombre se encuentra con la expectativa de poder vivir una vida más larga que en décadas pasadas. Sin embargo, la vida moderna pareciera que lo enfrenta a una situación paradójica, pues mientras que por un lado la ciencia médica y la tecnología buscan impulsar el desarrollo de estrategias para mejorar las condiciones de vida de la población, el individuo sigue desarrollando patologías que por su propia etiología podrían ser prevenibles. Donde destacan la diabetes, hipertensión, cardiopatías, la obesidad, el sobrepeso, así como otros problemas de índole psicológica como la depresión, la ansiedad, y la soledad, entre otros.

Este panorama puede llevar a la pregunta sobre, ¿qué calidad de vida tiene hoy el hombre ante la expectativa de vivir más años? Es indudable que esta cuestión es compleja, sin embargo antes de pretender abordarla, podría servir para plantearse también, ¿si realmente es el hombre hoy más longevo?, pues en la historia existen ya relatos Bíblicos donde en los primeros tiempos de la humanidad, se menciona que hubo cierto número de personas que alcanzaron una edad extraordinariamente larga, como el caso de Adán cuya edad fue de 930 años, Matusalén con 969, y Noé con 950, para descender después a tan sólo 120 años con Moisés, siendo en el libro del Antiguo Testamento donde ya se marca esta disminución en la edad de los hombres (Vicario, & Taraganoz, 1999).

Ejemplos como los anteriores seguramente ya no existirán en otras épocas, sin embargo en la actualidad el fenómeno de la longevidad toma gran relevancia, no por el hecho de vivir más años, es decir por tener una esperanza de vida más larga, sino por el enorme incremento que se está presentando en las sociedades a nivel mundial.

El segmento de la población que está experimentando un crecimiento más rápido es el más viejo. Siendo el grupo de centenarios el que más rápido crece en la población, y seguido del grupo de 80 a 99 años de edad. De hecho, a lo largo de la historia humana, habían sido pocas las personas en llegar a estas edades. Más con el tiempo, al eliminarse las principales epidemias de enfermedades infecciosas, el número de ancianos comenzó a ascender. Y hoy, gracias a los extraordinarios progresos de la ciencia médica, sobre todo en el campo de la farmacología, los viejos se han convertido en un grupo de gran importancia. Sin embargo este aumento de la población de mayores, posibilita el incremento de servicios médicos, e importantes crisis económicas, de recursos médicos y éticas, tanto en los países desarrollados como en los llamados subdesarrollados (Jenkins, 2005).

### **La transición demográfica**

Pero ¿que ha propiciado dicho fenómeno? El envejecimiento de la población ha sido el resultado de lo que se llama la transición demográfica, la cual se caracteriza por la continua reducción en las tasas de natalidad, y de la mortalidad, reeditando en un aumento en la población sobre todo adulta.

El proceso de la transición demográfica, puede situarse a finales del siglo XVIII, en los países Europeos, cuando se suscitan cambios demográficos, que van a conducir a la transformación de la estructura de la población en cuanto a la edad, y al sexo. A la reducción en la tasa de la mortalidad y a la posterior disminución de la fecundidad.

Estos aspectos traen como consecuencia un descenso en el número de jóvenes, pero un aumento en la población adulta y en el número de personas ancianas. Por lo tanto, conforme se ha completado este proceso de transición, la estructura por edades de estos países ya se transformó en una población envejecida (Velázquez, 2004).

Con relación a los países en vías de desarrollo, como en el caso de América Latina y el Caribe, la transición demográfica, tiene un comienzo reciente, aunque se

caracteriza por su rapidez. Pues mientras que en el año de 1950 solo el 5,4 % de la población tenía 60 años o más, a comienzos del siglo XXI, se estimó en un 8 %, y se espera que para el 2025 este sea de un 12,8 %, y ya para el 2050 se alcance un 22%, de la población total.

En el siglo XXI, América Latina y El Caribe se encaminan hacia tasas de reproducción de reemplazo, mientras que la longevidad se incrementará en gran medida, por encima del progreso económico y social de sus poblaciones, y con ello un gran reto para sus gobernantes. En envejecimiento demográfico también podría tener consecuencias en algunos países en etapa avanzada de la transición demográfica, (como los Europeos) y posiblemente experimentar un descenso en el total de sus habitantes. (Miró, 2010).

### **La transición epidemiológica**

Por otro lado, está el fenómeno de la llamada transición epidemiológica que como proceso significa que la enfermedad sufre una transformación radical. De ser primordialmente un proceso agudo que con frecuencia terminaba en la muerte, ahora la enfermedad se convierte en un estado crónico, con el que muchas personas en su mayoría de edad avanzada sufren durante algún periodo de su vida. De este modo se hace posible la combinación, aparentemente paradójica, de una mortalidad descendente junto con una morbilidad creciente (Bayarre, Pérez, & Menéndez, 2006).

Así entonces, como proceso de cambio a largo plazo de las condiciones de salud de una sociedad, se constituye por una variación en los patrones de enfermedad, de discapacidad y muerte. Las poblaciones tienden a pasar por una etapa donde los niveles de mortalidad son elevados, principalmente por las enfermedades infecciosas, a otra etapa donde la mortalidad se reduce notablemente, pero siendo ya las enfermedades degenerativas la principal causa de muerte. También existen patrones de salud y enfermedad que pueden ser susceptibles de tipificarse, los

cuales configuraran un sistema complejo que se ve estrechamente relacionado con determinante demográficos, económicos y sociológicos (Gómez, 2001).

Como consecuencia de los cambios señalados, no sólo se ha producido un incremento del envejecimiento de la población Europea, sino también de la Latinoamericana, por lo que este proceso iniciado en los países desarrollados, es ahora un fenómeno del siglo XXI, que afecta a la mayoría de las regiones del planeta, entre las cuales América Latina y el Caribe presentan el cuadro más difícil, por la tendencia al incremento de la esperanza de vida que se espera en las próximas décadas. Y la cual se aproxima cada vez más a la de las naciones con mayor grado de desarrollo económico, político y social.

Por lo tanto, el resultado de las medidas tomadas para la erradicación de enfermedades infectocontagiosas ha sido la modificación en el perfil epidemiológico de la población, lo que ha contribuido a una mayor esperanza de vida de los individuos (Villagómez & Bistrain, 2008).

### **La esperanza de vida en México**

Así por ejemplo, en México la esperanza de vida de la población en el 2010 se ha incrementado, gracias a que se ha logrado en las últimas décadas una notable mejoría en las condiciones de salud, por lo que la esperanza de vida aumentó 14.8 años entre 1970 y 2010, y ahora se ubica en un promedio de 75.4 años de vida para los mexicanos, con 77.8 años para las mujeres y de 73.1 para los hombres. Esto de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO).<sup>1</sup>

En cuanto al crecimiento poblacional, en un boletín de prensa emitido por la Secretaria de Gobernación, con motivos del Día Mundial de la Población, se da a conocer que de acuerdo con CONAPO, en el 2010 el número de habitantes en México se ubica en 108.4 millones de personas con una edad promedio de 27.6

---

<sup>1</sup> . Boletín 05/2010 del Consejo Nacional de Población sobre la esperanza de vida de los mexicanos.

años. En cuanto al porcentaje de adultos de más de 65 años, este es de 5.9%, (6.4 millones). Mientras que la fecundidad se sitúa en 2.05 hijos por mujer, y ubica la mortalidad en 5 defunciones por cada mil habitantes.<sup>2</sup>

Esta perspectiva enfrentará a la sociedad a una realidad difícil, ya que en México también se tiene una transición epidemiológica avanzada, donde las enfermedades infecciosas y respiratorias predominantes décadas atrás, se están viendo sustituidas por los padecimientos crónicos degenerativos que implican un deterioro fisiológico más prolongado y de más altos costos en su tratamiento.

En México como en otros países del mundo las enfermedades crónicas no trasmisibles figuran entre las 10 primeras causas de mortalidad en los adultos mayores, siendo la diabetes mellitus la de mayor incidencia desde el 2002, de acuerdo con la Secretaria de Salud (Gutiérrez, Ávila & Montaña, 2010).

Sin duda a los padecimientos antes mencionados se pueden agregar otros como la artritis, la obesidad, el sobrepeso, la depresión y las demencias. Para lo cual se hace necesario tomar acciones de prevención y promoción de la salud y disminuir la incidencia de enfermedades, sobre todo las crónicas, y evidentemente mejorar la eficacia de las políticas sanitarias que permitan llevar a cabo dicha promoción.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que, en la mayor parte de los países, los factores de riesgo responsables de la carga mundial de morbilidad, mortalidad y discapacidad por enfermedades crónicas son la hipertensión arterial (HTA), la hipercolesterolemia, la hiperglucemia, los hábitos inadecuados de alimentación, el sobrepeso y la obesidad, y el sedentarismo, entre otros.

---

<sup>2</sup> . Comunicado 258 de la Secretaria de Gobernación, emitido el 11 de julio: en el día Mundial de la Población.

El nuevo paradigma radica en comprender que el beneficio de prevenir una enfermedad ó sus complicaciones es mayor que el que se obtiene aún por atenderlo de manera oportuna y adecuada.

### **Medidas ante el envejecimiento poblacional**

Como se ha visto el fenómeno del envejecimiento conlleva una serie de aspectos complejos, como la demografía, la epidemiología, la natalidad, la mortalidad, y el aumento constante de las llamadas enfermedades crónico degenerativas, lo que representa evidentemente retos importantes para la política de todas las naciones.

Sin embargo, también cabe destacar que ya en la década de los ochentas, en el año de 1982, la Organización de la Naciones Unidas, realizó la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en Viena, Austria. Se adoptó un Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento centrado en mejorar las condiciones de vida de las personas mayores en relación con la mejora de su salud (Manrique, 1992).

Los resultados derivados de la Primera Asamblea, no fueron iguales en todos los países. En general se desarrollaron las infraestructuras destinadas a atender las necesidades de las personas mayores, se elaboraron planes e instrumentos de coordinación, se incrementaron las pensiones y se impulsó la participación activa de las personas mayores en la sociedad.

Después en el año de 1999, se declara como el Año Internacional de las personas mayores; y bajo el lema “Hacia una sociedad para todas las edades” se puso de manifiesto las necesidades de estas personas y el tratamiento integral de los aspectos que rodean al envejecimiento para impulsar un cambio de mentalidad hacia estas, como son la educación, la vivienda, la salud y la higiene entre otras, y conseguir una mejor calidad de vida.

En la clausura del Año Internacional de la personas mayores, España ofreció su candidatura y fue aceptada como sede de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

La segunda Asamblea se llevó a cabo en abril de 2002, donde representantes de los gobiernos de 159 países se reunieron para adoptar el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, el cual constituyó un llamado a la acción para cambiar las actitudes, políticas y prácticas relacionadas con el envejecimiento satisfactorio. Siendo el fomento de la salud y el bienestar en la vejez una de las tres áreas prioritarias del plan. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha lanzado su Marco Político sobre el Envejecimiento Activo y señala que entre los factores determinantes de la buena salud en la vejez se encuentra el acceso a servicios de atención de salud adaptados a las necesidades de los adultos mayores (OMS, 2005).

El garantizar una vida de calidad a las personas longevas es un nuevo reto regional que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante la próxima década. En el plano individual, las personas que ya cumplieron 50 años podrían llegar a cumplir 100; por ende, es urgente reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere tener en la vejez y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro (Roses, 2005).

Sin duda el mundo envejece, y con ello crece el reto para seguir creando estrategias, y enfrentar dicho fenómeno. Sin embargo estas acciones tendrán que ser a partir del conocimiento que se derive del estudio de dicho fenómeno. Para lo cual se hace evidente conocer primeramente, ¿qué es la vejez?; tema que indudablemente plantea otras interrogantes como el ¿por qué envejece el ser humano?, ¿qué calidad de vida se tiene en la vejez? Y ¿es la actividad física también adecuada para la vejez? Planteamientos que son complejos, y que a continuación se retomarán, pues dicho conocimiento podrá de alguna manera favorecer la reflexión, para posibilitar propuestas sobre programas encaminados a mejorar las condiciones de vida de las



personas en la vejez. Y donde la practica de la actividad física puede ser una excelente alternativa como propuesta para cumplir con dicho objetivo.

## **LA VEJEZ**

Como se ha visto cada vez habrá más personas adultas mayores en el mundo, por lo que el tema del envejecimiento es ya de un interés global, que se desarrolla con gran rapidez. Y aun cuando envejecer es un fenómeno universal, pero individualizado, las diferencias existentes son muchas y diversas por lo que conlleva un gran desafío su investigación.

En la actualidad los esfuerzos se basan en favorecer el envejecimiento en mejores condiciones, es decir con una mejor calidad de vida y de manera exitosa, para favorecer la cultura del buen envejecimiento, y empezar a derribar los mitos y las creencias sobre la vejez como algo negativo, indeseable, y vergonzoso. Representaciones sociales estereotipadas que se asocian sobre todo a enfermedades, deterioro, a la pasividad y a la decadencia vital. Sin embargo también puede asociarse a experiencia, a sabiduría, y al respeto; aunque esta visión no solamente se puede ver hoy en día, sino que sin duda ha existido toda la vida, pues la visión que se ha tenido sobre la vejez a través de la historia humana, ha evolucionado en función de varios factores, como los demográficos, económicos, culturales, sociales, y los religiosos.

### **La visión de la vejez a través de la historia**

Se partirá entonces en una retrospectiva sobre la visión que se ha tenido en algunas épocas de la historia humana, donde se describe que ya en la prehistoria, a las personas ancianas, aunque pocos por las difíciles condiciones de vida, se les veía con respeto por considerárseles personas sabias y con gran experiencia.

Mientras que en los pueblos nómadas, resultaban ser vistas como una carga, pues la dificultad para conseguir alimento, implicaba una buena condición física, que al no ser así en los mayores, se les abandonaba o se les estimulaba a su suicidio. Aunque después con el desarrollo de la Agricultura, los pueblos se asientan y es más fácil la

aceptación de los ancianos, e incluso llegan a disfrutar de un alto nivel de prestigio (Stiftung, 1988).

En cuanto a las primeras civilizaciones ya registradas en la historia, esta el antiguo Egipto, donde en un papiro encontrado de hace 4000 años, se muestra cómo un escriba ya hablaba de si mismo y relata lamentándose como declinaban sus capacidades, y se dibuja como una silueta encorvada. Y describe cómo los ancianos eran venerados y respetados por el pueblo. Pero también en papiros de hace 3000–2500 años a. de C., ya se hacen referencias a ungüentos para disimular los signos de la vejez (De la Serna, 2003).

En China por otro lado, también los ancianos gozaban de consideraciones y de gran respeto. Y se cuenta que el emperador Shi Huangdi, constructor de la Muralla China, y el creador del Ejército de Terracota de Xian, era un obsesionado con encontrar el elixir de la inmortalidad y así detener la vejez. Tema que en otros pueblos también era una preocupación. En el pueblo Asirio y el Hindú, se encontraron de igual manera unas tablillas de 700 años a., de C., donde se manifestaba la preocupación de la búsqueda de medicinas contra la vejez.

Y en referencia a los pueblos precolombinos, se tiene el caso de los Incas en Perú, donde la población de ancianos representaba un número considerable. A los cuales se les trataba con respeto y con gran consideración. En esta sociedad se le daba gran importancia a la distribución de tareas entre los ancianos, los cuales eran de gran relevancia para conseguir la máxima eficacia. Las tareas se repartían y distribuían por edades y sexo, así en los hombre de 50 a 80 años, se les asignaban tareas de leñadores, limpiadores, camareros y dispensadores. Y a las mujeres de 70 a 80 años, sus tareas eran las de parteras, acompañantes, tejedoras, criadoras de niños y cuidadoras de los animales para su consumo. A las ancianas que tenían más de 80 años, se les ponía a trenzar algunas cuerdas, mientras que a los ancianos de la misma edad, se les pedía ser narradores de mitos, cuentos y leyendas, o como consejeros comunitarios.

En tanto que en la época de la edad media, San Agustín describía ya seis edades para el hombre, y mencionaba a los 60 años como el comienzo de la vejez. En esta época predominaba la ley del más fuerte, pero como los ancianos eran débiles y muy difíciles las condiciones de la vida, se les relegaba sobre todo de la actividad pública, aunque a veces se les consideraba como símbolos de sabiduría. Pero también se llegó a asociar a la longevidad como una virtud (Duby, 1995).

En los siglos XIV y XV, la peste repercute en el crecimiento de la población (sobre todo en los niños y en los jóvenes), por lo que en muchas familias la responsabilidad de su cuidado se le da a los mayores, y los ancianos ganaron nuevamente relevancia y respeto (Minois, 1987).

En esta época, los comerciantes y artesanos construyen casas de retiro para los ancianos, con la finalidad de que puedan tener una vida tranquila en su vejez.

En el siglo XVI, el incremento de la población joven y adulta repercute en la situación de los ancianos, los cuales nuevamente suelen ser rechazados. La vejez empieza a verse como un problema médico, se ve a los viejos como debilitados, atrofiados y en constante degeneración, por lo que se les llama seniles, descuidados y derrocheros (Lacub, 2008).

Ya en el siglo XVII, se empieza a trabajar para intentar prolongar la juventud y luchar contra las enfermedades, y toma gran impulso la medicina para lograrlo.

En los siglos XVIII y XIX, al mejorarse las condiciones de vida, se incrementa la longevidad, pero con la Revolución Industrial y el éxodo de la población rural, los ancianos sufren un proceso de adaptación y de desarraigo, al no ser capaces de competir y soportar los ritmos de trabajo impuestos en la producción industrial (Gracia, 1995).

Aunque por otro lado en el siglo XIX, ya se comienza a ver un aumento importante en la esperanza de vida de las personas, debido a los adelantos en la medicina y al cambio en los hábitos de higiene, lo que disminuye la mortalidad, e influye en el incremento de años a las personas, época donde se reconoce por un lado la sabiduría del viejo, y por otro se le ve como débil e inactivo (Thomlinson, 1976).

En cuanto al siglo XX, puede verse a los ancianos con respeto, al considerárseles llenos de sabiduría y transmisores de la cultura, aunque también hay muchos otros que son marginados y abandonados en las calles, o aún en la familia son vistos como débiles o enfermizos (Oddone, 1998).

Y, ¿qué visión se tiene en el siglo XXI de la vejez?, en este siglo sigue habiendo una disparidad en cuanto a la visión de la vejez, pues mientras que en algunos países de África, Oriente, y en algunas regiones de México (sobre todo en zonas indígenas y rurales), los ancianos y ancianas son vistas con respeto y veneración, y sus opiniones son tomadas en cuenta por considerárseles la máxima autoridad por su edad avanzada y experiencia en asuntos cívicos, religiosos y políticos. En muchos pueblos y ciudades, a los ancianos se les excluye de su trabajo y se les margina de la vida cotidiana, sobre todo si existe incapacidad física o mental, por lo que viven todo tipo de injusticia, tanto económico y político, como social, cultural, y religioso (Rodríguez, & Lazcano, 2007).

Sin embargo, al ser la población de viejos el sector que más ha aumentado en relación con otros grupos en la sociedad, hace necesario determinar estrategias ante las necesidades y demandas de este grupo, y no solamente cambiando la visión que se tiene sobre la vejez, sino contribuyendo a identificar aquellos factores que tiendan a promover un buen nivel de salud y bienestar con el propósito de mejorar en gran medida su calidad de vida.

## **Teorías sobre la vejez**

El hecho de encontrar que existe grandes diferencias en el proceso de la vejez, de un individuo a otro de la misma edad, después de los 60 años, y ver que dentro del mismo organismo, los sistemas no envejecen a la misma velocidad, como los procesos que se generan en otras épocas del desarrollo, como lo son durante la infancia o la juventud; hace que se pueda enfatizar en la complejidad que enmarca dicho tema.

Así entonces, ante la pregunta ¿qué es la vejez? Se puede ver que si bien es cierto que aun no existe un consenso general entre los especialistas de la salud, con relación a lo que es el envejecimiento de manera clara y concisa, no se debe dejar de lado que existen varias teorías de lo que significa la vejez.

Las teorías desarrolladas para explicar lo que es el envejecimiento, se basan por lo general en lo biológico, no obstante, es también necesario no dejar de lado la influencia socio psicológica que existe en los cambios relacionados con la edad.

Las investigaciones coinciden en las modificaciones y alteraciones que se producen en las células y los trastornos que se asocian a la vejez, pero difieren en las causas fundamentales y los mecanismos del envejecimiento en el organismo humano

Dentro del gran número de teorías que existen sobre la vejez, se retomarán solamente algunas para señalar la manera que este tema ha sido tratado a través del tiempo, y cómo actualmente se han planteado algunas teorías muy interesantes, con la finalidad no solamente de conocer el por qué se envejece, sino cómo hacer que este sea un proceso menos acelerado y si en cambio en las mejores condiciones posibles para las personas que ya se encuentren en esta etapa de su vida.

Así entonces se tiene que una de las primeras teorías de la vejez es: La teoría del desgaste y deterioro. En esta teoría se compara al cuerpo humano, con una

maquina, la cual termina desgastándose por su uso constante, y por la acumulación de agresiones que lesionan las células.

La teoría de los radicales libres. En esta se habla del daño al Ácido desoxirribonucleico (ADN) de los genes (Craig, Baucum & Percina, 2001).

La teoría biológica de la programación. El ciclo de la vida de las células, se encuentra almacenada en las mismas, por lo que el proceso del envejecimiento estaría programado por el ADN, y sería inevitable e irreversible.

La teoría inmunológica. El sistema inmunológico se vuelve ineficaz en la vigilancia, autorregulación y en la respuesta ante cualquier agresión al organismo (Gail, 2006). Es decir hay una alteración en la producción de anticuerpos, con lo cual disminuye la capacidad para discriminar entre los elementos propios del organismo y los extraños.

La teoría mutacional. Se fundamenta en las alteraciones que sufre el ADN, debido a agentes mutágenos de origen químico, como físico, (radicales libres, radiaciones, etc.) los cuales afectan la información genética (García, Torres, & Ballesteros, 2006).

Mientras que en épocas recientes, se ha considerado al envejecimiento como un proceso, el cual dura toda la vida, donde tienen gran importancia los factores genéticos o intrínsecos, y los ambientales o extrínsecos, para incidir de manera diversa en las personas (González, 2002).

Pero también se ha encontrado que en el envejecimiento está involucrada la apoptosis, es decir un colapso celular, condensación de la cromatina y por la fragmentación del ADN (Díaz, Alemán & Jaimes, 2004).

Sin embargo, una de las teorías que más aceptación tiene sobre el envejecimiento es la de la hipótesis del telómero, la cual propone que la longitud de los extremos de los cromosomas determinan la duración de la vida celular, y el acortamiento de los

telómeros será entonces la causa de una pérdida gradual de la capacidad replicativa, por lo que inducirá el envejecimiento celular, mientras que el alargamiento de los telómeros prolongará la duración de la vida, aunque también puede derivar en una transformación maligna celular (Rosete, Padros, & Vindrola, 2007).

### **Teorías psicosociales**

Mientras que por otro lado, en las teorías psicosociales están: la Teoría de la Actividad, en la cual se describe que cuanto más activa permanezca una persona mayor, más satisfactoriamente envejecerá y donde tienen gran importancia los papeles que constituyen su satisfacción como: el trabajo, cónyuge, padre, madre. Aunque también puede involucrar la interacción social con los familiares, las amistades y con los vecinos; así como la participación en organizaciones como voluntarios, además de tener la posibilidad de leer, ver televisión y mantenerse activo con algunos pasatiempos. Y la máxima pérdida puede ser la muerte del cónyuge o el padecer alguna enfermedad (Ortiz, 2000).

La Teoría de la Desvinculación: En esta el envejecimiento se caracteriza por una mutua separación por parte de la persona mayor, la cual voluntariamente disminuye sus actividades y compromisos, lo cual ayudaría a las personas mayores a mantener su equilibrio, siendo benéfico tanto para la persona como para la sociedad (Monroy, 2005).

La Teoría de Erickson. El adulto contempla su vida en conjunto, para aceptar como la ha vivido y creer que hizo lo mejor de acuerdo a sus circunstancias. Si así lo hiciera desarrolla la integridad, la cual logrará al haber luchado contra la desesperación. La integridad da fuerza a la persona con su sabiduría, lo que le ayuda aceptar sus limitaciones, y el cambio en su nuevo estado de vida (Bordignon, 2005).

La teoría de Jung. Las personas se esfuerzan para seguir desarrollándose a sí mismas, aunque también deben reconocerse fuerzas y tendencias en conflicto pero



que pueden reconciliarse, debido al potencial que cada persona tiene oculto y que aun puede expresarlo (Cloninger, 2003).

En cuanto a los cambios de índole Psicológico, esta la predisposición de: Los sentimientos de desesperanza, soledad y depresión. Falta de respeto y cariño, dentro de su mismo entorno familiar. La obligación de la jubilación, si está considerado en el ámbito laboral, lo cual posiblemente lo obligará a una situación de incapacidad laboral. La producción de frustración y vulnerabilidad emocional. La opción del aislamiento y la soledad. Y a incrementar los cambios de índole negativo, en: la inteligencia, el carácter y la vitalidad.

Aunque, puede ya ser una oportunidad para reconocer que las capacidades que aun se tienen, ya no permiten hacer lo que antes se podía lograr, y replantear el qué hacer con lo que aun se tiene en la actualidad, no como viejo, sino como persona (Aréchiga & Cereijido, 1999).

Como se ha podido ver la tarea de explicar teóricamente el proceso del envejecimiento es complejo. Por un lado la biología utiliza la genética y la evolución como conceptos para organizar sus datos, mientras que las ciencias sociales utilizan conceptos de cultura, estructura social y socialización (Burke, 1998). Mientras que en la psicología también es posible hablar del envejecimiento pero en función de los cambios en aspectos como la sensación, la percepción, memoria, inteligencia, habilidades, destrezas, motivación, y la emoción, entre otras.

Sin embargo, aun a pesar de los grandes avances de las ciencias y de la tecnología, todavía no se tiene un consenso general en torno a lo que es la vejez, sobre todo por la complejidad que se deriva de esta.

Pero en cuanto a su definición conceptual, la palabra vejez surge de la voz latina "vetus", que se deriva de la raíz griega "etos", la cual significa años, o añejo.

Dentro de las primeras definiciones que se tienen de la vejez, están las provenientes de la década de los años 50, donde se señalaba que la vejez era el cambio fisiológico que sufría el individuo, cuyo término inevitable era la muerte.

Después, en 1964, se propuso que la vejez era un proceso progresivo desfavorable de cambio ordinariamente ligado al paso del tiempo, y que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente con la muerte (García, 2003).

Pero aun cuando el envejecimiento es difícil de definirlo de manera general, es evidente que el ser humano envejece porque existen cambios tanto fisiológicos, como psicológicos en esta edad, los cuales se manifiestan de manera gradual.

### **Cambios fisiológicos en la vejez**

A este respecto Gamarra (2001), menciona que existen cambios generales fisiológicos, como los relacionados con la altura, debido a que entre los 30 y los 40 años se alcanza el máximo de esta, y después hay por lo regular una disminución de 5 mm por año a partir de los 50; este cambio es más acentuado en las mujeres. En cuanto al peso corporal, este alcanza su máximo a los 50 años y luego disminuye paulatinamente en edad mas avanzada.

También la composición corporal se ve alterada por el envejecimiento, así a los 25 años el porcentaje de grasa es de 15%, y esto va aumentando con la edad, y a los 75 años es el doble con respecto a los 25 años. Esta acumulación de grasa se localiza principalmente al nivel del abdomen en el varón y en la pelvis y mamas en la mujer, en cambio el tejido celular subcutáneo disminuye. Por igual, el agua corporal total disminuye con el envejecimiento, sobre todo a expensas del agua intracelular; de ahí que se tenga una disminución de la turgencia de la piel, lo que conlleva a la aparición de las arrugas.

Igualmente la mayoría de los tejidos van a disminuir en el número de células, por consiguiente va haber una disminución de su peso; eso sucede también en la masa

ósea, que se va perdiendo progresivamente, y esto es más acelerado aún en las mujeres, llegando a una pérdida del 20%.

Los órganos de los sentidos también se alteran, la visión disminuye, así como la acomodación visual a partir de los 40 años, esto se debe a que el cristalino ya no puede acomodarse. En la audición también hay una pérdida progresiva, aumenta la presencia de ruidos y voces. El gusto disminuye principalmente para lo dulce y lo salado, aumenta el umbral gustativo, por eso muchas veces, personas mayores se echan mayor cantidad de azúcar o sal. También en el olfato disminuye la capacidad de distinguir los olores.

Gac (2000), menciona por otro lado, la alteración de las glándulas suprarrenales. El envejecimiento provoca incremento en la proporción de tejido conectivo y lipofucsina, apareciendo pérdida del contenido de esteroide y disminución de la secreción de hormonas esteroidales, las que se mantienen en el plasma por decremento de su metabolización. Se pierde la capacidad de tolerar el estrés por disminución de la secreción de glucocorticoides.

También el Sistema nervioso se afecta de manera importante con el paso del tiempo. El peso cerebral disminuye con la edad y el flujo sanguíneo se reduce en un 20%, produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación de flujo. Algunos grupos de neuronas de la circunvolución temporal pierden la mitad de su masa neuronal, otras como las neuronas del hipotálamo solamente tiene pérdidas reducidas.

El tejido muscular del corazón también se deteriora al ser reemplazado por tejido conectivo, y endurecerse las arterias por la calcificación. Mientras que el volumen máximo de aire a respirar también disminuye, principalmente por el endurecimiento de la caja torácica y a la destrucción de los sáculos de aire en los pulmones (Kail & Cavana, 2006).

Por otro lado, en los hombres la producción de espermatozoides disminuye, la próstata sufre cambios degenerativos, y la testosterona disminuye al mismo tiempo que la actividad sexual. En tanto que en las mujeres, pueden aumentar las infecciones vaginales, y la capacidad de distensión por la pérdida de longitud, así como el cese de la producción de estrógenos, disminución del tamaño de las mamas y del vello axilar y púbico (Wong, Álvarez, Domínguez & González, 2010).

Como se ha descrito, el envejecimiento produce ciertos cambios también a nivel fisiológico, donde los principales componentes físicos afectados son los de las dimensiones corporales, como la composición corporal, de los sentidos, y la piel. Aunque también pueden verse afectados los sistemas como el nervioso, circulatorio, el óseo, y digestivo (Berdejo, 2009)

Así entonces, a pesar de no existir una teoría general sobre el proceso que implica el envejecimiento, existen algunas aseveraciones generales sobre lo biológico, lo psicológico y lo social; aunque tristemente también se puede ver cómo la vejez sigue siendo un factor para el aislamiento, el rechazo, y sinónimo de soledad, y de enfermedad.

Sin embargo, también es cierto que no todas las personas sufren, se aíslan o son rechazadas, ni cursan con alguna patología, y si en cambio tienen una vida más satisfactoria y con mejor calidad de vida, aunque desgraciadamente es mayor el número de adultos mayores que por sus condiciones de salud, les involucran en la condición de una mala calidad de vida. Pero ¿a qué se refiere el término “calidad de vida”?

# CALIDAD DE VIDA

## **Definición de calidad de vida.**

Es evidente que en la actualidad el envejecimiento de las poblaciones conlleva retos para la mayor parte de las naciones en el mundo, sin embargo uno de los principales en el que se podría enfatizar, es el de los sistemas de salud de un gran número de países; ya que hoy en día, lo más importante no es el aumento constante de la longevidad, sino mejorar las condiciones de vida, de salud y de bienestar de la población.

Aspectos que sin duda han favorecido el desarrollo de términos como el de calidad de vida. Aunque de acuerdo con Peña (2009), este inicialmente se empezó a utilizar en los años 60s., como reacción a los criterios economistas y de calidad que regían en los informes sociales.

Sin embargo, la evolución temporal de dicho constructo, se ha caracterizado por su continua ampliación, lo que ha traído como consecuencia la complejidad del mismo.

Dentro del gran número de definiciones que se tienen sobre dicho concepto, se encuentra el dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año de 1966, donde definía la calidad de vida; como la percepción que tiene el individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que viva, esto con relación a sus objetivos, expectativas, y a sus intereses. El término es complejo por englobar aspectos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las relaciones del individuo con su entorno (Gómez, 2009).

Mientras que en Castellón, (2003) se menciona que la calidad de vida, día con día va adquiriendo gran importancia en la mayoría de las sociedades; y constituye un referente primordial en áreas como la Gerontología, y la misma Psicología, sobre

todo la aplicada a la Salud, pero también en la planificación de las políticas socio sanitarias de un país.

La existencia de diversas publicaciones en libros y en artículos, pone de manifiesto la relevancia que ha tomado dicho tópico.

Aunque en ocasiones el concepto de calidad de vida se ha confundido con el de nivel de vida y simplemente se reduce a indicadores, a porcentajes y a estadísticas de cómo vive la gente y la satisfacción que tiene de sus necesidades básicas. La cual se le mide en términos físicos, como son: la vivienda, los servicios públicos, el área construida, tipo de materiales, etc.

Pero también puede observarse su uso en los estudios de la pobreza, para medir los índices de la desnutrición, del consumo, de la educación, de la producción laboral, de las condiciones sanitarias y de las precarias condiciones habitacionales (como indicadores de la dimensión objetiva de la calidad de vida).

Por otra parte, en Oblitas (2004) se menciona, que el concepto de calidad de vida en sus primeras definiciones también se refería al cuidado de la salud personal, a la higiene pública, a los derechos humanos, laborales, y a la capacidad de acceso a los bienes económicos, para después terminar siendo un concepto donde se marca la preocupación por la experiencia de la persona, sobre su vida social, la actividad cotidiana, así como de su propia salud.

Y ya más recientemente se hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de elementos como; la salud, la alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos. Aunque puede definirse como una medida en el bienestar físico, mental y psicológico, tal y como lo percibe el propio individuo.

Mientras que, Fernández–Ballesteros (2000), Psicóloga especialista en envejecimiento y vejez, ha planteado en diversas investigaciones de calidad de vida,

la importancia de la multidimensionalidad de este concepto, e incluye aspectos como, la salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividad de ocio y satisfacción, el apoyo social, las condiciones económicas, los servicios de salud y sociales, así como la calidad del ambiente y los aspectos culturales.

En tanto que Sánchez–Sosa y González–Celis (2004), ambos también Psicólogos, mencionan que aun cuando los avances tecnológicos en la Medicina han propiciado un aumento de la esperanza de vida en los individuos, la calidad con que se viven estos años no necesariamente mejora, sobre todo en las personas que sufren alguna enfermedad crónica, por implicarles principalmente deterioro y limitaciones en su vida y accionar cotidiano. Por lo que la calidad de vida la asocian a factores especiales del funcionamiento y de bienestar humano, de naturaleza eminentemente de índole psicológico, como lo son la salud psicológica o mental, el éxito en el trabajo o en la escuela, las relaciones que se tienen con la pareja, con los familiares y con los amigos, así como a la realización personal y a los estilos de vida saludables.

Sin duda esta concepción hace evidente uno de los aspectos ya anteriormente destacados, como es el aspecto de las enfermedades crónicas, cuya incidencia y prevalencia ya no es sólo de los llamados países desarrollados, sino también de aquellos en pleno desarrollo como lo es México, donde el incremento de adultos mayores trae emparejado igualmente un incremento en estas patologías.

Ante tal perspectiva, el concepto toma aun mayor relevancia, al ser la salud un factor básico y de bienestar para que las personas mayores puedan seguir siendo activas y plenas, tanto intelectual, emocional como socialmente.

Por lo que conforme las personas llegan a la vejez, se ven expuestas al riesgo de desarrollar enfermedades crónicas degenerativas, lo que a su vez se traducirá en una discapacidad, y en una decadente calidad en su vida.

Por tal motivo, en Schwartzmann (2003), se menciona que ya en la última década del siglo pasado, se empezó a estudiar la calidad de vida relacionada con la salud. Lo cual ha logrado tener la atención de gran número de investigadores, para intentar dar respuesta de manera científica, a la necesidad de incluir en las evaluaciones de salud la percepción del individuo con respecto de su propio bienestar.

De manera tradicional, la Medicina ha considerado sólo validas las observaciones de dicho equipo médico (los datos objetivos). Más ahora con el tiempo, han tomado mayor importancia los datos provenientes del paciente (los datos subjetivos), lo que implica sus sentimientos y percepción de su bienestar o malestar y de su estilo de vida, aspecto este en gran medida un determinante para favorecer o no, algunas enfermedades en la actualidad.

Así ante el incremento de enfermedades crónicas, para las que no existe una curación total, y donde el tratamiento sólo atenúa o elimina los síntomas para evitar complicación y así mejor en lo posible el bienestar de las personas, hace que se plantee la importancia de la práctica de nuevos estilos de vida. Pero ¿a qué se refiere el término estilo de vida?

### **Estilo de vida**

El estilo de vida es un concepto sociocultural producto de factores personales, ambientales y sociales, donde se ven incorporados los comportamientos, las actitudes, los hábitos y las circunstancias de la vida, e inclusive llega a ser una filosofía de vida.

Este se referirá al patrón de comportamientos, de actitudes, valores y creencias de los individuos, al interactuar con su medio y el mundo en que viven, y que tendrán influencia con la salud de los mismos (Campos, 2009).



Mucho se ha enfatizado que la longevidad, y la calidad de vida de los individuos dependen principalmente de lo biológico, del estilo de vida y del contexto ambiental donde resida, pero también del sistema sanitario.

Sin embargo, con lo que respecta a cada uno de estos, el estilo de vida tiene un 51% en promedio de las 10 principales causas de mortalidad en la población, en tanto que lo biológico es responsable en un 20%, al igual que lo ambiental con el 20% también, mientras que los servicios de atención lo son del 9% (Reig, Cabrera & Richard, 1996).

Sin duda, estos datos muestran la importancia del estilo de vida, como el factor determinante y más modificable en relación con la salud y la enfermedad.

Por lo que no hay duda que el riesgo de que un individuo enferme puede prevenirse en un alto porcentaje a través del cambio de los hábitos de la vida por otros más saludables, para promover y mantener la salud y por tanto una vida personal con mejor calidad de vida.

Pero, ¿qué alternativas se tienen para llevar un estilo de vida saludable?

## **ACTIVIDAD FISICA**

Como se acaba de ver los estilos de vida son comportamientos que tienen impacto en la salud, por lo que se hace necesaria la práctica que involucre las condiciones necesarias para favorecer sí la salud física, pero también la salud psicológica y social, es decir que proporcione un beneficio integral.

El estilo de vida tiene sin duda una representación importante en el estado de la salud pública de una población, ya que se considera que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento y modificaciones en el estilo de vida (Carrillo, Hernández, Ramírez, & Rodríguez, 2009).

Dentro de los estilos de vida saludables se tienen básicamente cuatro actividades; el consumo de una dieta equilibrada, la práctica de la actividad física y evitar el consumo de agentes como el tabaco y el alcohol (Burrows, Castillo, Átala, & Uauy, 2001).

Sin embargo, se retomará principalmente el tema de la actividad física por cumplir de manera más idónea con el papel de favorecedor tanto a nivel físico, psicológico como en el ámbito social.

Durante siglos, la evolución del ejercicio físico y del deporte ha sido lenta, al igual que los progresos tecnológicos. Sin embargo, ya en el siglo XX, este avance fue de tal magnitud que los hábitos y costumbres sociales variaron en muy poco tiempo. Por lo que la práctica de la actividad física se ha popularizado mucho, sobre todo por ser una excelente manera de ocupar el tiempo libre, y por sus grandes beneficios. Es importante comenzar desde edades tempranas, para ir fomentando un estilo de vida saludable. Lo que repercutirá sin duda en una mejor calidad de vida durante la edad adulta.

Ávila y García (2004) mencionan que los beneficios de la actividad física pueden darse en todas las etapas de la vida del ser humano. Por ejemplo en la niñez y la adolescencia, si el ejercicio físico se practica de manera regular es una herramienta de primer orden que ayudará en la prevención de muchas enfermedades que se manifiestan generalmente muchos años después, como la obesidad y la osteoporosis, pero también ayuda en la prevención de estilos de vida poco saludables, como el sedentarismo y el consumo de drogas y alcohol.

En los adultos, cumple un rol fundamental en la prevención y el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, así como en la prevención de los estados de ansiedad y de depresión.

En cuanto a los adultos mayores, la actividad física juega un papel fundamental e importante en la prevención y el tratamiento de la disminución de las capacidades tanto físicas como psíquicas propias de la edad. Además, la actividad física practicada de forma regular reduce el riesgo de padecer problemas de demencia y de Alzheimer, entre otros.

Pero, ¿qué es la actividad física, y por qué el énfasis en su práctica?

### **Definición de actividad física**

La actividad física puede definirse como los movimientos corporales intencionados, que se realizan con los músculos esqueléticos, que resultarán en un gasto de energía y en una experiencia totalmente personal, lo cual permite interactuar con otras personas, así como con el ambiente que les rodea (Sánchez, 2006).

Esta definición, hace referencia al movimiento, a la interacción, al cuerpo y a la práctica humana. Tiene tres dimensiones: biológica, personal y sociocultural. Pero en cuanto a una dimensión biológica (la más extendida) sólo se define como cualquier movimiento corporal realizado con los músculos esqueléticos que lleva a un gasto de energía.

En cuanto a las características que debe respetar una actividad física orientada a la salud, Orza, y Anniccharico (2002) mencionan entre otras, las siguientes:

- Que sea moderada (lo que permitirá llevar una práctica constante durante largo tiempo) y vigorosa (donde la intensidad produzca sudoración y jadeo en la respiración).
- De forma habitual y frecuente, de manera que llegue a ser parte del estilo de vida.
- Que se experimente satisfacción en su acción.
- Que permita las relaciones sociales entre las demás personas.
- Que forme parte de algunos aspectos lúdicos.
- Que sea acorde con la edad y características individuales de los practicantes.
- Que exista gran variedad de actividades y deportes para practicar.

### **Beneficios fisiológicos**

Mientras que por otro lado, los efectos orgánicos de índole positivo que genera la práctica de la actividad física son múltiples, sin embargo, es el corazón, uno de los órganos en los que mejor se pueden observar las repercusiones del ejercicio. Donde la práctica de la actividad física de baja intensidad y de larga duración (120-140 pulsaciones/minuto) aumenta el volumen de las cavidades (cabe más sangre en las aurículas y ventrículos) y las paredes (miocardio) se hacen más gruesas; y la masa muscular y la contractibilidad cardíaca sufren un incremento, ocasionando el envío de sangre con más fuerza al sistema circulatorio. Lo cual se reflejan en un aumento de la eficacia de bombeo, y en un descenso de la frecuencia cardíaca de reposo. Es decir, que con un número más bajo de latidos se expulsará el mismo volumen de sangre, y el corazón por tanto realizará un trabajo más cómodo (así las pulsaciones por minuto serán menos cuando una persona practica una actividad física).

También se incrementa y mejora la cantidad de hemoglobina de los glóbulos rojos, al captar el oxígeno de los alvéolos, el transporte hasta los tejidos, el intercambio de CO<sub>2</sub> y la expulsión de éste en el saco alveolar.

Otros sistemas que se benefician de igual manera son, el Sistema Nervioso Somático o voluntario, el cual se encarga de la actividad muscular. Y el Sistema nervioso vegetativo o autónomo, que es el responsable del control de las funciones orgánicas. La práctica de actividad física tiene grandes beneficios sobre este sistema, los cuales van desde un progreso en los aspectos coordinativos, hasta la posibilidad de disminuir los niveles de ansiedad y de la agresividad, y de mejorar el descanso y el sueño.

Mientras tanto por su parte, Godoy, Clos, Afán y Reyes, (2001), mencionan que por lo regular todos los profesionales del área de la salud, suelen concordar en que el ejercicio como la actividad física practicada de manera regular va a generar múltiples beneficios como lo son; el mejoramiento de las funciones cardiovasculares, las respiratorias, las musculo esqueléticas y las metabólicas, entre otros.

### **Beneficios psicológicos**

Y con relación a los beneficios psicológicos que conlleva la práctica de la actividad física, en Castillo y Sáenz, (2007), se menciona que estos beneficios pueden ser tanto en la prevención de trastornos mentales, como en los tratamientos de la ansiedad y el estrés. Aunque también en la percepción de la habilidad motriz y de la apariencia física puede proporcionar una mayor autoestima y una mayor independencia. Mientras que en las personas que tienen la posibilidad de caer en algún problema de drogodependencia podría favorecerlas al elevar su baja autoestima, su autonomía, la responsabilidad, y manejar mejor la ansiedad, y facilitar la toma de decisiones.

### **Beneficios sociales**

Mientras que en el nivel social, podría considerarse como un excelente elemento para favorecer la interacción social. Y ayudar en el desarrollo de valores como el respeto, la cooperación, el trabajo en equipo, y el compañerismo.

## **LA ACTIVIDAD FISICA Y LA VEJEZ**

La práctica del ejercicio es el único método probado y seguro para mantener la condición física en los adultos mayores, al impedir e incluso revertir los cambios en la composición corporal que se asocian a la vejez. Además de preservar las capacidades funcionales para mantener la autonomía y un estado de salud adecuado (Ávila, Gray & Payette, 2006), elementos que condicionan una buena calidad de vida e independencia en los adultos mayores y en la prevención de enfermedad (Andrade & Pizarro (2007).

En este sentido, uno de los retos para el siglo XXI, será fomentar la actividad física, especialmente en las personas adultas, al menos 30 minutos al día, ya sea de manera continua, o en periodos de 10 minutos para acumular los 30, ya sea con una caminata en el supermercado, o tareas en el hogar como la jardinería, u otras. Y de preferencia todos los días (Heredia, 2006).

### **Actividad física y calidad de vida**

El ejercicio tiene un papel fundamental en la calidad de vida del adulto mayor al permitirle la continuidad de la fuerza y la movilidad, proporcionarle un sueño sin interrupciones, ayudarlo a mejorar el estado de ánimo, y a prevenir algunas enfermedades entre las que se encuentran las llamadas crónicas.

Pero sobre todo, contribuye a recuperar, conservar y mejorar la salud y la calidad de vida y así aumentar la capacidad para vivir de forma independiente. (Moreno, 2005)

Sin duda, la inmovilidad e inactividad es el mejor agravante del envejecimiento y la incapacidad, por lo que el ejercicio físico debe instaurarse en el estilo de vida de las personas mayores y con ello incidir en la salud y en una mejor calidad de vida de las misma (Alcántara&Romero, 2001).

Así por ejemplo, Mora, Villalobos, Araya y Ozols, (2004) en un estudio realizado con adultos mayores, encontraron que la práctica cotidiana de actividad física, favoreció un mejor nivel en la calidad de vida de estos, al aliviarles dolores y la tensión, además de aumentar la sensación de alegría y de energía en general de los participantes.

Mientras que Stathy, Fox y Mickenna (2002), mencionan que la práctica de actividad física realizada por un grupo de personas de 61 a 81 años, contribuyó no solamente a su salud física, sino además los protegía del estrés y del aislamiento, y por tanto a la disminución del uso de servicios médicos e institucionales.

Por lo tanto, la actividad física para las personas mayores puede centrarse en cuatro ámbitos, (Point, 1994), 1): en la prevención, donde la actividad física ayuda prevenir posibles problemas y deficiencias tanto físicas como psíquicas. 2): mantenimiento, las personas mayores pueden realizar actividad física para mantener sus capacidades físicas y psíquicas en condiciones óptimas. 3): rehabilitación, como terapia puede dosificarse y adaptarse en enfermedades cardíacas, musculares, etc. 4): recreación, son actividades que pueden realizarse con la finalidad de pasarla bien y divertirse.

### **Mitos acerca de la actividad física y la importancia de la autoeficacia.**

Más sin embargo, a pesar de todos los beneficios demostrados con la práctica de la actividad física, la tendencia de esta en las personas mayores es baja. En especial por la creencia de que no les redituará algún beneficio o porque creen que esta es sólo para gente joven (Paglilla, 2001).

Sin embargo, como ya se mencionó anteriormente la poca tendencia a realizar actividad física tendría también que ver con la adopción de un nuevo estilo de vida, pues como menciona, Campos y Pérez, (2007), los estilos de vida influyen en la salud o en la enfermedad, pero cuando las personas se enfrentan a una decisión

para adoptar un nuevo estilo de vida, existen conflictos motivacionales y de confianza para decidirlo. Lo cual sin duda, tiene que ver con lo propuesto en la teoría de la autoeficacia de Bandura, la que parte de la distinción conceptual entre expectativas de eficacia, o sea la capacidad percibida por la persona para realizar con éxito una determinada conducta. Y expectativas de resultados, es decir la percepción de la conducta para producir determinadas consecuencias, las cuales determinarán la elección de las actividades, del esfuerzo y de la persistencia en las actividades a realizar (Balaguer, Escarti & Villamarín, 1995).

Así entonces, puede verse cómo las creencias pueden influir al determinar la elección que se realizará, el esfuerzo que se dedicará y el tiempo que se persevera al enfrentarse a dificultades. También las creencias son un predictor del grado de ansiedad o de confianza que las personas experimentarán (Feldberg & Stefani, 2007).

Y de acuerdo con Ortiz y Castro, (2009), la autoeficacia para los adultos mayores significa mucho más que la superación de tareas físicas, pues se asocia principalmente al sentimiento de poder ser capaces de participar en la solución de los conflictos que tienen en su vida cotidiana, al aportar las soluciones, y permitiéndoles crear estrategias de afrontamiento necesarias en las adversidades cotidianas.

En cuanto a la importancia de la autoeficacia en la práctica de la actividad física los estudios realizados por Bodin y Martinsen, (2004), mostraron los efectos de la autoeficacia como variable mediadora entre el ejercicio físico (bicicleta física y artes marciales) y los síntomas en pacientes con depresión, al observar que los sujetos que realizaban artes marciales incrementaban los estados de ánimo positivo y la autoeficacia, y disminuyeron también las ideas negativas y la ansiedad.

Por su lado Álvarez y Villamarín, (2004) realizaron un estudio con 35 sujetos entre 17 y 25 años, donde investigaron la influencia de la autoeficacia sobre el control de la



frecuencia cardiaca (FC) a través de auto instrucciones verbales de control para intentar reducir la FC, encontrando que los sujetos con una autoeficacia alta controlaron mejor su FC al utilizar más estrategias adecuadas para reducirla.

Mientras que en otro estudio Gould y Weiss, (1981), citado en Balaguer y Escarti, (1995), examinaron los efectos de la observación de un modelo similar en la resistencia muscular y en la autoeficacia, encontrando que los resultados mostraban que los sujetos que observaron un modelo similar, realizaban un esfuerzo muscular mayor que los que contemplaron a un modelo distinto, o ninguno. También los sujetos con el modelo similar tuvieron creencias de autoeficacia más altas y más fuertes que los sujetos con un modelo diferente.

Como puede verse en los estudios revisados con relación a la autoeficacia, esta es importante como predictora o mediadora para realizar actividades o ejercicio, por lo tanto es necesario diseñar programas de intervención de índole psicológico para favorecer la práctica de actividad física en los adultos mayores, pues sin duda esta como un componente de la calidad de vida conlleva amplios beneficios, tanto físicos, psicológicos y sociales, por lo tanto es importante trabajar con programas de autoeficacia dirigidos a los adultos mayores inactivos, con alguna discapacidad o enfermedad crónica, etc., y posibilitar elevar sus niveles de motivación para favorecer un cambio en los comportamientos hacia una vida más activa .

## CONCLUSIONES

Es evidente que en este siglo XXI, el hombre se encuentra con la expectativa de vivir muchos más años que en épocas anteriores, situación que está propiciando en la gran mayoría de las sociedades contemporáneas el fenómeno del envejecimiento poblacional. Sin embargo a pesar que el hombre siempre ha buscado vivir muchos años, el hecho de lograrlo no siempre es satisfactorio.

Esto también ha propiciado un auge en la investigación sobre el envejecimiento no tan sólo para entenderlo como proceso, sino para de alguna manera frenar las repercusiones asociadas al mismo, y por qué no detenerlo para prolongar la vida de las personas.

Aunque la idea de vencer el envejecimiento y lograr la inmortalidad ha apasionado a la humanidad por milenios. Más sin embargo es importante mencionar, que la gente no muere "de vieja", sino más bien, muere de las complicaciones relacionadas a las enfermedades crónicas asociadas a la vejez.

En concordancia con este hecho, la investigación moderna se ha abocado a comprender (y en lo posible bloquear) el desarrollo de dichas patologías. Motivo por el cual surgen a través de los años, la propuesta de muchísimas teorías que podrían explicar el fenómeno del envejecimiento.

El incremento en el envejecimiento actual, es sin duda una consecuencia de la reducción de la mortalidad y de la fertilidad de las poblaciones, y de acuerdo con los demógrafos el envejecimiento continuará, pues estos no esperan que los decrementos en las tasas de fertilidad vuelvan a ser las mismas que en el pasado (Ceberio,2010).

Pero también el enorme aumento en la expectativa de vida observado en gran parte del mundo en los últimos 100 años, se ha debido principalmente al mejor tratamiento de enfermedades infantiles de origen microbiano y a cambios en los estilos de vida, higiene y otros factores ambientales. El tratamiento de enfermedades asociadas a la vejez (cardiovasculares, cáncer) está empezando a tener un impacto, y el hecho indiscutible es que las sociedades del siglo XXI serán notablemente más viejas que en cualquier otro momento de la historia de la humanidad. El gran desafío biológico es la comprensión de los mecanismos celulares y moleculares responsables del deterioro funcional del que padecen los adultos mayores (Pérez, & Sierra, 2009).

Y aunque el envejecimiento ha tenido un crecimiento acelerado a nivel mundial, es en América Latina donde este ha crecido a un ritmo sin precedentes. Es así que de alrededor de 200 millones de personas de 60 y más años que había en 1950 en el mundo, ahora se ha incrementado a 750 millones en el 2010, estimándose que para el 2050 este grupo poblacional estaría llegando a los 1900 millones (Montoya, 2010).

La longevidad es también una consecuencia de los grandes adelantos en la Medicina y la tecnología actual, como la erradicación de las enfermedades infectocontagiosas, la implementación de cercos sanitarios, mejora en los servicios sanitarios, políticas de salud novedosas, etc. Sin embargo a pesar de estos avances tecnológicos surgen ahora en todo el mundo otras patologías como las enfermedades crónicas degenerativas, las cuales se asocian principalmente a los estilos de vida poco saludables entre los que están la falta de actividad física y malos hábitos alimenticios.

En cuanto a México, la población de adultos mayores también ha tenido un crecimiento importante en los últimos años, ya que los avances en la mejora de los servicios sanitarios, tecnológicos y en los servicios de salud, han dado lugar a cambios importantes en el perfil epidemiológico y consecuentemente en el perfil demográfico. Al mejorarse las condiciones sanitarias del medio ambiente, se han abatido las enfermedades infectocontagiosas. Y las campañas masivas de

inmunización, han permitido el abatimiento de enfermedades prevenibles, y en algunos casos hasta la misma erradicación.

Sin embargo, ya no sólo es suficiente llegar a viejo, sino seguir siendo activo, ya que aun cuando existen muchos cambios a nivel físico, psíquico y social, lo importante actualmente es generar estrategias que permitan atender a la población que se encuentra en este periodo para mejorar su calidad de vida, y tener menos riesgos de padecer alguna discapacidad.

Por lo tanto, si se considera importante conservar un cuerpo joven, saludable y lleno de vitalidad en la vejez, será adoptando estilos de vida saludables, eliminar las creencias erróneas, las actitudes negativas ante la vida, pero sobre todo será tomando la responsabilidad que a cada uno le corresponde sobre la propia salud y el auto cuidado de si como persona (Asili, 2006),

El envejecimiento debe verse como un proceso más del desarrollo humano, el cual cada vez más se le da mayor importancia por el aumento en la esperanza de vida que se tiene en las sociedades actuales, con el evidente cambio en las pirámides demográficas y epidemiológicas de las poblaciones (Hernández, 2008).

Más sin embargo aun cuando la vejez no es sinónimo de enfermedad, no se puede negar que existe un gran número de personas de esta población que cursa con algún tipo de patología, ya sea física – diabetes, hipertensión, osteoporosis, obesidad, dolores musculares, etc., y psíquicas – depresión, ansiedad, demencia, soledad, aislamiento, etc. Y donde a pesar de los grandes adelantos en medicina y en tecnología, las enfermedades crónicas se han convertido ya en una pandemia no solamente en las poblaciones jóvenes, sino en la población de más de 60 años.

Y aunque es verdad que siempre han existido pandemias en la humanidad, en la actualidad el incremento de algunas enfermedades es más preocupante por el tipo de población que ahora las padece, pues anteriormente las enfermedades

infectocontagiosas generó un sin número de especialistas en población infantil y adolescente, sin embargo hoy en día gran cantidad de personas con patologías son adultas mayores y muy pocos especialistas realmente existen para cubrir las necesidades de esta población.

Así entonces, se puede observar que los servicios médicos no han sido tampoco suficientes para dar respuesta a los problemas que presentan sobre todo las personas en la vejez, por lo tanto se hace evidente que no todo es orgánico, y que generalmente muchas enfermedades están asociadas a factores ambientales, sociales y sobre todo comporta mentales; por lo tanto de acuerdo a la gran cantidad de estudios realizados en torno a los estilos de vida de las personas, se ha encontrado que estos tienen gran importancia en el proceso de salud o enfermedad, y donde la actividad física puede mostrarse como uno de los principales elementos para mejorar o mantener el bienestar físico y mental, pues ya que practicar alguna actividad física reporta beneficios a niños, jóvenes y adultos, pero sobre todo a las personas que pasan por el proceso de la vejez, ya que de acuerdo con Fernández-Ballesteros, (2007), la actividad física ayuda a promover el envejecimiento activo, para optimizar las oportunidades de mejorar la salud, la participación y la seguridad, con el objetivo de mejorar el bienestar y la calidad de vida al envejecer.

En este sentido Rodríguez, (2010) menciona que la actividad física actualmente puede señalarse como uno de los componentes de la calidad de vida, ya que de acuerdo con datos de personas en España que practican ejercicio, informan tener una mejor salud y un mayor bienestar y percepción de la calidad de vida, tanto en la población joven, adulta y en la adulta mayor.

Sin embargo, aun con los beneficios que trae consigo practicar alguna actividad física para la salud y la calidad de vida en las personas, existe gran número de estas que tienen un estilo de vida sedentario, con una proporción de actividad mínima, cuestión que sin duda favorece al incremento de enfermedades como las crónicas degenerativas, la obesidad, la osteoporosis, la depresión, la ansiedad, las

demencias, el aislamiento, la soledad, etc. Lo que trae consigo un aumento en la morbilidad y en los servicios sanitarios requeridos para esta población.

Sin duda, el vivir más años implica también saber que hacer con estos años, así entonces ante el panorama de problemas que actualmente se asocian a muchos adultos mayores por mantener un estilo de vida sedentario, esta la alternativa de mantenerse activos, por lo tanto una propuesta ante la inactividad y sus consecuencias, podría ser la de implementar programas psicológicos dirigidos a la modificación de comportamientos sedentarios, para incidir en la práctica de la actividad física, donde el trabajo con técnicas para elevar la autoeficacia -ya que de acuerdo con Bandura, la autoeficacia interviene en toda determinación personal para actuar e influye en la motivación y en la cantidad de esfuerzo empleados por las personas, (Guillen, 2007)- en la población adulta inactiva podría favorecer en la decisión de practicar alguna actividad, como el caminar, nadar, andar en bicicleta, ir de compras, pasear por el parque, etc., dedicando al menos 30 minutos de manera cotidiana, lo que repercutiría en beneficios físicos, psíquicos y sociales.

Por lo tanto se hace necesario empezar a planear y crear estrategias que vayan dirigidas a programas que cubran las necesidades específicas de este segmento de la población. Donde sin duda la Psicología, junto con otras ciencias, aun tiene mucho que aportar, con el propósito de que los adultos mayores disfruten de una vejez exitosa y más activa y con una mejor calidad de vida (González-Celis, 2010).

## BIBLIOGRAFÍA

Alcántara, P., & Romero, M. (2001). Actividad física y envejecimiento. *Revista Digital*. 6 (32). [www.efdeporte.com](http://www.efdeporte.com).

Álvarez, M. & Villamarín, F. (2004). El papel de la autoeficacia en el entrenamiento para controlar la frecuencia cardiaca durante pruebas de esfuerzo. *Psicothema*. 16(1). 50-59.

Andrade, F., & Pizarro J. (2007). Beneficios de la actividad física en el adulto mayor. *Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción*.

Aréchiga, H. & Cereijido, M. (1999). *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas*. México. Siglo veintiuno editores.

Asili, N. (2006). *Vida plena en la vejez*. México. Paidós. 131 -132.

Ávila, J., Gray, K. & Poyette, H. (2006). Medición de las capacidades físicas de adultos mayores de Quebec: un análisis secundario del estudio Nuge. *Salud Pública de México*. 48 (6).

Ávila, J. & García, E. (2004). Beneficios de la práctica del ejercicio en los ancianos. *Gaceta Médica de México*. 140 (4).

Balaguer, I., Escarti, A. & Villamarín, F. (1995). Autoeficacia en el deporte y en la actividad física: estado actual de la investigación. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 48 (1). 139 – 159.

Bayarre, D., Pérez, J., & Menéndez, J. (2006). Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad. *Revista de Gerontología*. 1(3).

Berdejo, D. (2009). Prescription of physical activity for old people in relation to their various diseases. *Journal of Sport and Health Research*. 1(2):101-111.

Bodin, T., & Martinsen, E. (2004). Mood and self-efficacy during acute exercise in clinical depression. A randomized, controlled study. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 26(1). 623-633.

Bordignon, A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erickson – El diagrama Epigenético del adulto. *Revista Lasallista de investigación*. 2 (2).

Burke, M. (1998). *Enfermería Gerontológica*. España. Ediciones Elsevier. Pp.90.

Burrows R. Castillo C. Átala E. & Uauy R. (2001). *Guías de nutrición para la mujer*. Primera Edición. Chile. INTA.

Campos, L. (2009). Los estilos de vida y los valores interpersonales según la personalidad en jóvenes del departamento de Huánuco. *Revista de investigación en psicología*. 12(02). 89-100.

Carrillo, R. Hernández, A. Ramírez, I., & Rodríguez, I. (2009). Estilos de vida saludables. *XX Congreso de Investigación*. Disponible en: [www.acmor.org.mx/Estilosdevidasaludablespdf](http://www.acmor.org.mx/Estilosdevidasaludablespdf).

Castellón, A (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinaria Gerontológica*.13. (3):188-192



Castillo, E., & Sáenz, P. (2007). Hábitos relacionados con la práctica de actividad física de las alumnas de la Universidad de Huelva a través de historias de vida. *Revista de Curriculum y Formación del Profesorado*. Disponible en: <http://www.ugr.es/local/recfpro/rev112ART7.pdf> .

Ceberio, M. (2010). El mundo entero envejece. *Disponible en: http://www.gerontogeriatría.org.ar/cgi-big/mt/mt-tb.cgi/1424*.

Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México. PEARSON EDUCACIÓN.

CONAPO. (2010). En 2010, la esperanza de los mexicanos es de 75 años. *Boletín de prensa 05/2010*. Recuperado el 2 de septiembre del 2010. En: <http://www.conapo.gob.mx.prensa>.

Craig, G., Baucum, D., & Percina, J. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México. Pearson Educación. Pp.561–563.

De la Serna, I. (2003). La vejez desconocida. *Una mirada desde la Biología a la Cultura*. España. Edic. Díaz de Santos.

Díaz, F., Alemán., & Jaimes, E. (2004). *Tópicos de Geriatría*. México. Editorial Prado.

Duby, G. (1995). La huella de nuestros miedos. Chile. Edit. Andrés Bello. 16-17.

Feldberg, C. & Stefani, D. (2007). Autoeficacia y rendimiento memoria episódica verbal y su influencia en la participación social de las personas de edad. *Anales de psicología*. 23(2). 282-288.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid. Ediciones Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2007). Las actividades físico-deportivas como recurso de salud, bienestar y calidad de vida de los mayores. *2do. Congreso Internacional de Actividad Físico Deportiva para Mayores*. Málaga. 211-215.

Fernández, J. (2000). *Mayores y familia*. Madrid. Edit. Universidad Pontificia de Comillas. 157-158.

Gac, H. (2000). Algunos cambios asociados al envejecimiento. *Boletín de la Escuela de medicina de Chile*. 29(1 – 2).

Gail, S., & Laraia, M. (2006). *Enfermería Psiquiátrica*. España. Ediciones Elsevier. 778- 779.

Gamarra, M. (2001). Cambios fisiológicos del envejecimiento. *Boletín de la Sociedad Peruana de medicina Interna*.

García, F. (2005). *Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI – XXI. España*. Universidad de Castilla – La mancha. 36-37.

García, J. (2003). *La vejez*. México. Plaza y Valdez.

García, M., Torres, M., & Ballesteros, E. (2006). *Enfermería Geriátrica*. España. Ediciones Elsevier. Pp. 10 – 11.

Gracia, D. (1995). Historia de la vejez. En: Gafo, F. (ed.) *Ética y ancianidad*. Madrid. Universidad Pontificia.

Godoy, & col. (2001). Un programa de ejercicio físico para deficientes mentales adultos. Estudio experimental de un caso. *Psicothema*. 13 (1).

Gómez, R., (2001) La transición en epidemiología y salud pública ¿Explicación o condena? *Revista facultad Nacional de Salud Pública*. 19 (2).

González, J. (2002). El paciente de edad avanzada. *Un paciente diferente*. México. Trillas.

González-Celis, A. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor. En: Gutiérrez, L. & Gutiérrez, J. (cord.) *Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria*. México. Instituto de Geriatria.

Gould, D. & Weiss, M. (1995). The effects of model similarity and model talk of self-efficacy and muscular endurance. *Journal of Sport Psychology*. 3(1). 17-39. En: Balaguer, I & Escarti, A. (1995). Autoeficacia en el Deporte y en la Actividad Física: estado actual de la investigación. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 48(1). Pp.140.

Guillen, N. (2007). Implicaciones de la Autoeficacia en el rendimiento deportivo. *Revista Pensamiento Psicológico*. 3(09). 21-32.

Gutiérrez, L., Ávila, F. & Montaña, M. (2010). La Geriatria en México. *Revista El Residente*. 5(2). 43-48. Disponible en: [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx).

Hernández, E. (2008). Actividad física en la tercera edad: los parques geriátricos. *Revista Digital*. 13 (124). <http://www.efdeportes.com>.

Jenkins, D. (2005). *La tercera edad: de los 65 a los 100 años*. Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud.

Kail, R., & Cavana, J. (2006). *Desarrollo Humano una perspectiva del ciclo vital*. Cengage Learning editores.

Lacub, R. (2008). Sobre la construcción de juicios en la erótica de la vejez. *Revista Argentina Social*. 6. (10).

Lasso, L. (1996). *Los desafíos de la demografía*. México. Fondo de Cultura Económica.

Manrique, G. (1992). A diez años de la Asamblea Mundial sobre envejecimiento en Viena, 1982-1992. *Revista Médica Herediana*. 3(2).

Minois, G. (1987). *Historia de la vejez. De la antigüedad al Renacimiento*. Madrid. Ed. Nevea.

Miró, C. (2010). Los aportes de la demografía ante los retos de la gobernabilidad y la convivencia democrática. *Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)*. 1ra. Edición. San José. CR: FLACSO. 16 – 17.

Monroy, A. (2005). Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor. AMAPSI. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología. Disponible en: <http://www.amapsi.org/portal>.

Montoya, C. (2010). Envejecimiento, esperanza de vida y longevidad. *Revista peruanos en usa*. Disponible en: <http://revistaperuanosenusa.net.....2010/07.....envejecimiento-esperanza-de-vida-y-longevidad>.

Mora, M. Villalobos, D., Araya, G. & Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor. Diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad física recreativa. *Revista MHS salud*. 1(1).

Moreno, A. (2005). Incidencia de la Actividad Física en el adulto mayor. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el deporte*. 5 (19). 222 – 237. Disponible en: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista20/artvejez16.htm>.

Moreno, Y., & González, A. (2008). La atención del adulto mayor en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 13 (2):41-44

Oblitas, L (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México. International Thomson Editores. Pp.249.

Oddone, J. (1998). La vejez una mirada gerontológica actual. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Organización Mundial de la Salud. (2005). Plan de Acción Internacional sobre envejecimiento: Informe sobre su ejecución. 58<sup>va</sup>. ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD.

Ortiz, T. (2000). Psicología de la vejez. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*. 10 (2). 66 – 91.

Ortiz, J. & Castro M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la Autoeficacia. Contribución de Enfermería. *Ciencia y enfermería*. 15 (01).

Orza, A., & Annicchiarico, R. (2002). La actividad física y su influencia en una vida saludable. *Revista Digital*. 8 (51). Disponible en: <http://www.efdeportes.com>.

Paglilla, D. (2001). La tercera edad y la actividad física. *Revista Digital*. 36 (1). Disponible en: <http://www.efdeportes.com>.

Peña B., Terán M., Moreno F., & Bazán M. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 14(2): 53-61

Pérez, V., & Sierra F. (2009). Biología del envejecimiento. *Revista Médica de Chile*. 137 (2).

Point, P. (1994). *Tercera edad, actividad física y salud: teoría y práctica*. Barcelona. Editorial Paidotribo.

Ramos, J., Mesa, M., Maldonado, I., Ortega, M., & Hernández, M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*. 11(1).

Reig, A., Cabrero, J. & Richard, M (1996). Comportamiento y salud en la vejez. *Revista de Geriatría y Gerontología*. 3 (1). 37 – 64.

Rodríguez, R., & Lazcano, G. (2007). *Practica de la Geriatría*. México. Mc Graw Hill.

Rodríguez, M. (2010). Deporte, salud y calidad de vida. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*. 6(1-2).

Rosete, M, Padros, M. & Vindrola, O. (2007). El nucléolo como un regulador del envejecimiento celular. *Revista de medicina*. 67 (.2). 183-194.

Roses, M. (2005). Calidad de vida y longevidad: un nuevo reto para la salud pública en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 17 (5-6) Washington.

Sánchez, J. (2006). *Definición y Clasificación de Actividad Física y Salud*. México. Publice Standard.

Sánchez–Sosa, J., & González–Celis, A. (2004). Evaluación de la calidad de vida en psicología. Capitulo 24. En; Caballo. V. (Director) (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Madrid. Ediciones Pirámide.

Secretaria de Gobernación. (2010). *11 de julio: Día Mundial de la población. Comunicado de prensa 258*. Recuperado el 4 de septiembre del 2010. En: <http://www.presidencia.gob.mx/prensa/?contenido=58472>

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*. 9 (2)

Stathy, A., Fox, K. & Mickenna, J. (2002). Physical activity and dimensions of subjective well-being old adults. *Journal of Aging and physical activity*. 10(1). 76-92.

Stiftung, F. (1988). *Hacia una vejez nueva*. Madrid. Edit. San Esteban. 270-271.

Thomlinson, R. (1976). *Population Dynamics causes and consequences of world demographic change*. New York. Random House.

Velázquez, M. (2004). El envejecimiento en la población. *Ciencia 75*. Disponible en [www.ejournal.unam.mx](http://www.ejournal.unam.mx).

Vicario, A., & Taraganoz, F. (1999). La vejez, el corazón y el cerebro. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría*. 7 (4).

Villagómez, P., & Bistrain, C. (2008). Situación demográfica nacional. En: *la situación demográfica en México 2008*. Disponible en: [E - mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex\\_La\\_transicion\\_demografica\\_y](http://E-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_La_transicion_demografica_y).

Wong, L., Álvarez, Y., Domínguez, M. & González, A. (2010). La sexualidad en la tercera edad. Factores fisiológicos y sociales. *Revista médica electrónica*. 32(3). Disponible en: [www.scielo.sld.cu/scielo.php](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php).