



EDUCAR, RESTAURAR  
TRANSFORMAR

CENTRO UNIVERSITARIO "VASCO DE QUIROGA"  
DE HUEJUTLA A.C.  
INCORPORADO A LA UNAM CLAVE: 8895-25  
AV. JUÁREZ # 73, COL. JUÁREZ, HUEJUTLA, HIDALGO.

## DIVISIÓN DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

"POR UNA CULTURA DE ENVEJECIMIENTO  
SALUDABLE"

# TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

NAYELI AZUARA VERA

GENERACIÓN 2005 - 2009

HUEJUTLA, HGO. SEPTIEMBRE 2011



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

A Dios, que me llena de bendiciones, y por darme  
Siempre, no lo que quiero, sino lo que necesito.

A mis padres, pero en especial a  
Mi madre, por su apoyo y amor total.  
Y porque es un orgullo ser su hija.

A mi esposo, por su esencia,  
Y por su amor incondicional,

A mis hermanas  
Por ser mis eternas compañeras de vida.

A toda mi familia y en especial a mis primas,  
Gracias por regalarme tantos buenos momentos.

Al Licenciado Juan,  
Por su constante motivación y apoyo.

A todos los catedráticos quienes influyeron  
En mi formación como psicóloga,  
Gracias por sus enseñanzas.

A los psicólogos (as) Jhonny, Brenda, Maribel,  
E Idel, por motivarme y apoyarme durante este proceso.  
Gracias por su amistad.

Y a todas las personas de la tercera edad que he  
Conocido estos últimos años, y especialmente a quienes  
Formaron parte de esta investigación,  
Gracias por todas las experiencias vividas,  
Por contagiarme su amor por la vida  
Y hacerme pensar en mi propia vejez.

## DICTAMEN

**Nombre de la tesista:** Nayeli Azuara Vera

**Nombre de la tesis:** “Por una cultura de envejecimiento saludable”

**Título a recibir:** Licenciatura

**Nombre de la licenciatura:** Psicología

**Fecha:** Huejutla, Hgo; 30 de Septiembre de 2011.

El que firma Lic. En Psic. Juan Hernández Dolores, acreditado por el Centro Universitario “Vasco de Quiroga” de Huejutla, como asesor de tesis de licenciatura, hace constar que el trabajo de tesis aquí mencionado cumple con los requisitos establecidos por la División de Estudios e Investigación, para tener opción al título de licenciatura y se autoriza su impresión.

**ATENTAMENTE**

**LIC. EN PSIC. JUAN HERNÁNDEZ DOLORES**

## ÍNDICE

**PORTADILLA**  
**DEDICATORIA**  
**DICTAMEN**  
**RESUMEN**  
**ABSTRACT**  
**INTRODUCCIÓN**

<b>TEMAS Y SUBTEMAS</b>	<b>PAG</b>
<b>CAPÍTULO I: PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Antecedentes.....	2
1.2 Justificación.....	5
1.3 Descripción del problema.....	7
1.4 Planteamiento del problema.....	11
1.5 Pregunta de investigación .....	12
1.6 Objetivos.....	13
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 El Adulto Mayor y el Envejecimiento.....	15
2.1.1 Adulto mayor: Conceptualización y Clasificación.....	15
2.1.2 La vejez y el Envejecimiento.....	18
2.1.3 La vejez de hoy: Los retos del envejecimiento para México.	21
2.1.4 ¿Cuáles son las diferentes maneras de envejecer?.....	24

2.1.4.1	Envejecimiento Normal.....	24
2.1.4.2	Envejecimiento Saludable.....	25
2.1.4.3	Envejecimiento Patológico.....	27
2.2	La Calidad de vida con relación a la salud en la vejez.....	36
2.2.1	Implicaciones biopsicosociales del envejecimiento determinantes en la calidad de vida.....	36
2.2.1.1	Características Físico-biológicas en la tercera edad.....	36
2.2.1.2	Características Psicológicas en la tercera edad.....	44
2.2.1.3	Características Sociales en la tercera edad.....	56
2.2.2	La calidad de vida con relación a la salud en la tercera edad.....	62
2.2.2.1	Indicadores de salud física determinantes en la calidad de vida en la vejez.....	66
2.2.2.1.1	Autopercepción de la salud física.....	66
2.2.2.1.2	Capacidad física funcional.....	67
2.2.2.2	Indicadores de salud mental determinantes en la calidad de vida en la vejez.....	68
2.2.2.2.1	La depresión.....	68
2.2.2.2.2	Deterioro cognitivo.....	70
2.2.2.3	Indicadores del ámbito social determinantes en la calidad de vida en la vejez.....	71
2.2.2.3.1	Redes de apoyo informal.....	73
2.2.2.3.2	Redes de apoyo formal.....	74
2.3	Por una cultura de envejecimiento saludable.....	78
2.3.1	Gerontología: La ciencia de la vejez.....	78
2.3.2	El Envejecimiento activo y sus determinantes.....	81

2.3.3 Hábitos de vida saludables, factores de riesgo y el autocuidado.....	85
2.3.4 Hacia nuevas metas del envejecimiento: bienestar psicológico, autonomía e independencia.....	90

### **CAPÍTULO III: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1 Descripción de la metodología.....	93
3.2 Hipótesis de investigación.....	95
3.3 Variables.....	96
3.4 Conceptualización de las variables.....	96
3.5 Población y muestra.....	96
3.6 Técnicas e Instrumentos utilizados.....	98
3.7 Cronograma.....	102

### **CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

4.1 Cuadros y Gráficas.....	104
4.1.1 Resultados de los indicadores de calidad de vida con relación a la salud física.....	106
4.1.2 Resultados de los indicadores de calidad de vida con relación a la salud mental.....	115
4.1.3 Resultados de los indicadores de calidad de vida con relación al ámbito social de la salud.....	117
4.1.4 Resultados del instrumento de calidad de vida de la OMS. WHOQoL-breve en español.....	131
4.2 Análisis global de resultados.....	135
4.3 Verificación de las hipótesis.....	139

## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN**

5.1	Sugerencias.....	141
5.2	Conclusiones.....	166

## **ANEXOS**

Anexo 1.	Los derechos de las personas adultas mayores....	169
Anexo 2.	Cuestionario general.....	173
Anexo 3.	Cuestionario de autopercepción de la salud y capacidad física funcional.....	175
Anexo 4.	Escala de depresión geriátrica de Yesavage.....	177
Anexo 5.	Mini examen del estado mental de Folstein.....	178
Anexo 6.	Escala de redes de apoyo social para adultos mayores.....	181
Anexo 7.	Formato para calificación de la escala de redes de apoyo social para adultos Mayores.....	183
Anexo 8.	Instrumento WHOQoL-breve versión en español. Calidad de Vida.....	184
Anexo 9.	Formato para calificación del Instrumento WHOQoL-breve versión en español. Calidad de Vida.....	188
Anexo 10.	Cuestionamientos en los que se apoya la Terapia de Orientación a la Realidad (TOR).....	189
Anexo 11.	Sugerencia de contenidos para un programa de grupo psicoeducativo (Intervención Familiar).....	189
	Glosario.....	191
	Bibliografía.....	194



## **RESUMEN**

Dado que el envejecimiento es un proceso biopsicosocial, debe ser visto como un todo, compuesto por cada una de las partes y donde el equilibrio de las mismas, traerá consigo el verdadero estado de bienestar para el adulto mayor. Por tal razón, el presente trabajo de investigación se realiza con la finalidad de abordar el tema del envejecimiento desde un enfoque biopsicosocial, y de esta manera determinar el nivel de calidad de vida desde un enfoque holístico de la salud, para que a partir de lo obtenido se establezcan propuestas de promoción de la salud encaminadas a mantener y/o recuperar la funcionalidad física, mental y social de los adultos mayores, en el marco de la cultura de un envejecimiento saludable, contribuyendo a optimizar el bienestar, la autonomía e independencia en el adulto mayor, minimizando la probabilidad de desarrollar un envejecimiento patológico directamente ligado a la dependencia, pues prolongar años sin calidad de vida es fomentar dependencia y discapacidad.

## **ABSTRACT**

As aging is a biopsychosocial process, this should be viewed as a whole, composed of each of the parties and where the balance thereof, will result in real welfare state for the elderly. For this reason the present research work was performed in order to address the issue of aging from a biopsychosocial approach, and thus determine the quality of life from a holistic approach to health, so that the proceeds from setting out further proposals for health promotion aimed at maintaining and / or restore physical functioning, mental and social development of older adults within the culture of healthy aging, helping to optimize the well-being, autonomy and independence in the elderly, minimizing the chance of developing pathological aging directly linked to dependence, for long years without quality of life is to encourage dependency and disability.

## INTRODUCCIÓN

Envejecer es un proceso continuo, irremediable y natural en todos los seres vivos. Conforme envejecemos, nuestro organismo experimenta diversas modificaciones a nivel físico, psicológico y social, las cuales son generadas por cambios propios de la edad y el desgaste acumulado. A pesar de lo antes dicho, no significa que esta etapa de la vida debe considerarse en sí misma negativa, es verdad que aumenta la vulnerabilidad y con ello las personas de mayor edad se encuentran en situación de desventaja en más de un aspecto, sin embargo también puede ser una oportunidad de fomentar en esta etapa de vida un despliegue positivo de funciones, directamente vinculado a la calidad de vida en la vejez.

El interés por determinar el nivel de calidad de vida con relación a la salud de los adultos mayores que forman parte del estudio y de abordar el envejecimiento desde un enfoque biopsicosocial, surgió al analizar que el incremento en la proporción de ancianos en nuestro país ha acarreado la aparición de diversas problemáticas a nivel de salud, económico y social. Así mismo al revisar la literatura se encontró que el estudio de la vejez en México y sobre todo en el municipio es escaso, por lo que se considera que esta tesis abordará un tema de interés general al contribuir como base para la construcción de conocimiento sobre la vejez y para futuras intervenciones en la mejora de la calidad de vida de las personas de la tercera edad.

Uno de los propósitos de la psicología es contribuir con sus intervenciones al bienestar humano, este trabajo de investigación contribuye para lograr dicho objetivo, fortaleciendo la atención en este sector, para lo cual se proponen sugerencias de promoción de la salud encaminadas a lograr un mejor funcionamiento físico, mental y social, fomentando un envejecimiento saludable y con ello favorecer a la calidad de vida de los mayores.

Es así que al revisar este trabajo de investigación, el lector encontrará en primera instancia, la presentación del problema en el que se explican estudios que preceden a la investigación, los cuales se exponen como antecedentes. Así mismo se sustenta la descripción del problema a indagar y la justificación de la realización de este trabajo. También parte importante de este apartado son el objetivo general y los objetivos específicos que dirigen la investigación.

Por otra parte, para dar sustento teórico a la investigación, se realizó un marco teórico con la finalidad de abordar temas referentes al envejecimiento y a la calidad de vida con relación a la salud en la vejez, que permitan dar soporte teórico y apoyar en la construcción de conocimiento para el entendimiento del tema.

En un tercer momento se explica la metodología de la investigación, sobre la cual se basará la recolección de datos, que consecuentemente lleve a la verificación de las hipótesis, también expuestas en este apartado, las cuales surgen para dar respuesta al problema de investigación. Así mismo, se aborda la conceptualización de las variables de estudio, se describe la población y muestra y se analizan los instrumentos de investigación que se utilizaron.

Posteriormente se analiza e interpreta la información recabada a través de los instrumentos utilizados y se exponen los resultados a manera de cuadros y gráficas para una mejor comprensión del lector.

Por último, se mencionan sugerencias para mejorar la calidad de vida a través de la promoción de la salud, enfocada a mejorar la funcionalidad física, mental y social de las personas mayores, por medio del envejecimiento activo y saludable en este sector de la población.

## **CAPÍTULO I**

### **PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA**

## 1.1 ANTECEDENTES

La presente investigación se fundamenta en la idea de que la etapa de la vejez, es un proceso que implica cambios físicos, psicológicos y sociales, los cuales influyen directamente en la calidad de vida de la persona mayor, por lo tanto es importante citar como antecedentes algunas investigaciones en México que den referencia de la situación de salud con respecto a las dimensiones antes mencionadas y su influencia en la calidad de vida. Cabe resaltar que en nuestro país existen escasas investigaciones y fundamentos teóricos con respecto a la población senil, sin embargo se encontraron las siguientes que se consideran útiles para la presente investigación.

De esta manera con respecto a la salud física se expondrán algunos estudios de importancia sobre las enfermedades más frecuentes, y el estado funcional del adulto mayor, ya que dicho estado es afectado por las enfermedades que se padecen.

En el año 2000, la Dirección de Estadística de la Secretaria de Salud recabo datos de las principales enfermedades que aquejan a la población senil, siendo estas las principales causas de mortalidad en todo el país. Es así que el orden de causalidad de enfermedades que ocasionan la muerte en el hombre son: enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, cirrosis, accidentes, neumonía e influenza, nefritis, asma, deficiencias de nutrición, ulcera gástrica y duodenal, anemia y por último las infecciones intestinales. En la mujer por orden de causa de mortalidad las principales enfermedades son las siguientes: enfermedades de corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedad cerebrovascular, neumonía o influenza, deficiencias de nutrición, nefritis, cirrosis, asma, accidentes, ulcera gástrica y duodenal, anemia y por último las infecciones intestinales.

Un aspecto que incide directamente en la calidad de vida en el anciano es la capacidad funcional, resultado de la acción de la enfermedad de un órgano, aparato o sistema de cuerpo. Es por ello que en 1994 el Consejo Nacional de Población (CONAPO), realizó la primera Encuesta Nacional Sociodemográfica del Envejecimiento (ENSE) en el país, en la que se reportan los siguientes datos, el 90% de las personas de 60 a 64 años puede salir de casa sin ayuda, en cambio el 33% de los que tienen más de 90 años pueden hacerlo. Así mismo, solo el 0.41 % de 60 a 64 años está paralizado en una cama, esto es diez veces más frecuente en un 4.65% entre los nonagenarios.

Así mismo la ENSE en 1994, estudió la autopercepción del estado de salud, el cual es un indicativo de la percepción de la calidad de vida con respecto a la salud física, de acuerdo a esto se reportaron los siguientes resultados: solo un tercio de la población estudiada considera su salud como buena o muy buena, así mismo al cuestionar como consideran su salud con respecto a sus contemporáneos el 34.7% se considera en mejores condiciones de salud, y el resto 65.3% en peores condiciones; así mismo se encontró que las mujeres tienden a considerar su salud como mala o muy mala en comparación con los hombres. También existe un incremento de la percepción negativa de la salud al rebasar el umbral de los 80 años en ambos sexos.

Con respecto al ámbito de la salud mental, la encuesta en el 2004 sobre salud y el bienestar en el envejecimiento (SABE), considera que la depresión y el deterioro cognitivo son los principales indicadores que influyen en la calidad de vida con respecto al ámbito de la salud mental. Es así que en el estudio realizado en nuestro país se reporta que el 20% de los adultos mayores de 65 años y más padecen depresión, y el deterioro cognitivo tiene según la misma fuente de información, una prevalencia de 12% en los individuos de la misma edad.

Con relación al ámbito social en la vejez, se encontraron datos sobre algunos de los indicadores que merman en la calidad de vida en esta etapa, las cuales son las fuentes de apoyo para la persona de la tercera edad, como lo son la pareja y la familia, así como el nivel de economía que perciben los ciudadanos mayores de nuestro país.

Es así como el Censo General de Población y Vivienda realizado por INEGI, en el año 2000, cuya cobertura fue nacional, arrojó los siguientes datos estadísticos:

Con relación a la pareja, el 83.9% de los hombres de entre 60-64 años, y el 64.4% de los hombres de 75 y más, tienen pareja; no así el 9.4% de 60-64 años y el 7.9% de 75 y más años, quienes no tienen pareja.

Así mismo el 59.1% de las mujeres de 60-64 años y el 23.8% de 75 y más años, tienen pareja; a diferencia del 15.2% de 60-64 años y el 10.4% de 75 y más, quienes no tienen pareja.

Con respecto a la familia, el 54.5% de los hombres de 60-64 años y el 43.6% de los hombres de 75 y más años viven en hogares nucleares (es decir con sus hijos y su pareja en caso de que la tengan); y el 5.6% de 60-64 años y el 9.9% de 75 y más años viven solos.

En el caso de las mujeres el 44.6% de 60-64 años y el 24.7% de 75 y más años, viven en hogares nucleares; y el 6.6% de 60-64 años y el 14.4% de 75 y más años viven solas.

Con respecto a la economía; el 45.3% de la población masculina de 60-64 años tiene un ingreso de menos de un salario mínimo, este porcentaje sube con la edad hasta 69.2% en las edades de 75 y más años. Así mismo los que sobrepasan el salario mínimo pero no llegan a duplicarlo son el 24.4% de los hombres de 60-64 años y desciende a 17.5% alrededor de 75 y más años, por lo que los ingresos en la mayoría de los hombres está por debajo de dos

salarios mínimos. En la población femenina más de 80% recibe menos de un salario mínimo y un 90% menos de dos salarios mínimos.

Para finalizar se considera de importancia mencionar los resultados de la Encuesta Sociodemográfica del envejecimiento aplicada en 1994, donde se evaluó la percepción global de bienestar que tiene la persona mayor, la cual es un reflejo de su salud global, y como la salud en general está íntimamente ligada a la calidad de vida, esta investigación nos da una noción respecto a la calidad de vida y el bienestar global en un momento dado. Es así como el 75% de los ancianos encuestados se dijeron satisfechos con su vida y el resto se declaró insatisfecho o muy insatisfecho. Es importante señalar que las mujeres tienden a expresar un mayor grado de insatisfacción en comparación con los hombres. Así mismo las preocupaciones que prevalecen entre los entrevistados son: la economía en un 38%, la salud con un 33.8% y la familia con un 8.5%.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

En México, la vejez dejó de ser la experiencia de unos cuantos para convertirse en la cotidianidad de millones. En el 2005 la población de personas mayores de 60 años representaba el 7.7% de la población y actualmente la población de personas de la tercera edad oscila en 9.9 millones, para el 2025 serán 18.4 millones y aumentara significativamente para el año 2050 con 36.2 millones de adultos mayores, lo que equivaldría al 28 % de la población total.

Sin duda alguna el envejecimiento poblacional es uno de los mayores retos a los que se enfrenta el país hoy en día, pues atender las necesidades y demandas de las personas adultas mayores, puede provocar un colapso en el sistema de respuesta a nivel social, médico y asistencial del país.



Y aunque las cifras del envejecimiento poblacional están teniendo un aumento sin precedentes y los programas de asistencia social y de salud se preocupen en prolongar la esperanza de vida en esta población, esto no es necesariamente un indicativo de que se logre un nivel de calidad de vida óptimo durante esta etapa de vida.

En el estado de Hidalgo prevalecen instituciones gubernamentales dedicados a mejorar las condiciones de vida en la vejez, como lo es el Sistema DIF Estatal, el cual trabaja de manera coordinada en los municipios para establecer redes de apoyo en beneficio de este sector vulnerable, es por ello que el Sistema DIF Huejutla tiene a su cargo un grupo de 21 personas de la tercera edad, con quienes se trabaja para mejorar las condiciones de vida durante el envejecimiento, sin embargo se considera fundamental conocer la calidad de vida con respecto a la salud que permita entender la situación actual y detectar las necesidades reales de los adultos mayores pertenecientes a este grupo, ya que en nuestro país y principalmente el municipio de Huejutla de Reyes; la salud física, mental y social del adulto mayor son áreas poco conocidas y por ello no se le da la relevancia que merecen con respecto a la influencia que tienen en el bienestar, y con ello en la calidad de vida de la persona de la tercera edad, y debido al incremento significativo que ha tenido y se prevé seguirá teniendo la población mayor en nuestro país, se considera que esta investigación abordara un tema de interés general.

Es así que la calidad de vida se ha entendido como la percepción personal que tienen los individuos sobre varios aspectos de su vida, es un concepto extenso y complejo que está influido por varios factores, sin embargo consideramos de importancia para esta investigación analizarlo desde la perspectiva de la salud, de esta manera evaluaremos la percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida con relación a la dimensión física, mental y social que engloban al concepto de salud. Por lo tanto la calidad de

vida en el adulto mayor será entendida como un concepto multidimensional, ya que no puede ser analizada desde solo una perspectiva, puesto que entender y conocer de manera holística al ser humano es necesario una visión biopsicosocial.

Es por ello que se considera de suma importancia realizar esta investigación ya que conocer el nivel de calidad de vida con respecto a las dimensiones física, psicológica y social de las personas de la tercera edad que forman parte del grupo “La eterna juventud” del Sistema DIF Huejutla, para que a través de esta evaluación se detecten las necesidades reales y se establezcan propuestas acertadas y eficaces que permitan fomentar una cultura de envejecimiento saludable y activo en esta población. Lo que favorecerá no solamente a aumentar la esperanza de vida, sino que al tener un adecuado funcionamiento físico, psicológico y social, los cuales constituyen los componentes básico de la calidad de vida en la vejez; se contribuirá a impulsar una vejez sana, fortaleciendo al máximo la autonomía e independencia de los ciudadanos mayores y por ende se reducirán las posibilidades de desarrollar un envejecimiento patológico.

### **1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

El proceso de envejecimiento de una población se origina cuando descienden los niveles de fecundidad y mortalidad. Uno de los fenómenos asociados al avance de la transición demográfica es el rápido incremento de la población de adultos mayores, esto basado en la declinación de la mortalidad, ya que los avances científicos de la medicina han dado origen a un progresivo aumento de la esperanza de vida. Aunado a esto la caída de la fecundidad provoca un aumento significativo de la edad media de la población y una proporción ascendente de los adultos mayores.

México ocupa el séptimo lugar entre los países en envejecimiento acelerado, las estadísticas refieren que para el 2034 habrá la misma cantidad de niños y personas de la tercera edad y para el 2050 el país tendrá 166.5 adultos mayores por cada 100 niños, por lo tanto el acelerado envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto y reto para el siglo XXI.

En México según las cifras, en el 2005 la población de personas mayores de 60 años representaba el 7.7% de la población (8.2 millones), teniendo desde ese año un incremento anual de un poco más de 292 mil personas y para el 2033 aumentará a 793 mil personas por año, lo que implica que para ese año 1 de cada 6 mexicanos y mexicanas estará en ese grupo de edad, y para el 2050, 1 de cada 4. Actualmente la población de personas de la tercera edad oscila en 9.9 millones, para el 2025 serán 18.4 millones y aumentará significativamente para el año 2050 con 36.2 millones de adultos mayores, lo que equivaldría al 28 % de la población total.

Los datos señalados con anterioridad reflejan el panorama real en nuestro país respecto al acelerado aumento de los índices del envejecimiento poblacional, la importancia radica no en solo conocer que existe un razonable aumento de población senil, sino en hacer consciencia del sin número de necesidades y demandas que esta situación trae consigo, pues los países en vías de desarrollo como México deben enfrentar los retos de esta situación con menos recursos y con mas premura que los países desarrollados, ya que estos afrontaran el envejecimiento en un lapso de 200 años, no así en países en desarrollo donde los altos índices de envejecimiento se producirán en aproximadamente 50 años, como es el caso de nuestro país.

El proceso de envejecimiento en nuestro país no solo es crítico desde el punto de vista demográfico, sino económico y social, frente a este

crecimiento se hace necesaria una mayor inversión en salud pública, así como la necesidad de que el gobierno se preocupe por una distribución más uniforme de desarrollo social y económico, ya que el problema del envejecimiento poblacional no es solo un aumento en el gasto del sector salud para atender al creciente número de adultos mayores, sino que en mediano y largo plazo habrá una disminución de la población de adultos mayores económicamente activos, por lo que se deberán establecer estrategias más eficaces para sostener a cada vez más ciudadanos mayores.

El crecimiento demográfico de la población envejecida en México ha generado una serie de preocupaciones en torno a los servicios que se requieren para atender a este grupo poblacional, fenómeno que tiene sus efectos políticos, sociales, culturales, económicos y de salud que ha preocupado a las instancias de investigación médica y social, así como a organismos públicos y privados.

Por otra parte, se considera de suma importancia dar a conocer que de acuerdo a las estadísticas del censo del INEGI en el 2011, publicado el 18 de abril del presente, en el Diario digital de Hidalgo, en las cuales se exponen que en el estado de Hidalgo existen 250 mil 750 adultos mayores y el aumento del envejecimiento poblacional también es significativo dentro de los municipios, por lo que los 5 municipios con mayor concentración de personas mayores son: Pachuca con 23 mil 340, Tulancingo con 11 mil 995, Huejutla con 11 mil 006, también se encuentra Tula con 9 mil 169 y por último Ixmiquilpan con 7 mil 079. Por lo que también se tienen que enfrentar a las demandas y necesidades de índole social, económica y de salud citados anteriormente. Y debido a la creciente demanda poblacional siguen siendo insuficientes los recursos y las estrategias llevadas a cabo para cubrir los objetivos enfocados a mejorar la calidad de vida en las personas de la tercera edad.

Específicamente el municipio de Huejutla de Reyes, ocupa el tercer lugar en proporción de gente grande en el estado, con un total de 11 mil 006, sin embargo prevalece un desconocimiento por parte de la población sobre esta etapa de vida, ya que erróneamente se considera como parte normal del desarrollo de la vejez condiciones como las enfermedades, los problemas de memoria, el aislamiento, la dependencia, la soledad, la depresión y la inactividad, por citar algunos; ya que en nuestra región los mitos y estereotipos referentes al envejecimiento siguen influenciando de manera significativa, lo que ocasiona que se conceptualice a la vejez como una etapa de decadencias y limitaciones, lo que repercute negativamente en el bienestar y calidad de vida de las personas mayores en el municipio.

Es importante mencionar que el sistema DIF Huejutla, atiende y respalda a un grupo de personas de la tercera edad, enfocando en ellos actividades que les permitan mejorar sus condiciones de vida durante la vejez, sin embargo se considera prioritario realizar una investigación que permita evaluar el nivel de la calidad de vida con respecto a la salud de los adultos mayores, para conocer las limitaciones funcionales y con ello las necesidades reales de este grupo representativo del municipio de Huejutla.

El concepto de calidad de vida que será utilizado para esta investigación será el propuesto por la OMS, la cual la define como “La percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

Sin embargo, es importante mencionar que es un concepto amplio y complejo, ya que cada disciplina la determina a partir de diversos factores, es por esa razón que esta investigación se enfoca en determinar la calidad de vida relacionada con las dimensiones de la salud.

Para la OMS la salud se entiende como “El completo bienestar físico, mental y social y no meramente a la ausencia de enfermedad o incapacidad”. De esta manera la salud integral se fundamenta en un marco biopsicosocial, y con ello un enfoque holístico de la persona, y debido a que la definición de salud es multidimensional, de ahí la importancia de medir la calidad de vida de manera integral.

De esta manera al estudiar a la calidad de vida relacionada con la salud, nos referimos a las dimensiones física, psicológica y social de la salud.

Por lo antes mencionado, se considera que esta investigación abordará un problema real, ya que conocer el nivel de calidad de vida con relación a los ámbitos físico, mental y social de la salud, permitirá determinar el nivel de funcionamiento que el adulto mayor tiene con respecto a estas dimensiones, para así poder establecer propuestas para lograr el óptimo bienestar, bajo el enfoque del envejecimiento saludable, y tener así menos riesgos de perder la independencia y autonomía, las cuales constituyen el componente básico de la calidad de vida en la vejez. .

#### **1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Como parte del proceso de la vida, los seres humanos llegan a la edad avanzada antes de morir, sin embargo en los últimos años la cantidad de personas envejecidas a aumentado alarmantemente, tal es así que México ocupa el séptimo lugar de los países con envejecimiento acelerado.

Y tomando en cuenta que al llegar a la vejez se experimentan una serie de cambios biopsicosociales, que acrecientan la vulnerabilidad y ponen al adulto mayor en desventaja, ante la posibilidad de sufrir algún tipo de afectación física, mental o social, aumentando la posibilidad de desarrollar un envejecimiento patológico y trayendo consigo mayor demanda en los sistemas sanitario, social, económico y familiar del país.

Por lo que es fundamental que las intervenciones gerontológicas se enfoquen en la promoción de la salud, encaminadas a mantener y/o recuperar la funcionalidad física, mental y social de este sector de la población, para lograr que el aumento en la esperanza de vida de esta población, se experimente optimizando al máximo el bienestar y calidad de vida.

Esta realidad permite plantear el problema, el cual al ser investigado, proporcione las bases para su posible solución, dicho planteamiento sugiere:

Determinar el nivel de calidad de vida con relación a la salud de los adultos mayores que forman parte del grupo “La eterna juventud” del Sistema DIF de la Ciudad de Huejutla, Hidalgo.

## **1.5 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el nivel de calidad de vida con relación a la salud de los adultos mayores que forman parte del grupo “La eterna juventud” del Sistema DIF de la Ciudad de Huejutla, Hidalgo?

## 1.6 OBJETIVOS

### **General**

Determinar el nivel de calidad de vida con relación a la salud de los adultos mayores del grupo “La eterna juventud” del DIF Municipal de Huejutla de Reyes, Hidalgo.

### **Específicos:**

- Analizar las fuentes bibliográficas que permitan sustentar teóricamente la investigación.
- Valorar los indicadores de calidad de vida en la vejez con relación a los ámbitos físico, mental y social que engloban a la salud, a través de instrumentos de evaluación gerontológica.
- Evaluar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores con respecto a las dimensiones física, mental y social de la salud, por medio del instrumento de Calidad de vida, WHOQoL- breve en español.
- Establecer propuestas de promoción de la salud encaminadas a mantener y/o recuperar la funcionalidad física, mental y social del grupo de adultos mayores pertenecientes al Sistema DIF Huejutla, en el marco de la cultura de un envejecimiento saludable.



**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

“La vejez es la suma de toda la vida  
Milagro y nobleza de la personalidad humana”

Gregorio Marañón

## **2.1 EL ADULTO MAYOR Y EL ENVEJECIMIENTO.**

### **2.1.1 EL ADULTO MAYOR: CONCEPTUALIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN.**

Como parte del proceso de la vida, todos los seres humanos mueren y muchos llegan a edad avanzada antes de morir. A las personas de edad avanzada que llegan a la última etapa de la vida denominada vejez, se les conceptualiza de diversas maneras: Anciano, viejo, senecto, de la tercera edad o adulto mayor; cuyos términos son relativos según la persona que los utiliza, las circunstancias y la forma de aplicación.

Las anteriores conceptualizaciones son las más utilizadas para dar referencia a las personas mayores de 60 años, sin embargo hoy en día las denominaciones viejo y anciano están siendo evitadas por considerarse con una carga ofensiva y negativa y con repercusiones para los mayores, cambiándose por adulto mayor, persona de la tercera edad o gente grande, sin embargo como se mencionó anteriormente los términos cobran diversos significados según la persona que los utiliza, las circunstancias y la forma de aplicarlo.

En esta investigación, no se hará distinción entre las diferentes concepciones para hacer referencia del individuo que envejece, se utilizarán como sinónimos los términos: anciano, viejo, adulto mayor, persona de la tercera edad, gente grande y senecto.

Para seguir con el desarrollo del tema, es importante dar a conocer algunas clasificaciones con relación al envejecimiento cuyo proceso individual y progresivo es diferente en cada persona, por lo cual se considera necesario establecer clasificaciones para tener un marco de referencia respecto al rango de edades, estado de salud y funcionalidad, de las distintas diferenciaciones posibles en las edades avanzadas.

Por lo que (Brocklehurst y la Sociedad de Geriatria y Gerontología de México A.C.; referidos por Méndez, Tepetla & Zarrabal, 2002, p. 16) realizaron una clasificación de denominaciones que recibe la persona de acuerdo a sus rangos de edad, las cuales se expresan en la siguiente tabla:

GRUPO DE EDAD	DENOMINACIÓN DE LA ETAPA	AUTOR
60-74 años	Senilidad	Brocklehurst
75-89 años	Ancianidad	
90 y más años	Longevidad	
45- 59 años	Pre-vejez	Sociedad de Geriatria y Gerontología de México A.C.
60-74 años	Senectud	
80 y más	Ancianidad	

Tabla 1. Clasificación de las denominaciones que recibe el individuo de acuerdo a su edad.

Así mismo Ham Chande (2003) propone una clasificación de tres rangos de edades, ante la necesidad de agrupaciones y generalizaciones, para el caso específico de la población en México. La clasificación es la siguiente:

**60-64 años:** son las edades en las que existen ambigüedades entre la adultez madura y los comienzos de la vejez, y donde lo común es que, sin poder calificarse como joven, se funcione con capacidad y autonomía.

**65- 74 años:** es el periodo de edad en que las personas tienen una gran posibilidad de considerarse de la tercera edad. Es definitivo que se está en las

edades mayores en cuanto a mermas en las condiciones físicas, papeles sociales y actividad económica, pero aun con oportunidades significativas para una vida, en condiciones aceptables de funcionalidad y salud.

**De 75 y más años:** son las edades de la ancianidad, donde la gran generalidad de las personas sufren pérdida de capacidades, lo común es que los asalten problemas severos de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacidades y se recaiga en dependencias crecientes para el sostenimiento y el cuidado (p. 84).

Cabe mencionar que esta categorización surge de la información de organismos de seguridad social y las estadísticas de salud en México.

Otra clasificación que hace referencia al hecho de que, aunque se les catalogue como ancianos a los sujetos de 61 años como a los de 99 años, sus características físicas, y su predisposición para las enfermedades y a la fragilidad son completamente distintas, de ahí que desde el punto de vista clínico, los adultos mayores se clasifiquen en:

- **De los 60 a los 74 años:** adultos mayores o ancianos jóvenes
- **De los 75 a los 84 años:** adultos mayores o ancianos viejos
- **De los 85 a los 99 años:** adultos mayores o ancianos longevos
- **Mayores de 100 años:** centenarios

Para finalizar se hará mención de una clasificación de adultos mayores con relación a su condición de salud y por consiguiente de su estado de funcionalidad.

**1.- Personas mayores sanas:** son quienes desde el final de la edad adulta hasta la madurez mantienen su independencia y no presentan enfermedad ni alteración funcional, social o mental alguna, por lo tanto son capaces de satisfacer sus necesidades básicas a pesar de las limitaciones propias de la edad.

**2.- Personas mayores frágiles o de riesgo:** son quienes debido a que tienen una edad muy avanzada, o a factores de tipo social (pobreza, soledad, etc.) o de pérdida de salud, tienen un elevado riesgo de perder su autonomía, de sufrir complicaciones con su estado de salud o de morir si no reciben ayuda adecuada.

**3.- Paciente geriátrico:** son personas que tienen dificultad para satisfacer sus necesidades o que padecen enfermedades que conllevan pérdida de autonomía funcional.

Una vez analizadas las conceptualizaciones en torno a las personas de mayor edad, así como las clasificaciones para tener un panorama más claro que nos permita delimitar a la etapa de la vejez según sus rangos de edad y las características atribuibles tanto de salud como de funcionalidad, se considera trascendente abordar en el siguiente apartado información relevante con relación a la vejez y a el envejecimiento.

### **2.1.2 LA VEJEZ Y EL ENVEJECIMIENTO.**

Para iniciar este apartado es importante dar a conocer que estos conceptos son difíciles de definir universalmente, por lo tanto el objetivo de este apartado no será darles definición sino reflejar varias concepciones que se han hecho en torno a éstos, para que el lector cree su propia definición.

Es así que a continuación se darán a conocer algunos fundamentos que se han realizado en un intento por acercarse al entendimiento de la vejez y el envejecimiento.

En términos generales se puede decir que la vejez es la última etapa del ciclo vital y el envejecimiento lo podemos entender como un proceso dinámico, gradual e inevitable, en donde se da un proceso complejo de

cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social. Que empiezan al nacer y se producen durante toda la vida y culmina con la muerte, es decir transcurren en el tiempo. De esta manera el envejecimiento comienza cuando empieza la vida. Es así como podemos decir que la vejez es el resultado del proceso de ir envejeciendo con el paso de los años.

Para Ham Chande (2003) el término envejecimiento se refiere a un proceso que se da tanto en una persona como en una población, es así como hace mención del envejecimiento individual y el envejecimiento demográfico, a los cuales define así:

En una persona, se considera que el proceso de envejecimiento es un proceso biológico, psicológico y social que corresponde a alcanzar una edad avanzada que se define no cronológicamente sino por el incremento en los riesgos de perder autonomía y de recaer en una dependencia sobre la familia y la sociedad, debido a la disminución de la salud y la presencia de incapacidades físicas, mentales y sociales. Por el lado de los fenómenos de población, el envejecimiento demográfico es el incremento en números absolutos y porcentuales de personas envejecidas, de tal manera que se observan consecuencias sociales y económicas de consideración (p. 40).

Si se intenta definir como estado, la vejez tiene distintos momentos posibles de surgimiento y varios indicadores que se relacionan con su inicio. Desde la psicología los autores han denominado a la vejez como la última etapa del ser humano. Pero no nos queda claro **¿Cuándo empieza la vejez?**, es así como esta pregunta puede contestarse desde distintos puntos de vista, el primero es referente a la edad cronológica, la cual es la más utilizada, ya que frecuentemente los ciclos de vida están relacionados a la edad cronológica, pues los años cumplidos se utilizan para asignar obligaciones y derechos. Es así como la vejez en el caso de nuestro país se considera cuando se tienen los 60 años de edad; por otra parte otro indicativo de la etapa de la vejez es la edad funcional, como aquel predictor obtenido de indicadores sobre el

funcionamiento biológico, psicológico y social (biopsicosocial) que definen la vejez. Es así que con respecto al ámbito biológico podríamos hablar de la disminución de la capacidad visual; en el plano psicológico, la disminución del tiempo de reacción o el deterioro cognitivo; y respecto al ámbito social, la disminución de la productividad. Sin embargo esta propuesta presenta limitantes ya que existen personas mayores que son funcionales a pesar de la edad y personas jóvenes que por diversas índoles dependen de otros para funcionar.

La última propuesta de definición de la vejez procede del enfoque socioeconómico, ya que con relación a los roles que se cumplen dentro de la sociedad, esta propuesta considera que la vejez comienza cuando se produce la jubilación del trabajo y con ello la disminución adquisitiva, sin embargo definir la vejez con relación a la jubilación de igual manera sería muy arriesgado ya que la edad de la jubilación varía en las distintas personas y países, así mismo las personas que no han trabajado o se jubilan por cuestiones imprevistas quedarían fuera de la definición.

Con relación a lo anterior, podemos concluir que definir la vejez en un concepto global y definirlo no es posible, ya que esta es abordada desde distintas perspectivas, sin embargo con lo anteriormente citado, el lector puede establecer sus propios puntos de vista con respecto a estos conceptos. Para finalizar este apartado es importante mencionar que no todos envejecen de igual manera, ni tampoco cada parte del organismo envejece al mismo tiempo, ya que el envejecimiento es individual, único y variable en cada persona, pues está relacionado íntimamente con factores genéticos y medioambientales así como con los estilos de vida propios de cada individuo. Y también es importante señalar que la forma de afrontar la vejez depende en gran parte de la aceptación de la vida anterior y procede del grado de madurez psicológica alcanzado, de la personalidad, del tipo de relaciones interpersonales y del desarrollo intelectual.

### **2.1.3 LA VEJEZ DE HOY: LOS RETOS DEL ENVEJECIMIENTO PARA MÉXICO.**

Si se pretende comprender al anciano de hoy es importante entender que se encuentra dentro de una cultura que no es la suya, ya que todos los que actualmente forman parte de la edad tardía nacieron en las primeras décadas del siglo pasado (20, 30, 40 y comienzos de los 50 ), por lo tanto es necesario considerar cómo vive el tiempo actual, partiendo del entendimiento que desde el siglo pasado hasta este nuevo siglo se han experimentado una serie de cambios sociales, culturales, económicos y tecnológicos que la persona mayor ha tenido que experimentar, así mismo no podemos dejar a un lado que fueron educados por padres que pertenecieron a los inicios del siglo pasado, con características propias muy distintas a las actuales.

La época que les toca vivir a los ancianos es difícil, agobiante y acelerada. Tiempos de guerras, de injusticia social, de discriminación, de pobreza y crisis en muchos sentidos, contrapuesto por los adelantos de la ciencia y la tecnología.

La gente grande es de los sectores más vulnerables de la población, que han nacido y crecido en otro sistema de valores sociales y morales, y deben adaptarse a los cambios que el momento incrimina para no quedar marginados. Vulnerables también porque con la jubilación se acrecientan las necesidades económicas y el tiempo libre es mayor y no siempre se sabe cómo cubrirlo, así mismo es una etapa de pérdidas y constantes duelos, de una familia que crece, donde se dan los cambios de roles y ellos ya no son los protagonistas, conscientes de que el tiempo avanza y cobra sentido en los cambios en la apariencia, en el cuerpo y la salud, y sobre todo vulnerables porque tienen que cargar con los mitos y prejuicios de carácter negativo alrededor de la vejez, ya que se considera como una etapa improductiva, sinónimo de dependencia, de fragilidad, y de sufrimiento; ya



que socialmente la vejez tiene más connotaciones negativas que positivas, lo cual merma considerablemente en el bienestar y calidad de vida de los mayores.

Social y culturalmente no estamos acostumbrados a tener personas que envejecan de manera sana, lúcida, activa y con demandas de espacios para seguir su desarrollo personal. Es prioridad reconocer que el acelerado e inevitable envejecimiento demográfico en México, significa más adultos mayores y con mayor esperanza de vida, por lo que lograr que esos años de vida se logren no sólo en cantidad sino con calidad, es uno de los principales retos que enfrenta el país mexicano.

El envejecimiento demográfico no es un problema exclusivo para México, es un fenómeno mundial que se extiende rápidamente, sin embargo en los países en desarrollo como el nuestro, el aumento de personas envejecidas alcanzará cifras extraordinarias en los próximos años, ya que para el 2050 se prevé que serán 36.2 millones de adultos mayores, lo que equivaldría al 28% de la población mexicana total. Por lo que el tiempo se mira muy corto para que se logre un adecuado ajuste ante este problema y sobre todo si se considera a México como un país en proceso de desarrollo, que enfrenta serias crisis económicas, sociales y políticas, nos queda claro que la sociedad mexicana envejecerá sin que el país alcance las condiciones adecuadas de desarrollo para construir y adaptar los sistemas económicos, sociales, servicios de salud y de seguridad social para hacerle frente al envejecimiento.

A continuación se citarán algunos de los problemas de más relevancia que impone el envejecimiento en México, de acuerdo con Ham Chande (2003):

- 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 domicilio, 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 transferencia 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 y sus aspectos físicos, sociales, éticos, legales y de derechos humanos (p. 38).

Sin duda el país tiene a corto plazo que enfrentar un gran reto, pues con la creciente población de gente grande, también surgen un sin número de necesidades. Por ello se considera que esta investigación abordará un tema de interés general, ya que si en cada uno de los estados y municipios de nuestro país se ocuparan en conocer el nivel de calidad de vida con relación a los ámbitos físico, mental y social de la salud, nos permitirá determinar el nivel de funcionamiento que el adulto mayor tiene con respecto a estas dimensiones de la salud, y establecer propuestas para mejorarlas, lo que repercutirá positivamente en el bienestar y calidad de vida, retrasando lo más

posible los efectos negativos del envejecimiento, ya que los ancianos con un nivel de funcionamiento adecuado y que se desarrollan bajo la perspectiva de un envejecimiento saludable, son individuos más independientes y autónomos a nivel físico, mental y social, y por consiguiente podría favorecer en la reducción de la demanda de atención sanitaria, la necesidad de apoyo económico y de seguridad social que tanto apela la población envejecida en nuestro país.

#### **2.1.4 ¿CUÁLES SON LAS DIFERENTES MANERAS DE ENVEJECER?**

El ser humano está destinado a envejecer como parte del desarrollo evolutivo de la vida, sin embargo no todas las personas que llegan a la edad tardía envejecen de la misma forma y de acuerdo a esto, se distinguen: la vejez normal, la patológica y la saludable. A continuación describiremos de manera general cada una de ellas.

##### **2.1.4.1 ENVEJECIMIENTO NORMAL.**

Es el envejecimiento que se da como consecuencia del paso del tiempo, y trae consigo una serie de declives o cambios graduales y lentos a nivel físico, mental y social. En el que el proceso de cambio en todos los sistemas del organismo ocasiona una reducción de las funciones, lo que contribuye a una mayor vulnerabilidad de contraer ciertas enfermedades, sin que éstas se consideren lo suficientemente limitantes para que el adulto mayor pierda su independencia y su capacidad para funcionar. Así mismo, como parte del envejecimiento normal surgen cambios a nivel afectivo, cognitivo y social producto del paso del tiempo, los cuales son considerados como normales del proceso de envejecer. Es un proceso de declives pero no de patologías.

Es así como Fernández- Ballesteros, Moya, Iñiguez & Zamarrón (2007) refiere lo siguiente “La vejez normal es aquella que cursa sin patologías físicas o psicológicas inhabilitantes” (p.27).

#### **2.1.4.2 ENVEJECIMIENTO SALUDABLE.**

También denominado como envejecimiento con éxito o competente, el cual rompe el mito de que envejecer es sinónimo de debilitamiento, ligado al deterioro progresivo de las capacidades funcionales, y a la pérdida de la autonomía e independencia. Es así que este tipo de envejecimiento se refiere a alcanzar la edad avanzada conservando la capacidad funcional, física, mental y social, manteniendo los niveles de competencia y actividad a lo largo de la vida.

En palabras de (Rowe y Kahn citado por Fernández- Ballesteros, et al. 2007, p.27) consideran que el envejecimiento exitoso se refiere a la “Baja probabilidad de enfermar y de discapacidad asociada a un alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional y compromiso con la vida”.

Hoy en día lograr un envejecimiento exitoso y saludable es una de las metas primordiales de la disciplina gerontológica, de ahí que sus objetivos estén enfocados a optimizar el funcionamiento físico, mental y social en las personas de edad avanzada. Envejecer de manera sana no es cuestión de azar y con éxito de esta manera (Rowe y Kahn, citado por Reynoso & Seligson, 2002, p.193) consideran que “Las variables que parecen asociadas al envejecer exitoso incluyen hábitos alimenticios adecuados, ejercicio, vida activa, interacciones y apoyo social, trabajo productivo y el mantenimiento de funciones cognoscitivas mentales”.

Para complementar este apartado se expondrán algunas opiniones de autores con respecto al envejecimiento saludable y exitoso. Por lo que desde la perspectiva de (Maddox referido por Martos, Sánchez, Camps & García, p. 379) define el envejecimiento con éxito como aquel que combina tres elementos básicos:

- Supervivencia (longevidad)
- Salud (índices de dependencia)
- Satisfacción con la vida (felicidad)

Para Ham Chande (2003) el buen envejecimiento implica una serie de características en los adultos mayores, éstas son:

- 1.- Baja incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas e incapacidades.
- 2.- Altas tasas de funcionalidad física y mental.
- 3.- Disponibilidad de recursos materiales e independencia en su manejo.
- 4.- Inserción en la sociedad y familia que permita contactos e intercambios de ayuda material y apoyo emocional.
- 5.- Realización de actividades productivas y satisfactorias no necesariamente remuneradas (p. 57).

Para concluir podemos decir que envejecer en los márgenes de lo saludable y exitoso implica un adecuado funcionamiento y mantenimiento en las áreas física, mental y social, el adulto mayor desarrollará la capacidad de autosuficiencia para así compensar las pérdidas vividas y mantener los niveles de bienestar, enfocado a lograr la autonomía y la independencia en la vejez. De acuerdo a esto Reynoso & Seligson (2002) puntualiza lo siguiente: “Un alto nivel de autonomía del sujeto en la vida cotidiana proporciona una percepción de salud más positiva y mayor satisfacción en la vida, elementos favorables que complementan el envejecimiento exitoso” (p.193). De esta manera la mejor vejez no es la que se vive con más años, sino la más plena y con calidad de vida. De ahí la importancia de vivir no sólo en cantidad de años sino también con calidad de vida.

### **2.1.4.3 ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO.**

Este tipo de envejecimiento está caracterizado por la pérdida de las capacidades físicas y psíquicas de un individuo, las cuales se pierden a consecuencia de enfermedades. Como ya se ha mencionado anteriormente el adulto mayor se vuelve más vulnerable a enfermedades a consecuencia de diversos declives del organismo a nivel funcional, sin embargo no todas las enfermedades causan un deterioro en el funcionamiento del individuo, encaminándolo a vivir de manera dependiente a causa de la discapacidad. No así en el envejecimiento patológico cuya principal característica es la incapacidad y dependencia, es así como Fernández- Ballesteros, et al. (2007) puntualiza lo siguiente “La vejez patológica sería el resultado de un organismo quebrantado por la enfermedad y la discapacidad” (p. 27). De esta manera se considera primordial detallar en algunas enfermedades que forman parte del envejecimiento patológico:

#### **1.- La Demencia**

Es una patología del Sistema Nervioso Central que origina un deterioro patológico en el funcionamiento cognitivo, generalmente es de carácter crónico y progresivo y con graves repercusiones cognitivas, funcionales y sociales. La demencia es un síndrome, es decir un conjunto de enfermedades de distinto origen, que se caracteriza por una afectación de varias estructuras y funciones cerebrales que son lo suficientemente graves para impedir a la persona un adecuado funcionamiento para desempeñarse favorablemente en su vida cotidiana, interfiriendo en sus actividades personales, profesionales y sociales.

Para diagnosticar la demencia, se utilizan sistemas clasificatorios que son los que tienen mayor aceptación en el ambiente clínico. Uno de ellos es el

Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 4ª edición (DSM-IV) y un segundo ha sido desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se denomina Clasificación Internacional de enfermedades en su 10ª versión (ICD-10). Por lo que los criterios son los siguientes:

DSM-IV	ICD-10
<p>A. Desarrollo de múltiples déficit cognitivos manifestados a través de:</p> <p>1.- Deterioro de la memoria</p> <p>2.- Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:</p> <p>a. Afasia</p> <p>b. Apraxia</p> <p>c. Agnosia</p> <p>B. Cada uno de estos déficit causa un deterioro significativo en el funcionamiento social o laboral y representa un importante declive en los niveles previos de actividad.</p> <p>C. Estos déficit no ocurren sólo durante el curso de Delirio.</p>	<p>A. Hay evidencia de cada uno de los siguientes aspectos:</p> <p>1.- Declive en la memoria</p> <p>2.-Declive en otras habilidades cognitivas que se caracteriza por un deterioro en el juicio y el pensamiento, así como en la planificación y en la organización y en general en el procesamiento de la información.</p> <p>3.- El declive en estos dos aspectos interfiere en las actividades de la vida diaria.</p> <p>B. Conciencia preservada (ausencia de pensamiento nublado).</p> <p>C. Deterioro en el control emocional o motivación, o cambios manifiestos en la conducta social, al menos en uno de los siguientes aspectos: inestabilidad emocional, irritabilidad, apatía o conducta social desmesurada.</p> <p>D. Los síntomas en el criterio A deben de estar presentes durante al menos 6 meses.</p>

Tabla 2. Criterios de diagnóstico de la demencia.

Es importante mencionar que dentro de los factores de riesgo más importantes se encuentran: la edad, los antecedentes familiares y la educación. Así mismo existen diversos tipos de demencia de acuerdo a esto Fernández- Ballesteros, et al. (2007) mencionan que:

Los diferentes tipos de demencia pueden ser clasificados según su etiología en: degenerativas, vasculares, infecciosas, metabólicas, carenciales, tóxicas, traumáticas y mixtas. Las degenerativas a su vez pueden dividirse en corticales (como la enfermedad de Pick y la enfermedad de Alzheimer) y subcorticales (enfermedad de Parkinson y Enfermedad de Huntington) (p.149).

De acuerdo a lo anterior surgen un sin número de tipos de demencias con sus características distintivas, sin embargo no serán abordadas en esta investigación puesto que no son parte de interés general de la misma.

## **2.- La Depresión**

Para empezar se mencionará lo que es una depresión mayor, de acuerdo a esto Bautista (2009) refiere de acuerdo al DSM-IV, lo que implica un trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante.

Código CIE-10: F32, F33.

Los criterios que establecen DSM-IV para el trastorno depresivo mayor son:

Criterio A: la presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

- Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días.
- Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales.



- Disminución o aumento del peso o del apetito.
- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea por que se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más.
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
- Astenia (sensación de debilidad física).
- Sentimientos recurrentes de inutilidad y culpa.
- Disminución de la capacidad intelectual.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente (pp. 48-49).

Por otra parte para Rubio & Sánchez existen dos tipos de depresión en el adulto mayor:

***Depresión reactiva:*** este tipo se trata de una depresión que surge frente a alguna situación social o personal desfavorable. Ejemplos de esta situación serían las dificultades económicas, la soledad, los problemas familiares, la pérdida de algún ser querido, etc. El tratamiento sería resolver la situación que ha provocado dicha depresión.

***Depresión primaria, endógena o mayor:*** en este tipo de depresión no hay una causa que sea responsable del estado depresivo. Es una tristeza inmotivada y vital. El substrato etiológico que subyace a estos cuadros depresivos son desequilibrios de neurotransmisores en el cerebro de estos pacientes. Los neurotransmisores que están implicados son la serotonina, dopamina y noradrenalina (p. 131).

De acuerdo a la clasificación anterior es importante mencionar que en relación a diversos estudios, la depresión mayor no es muy común en personas de edad avanzada en comparación con personas de otros grupos de edad inmensas en la comunidad, esta situación cambia en adultos mayores que se encuentran dentro de residencias asistidas; es decir, se encuentran institucionalizadas ya sea porque no tengan el respaldo familiar o tengan una limitación funcional grave. Por lo que podemos inferir que la depresión reactiva a consecuencia de alguna situación desfavorable es más común que la depresión mayor durante la vejez.

Es así que (Koenig y Blazer referido por Fernández- Ballesteros, et. al. 2007, p.165) menciona lo siguiente “Las personas mayores presentan con cierta frecuencia algunas manifestaciones típicas de depresión. Cuando una persona mayor acude a consulta de un especialista los principales comportamientos depresivos son los siguientes: insomnio, pérdida de concentración, fatiga, ansiedad, quejas somáticas (hipocondriasis), pensamientos suicidas”.

De esta manera es muy importante poner atención en las manifestaciones depresivas que puedan estar afectando la estabilidad del adulto mayor y causar tanto estrés y desestabilización como la depresión mayor, por lo que se considera importante conocer los factores que predisponen a la depresión en esta última etapa de vida, los cuales son resumidos a continuación:

- Predisposición genética
- Abandono y/o violencia
- Enfermedades específicas y la dependencia
- Exposición a fármacos
- Pérdida de la capacidad funcional
- Pérdida de memoria y demencia
- Características de la personalidad
- Crisis propias de la edad
- Soledad y aislamiento
- Dificultades económicas
- Jubilación

Por otra parte, es común que la depresión manifieste algunos síntomas cognitivos como son: problemas de memoria, de atención y alteraciones en la ejecución, lo que puede ocasionar que se confunda con la demencia, para dejar claro esta diferenciación Fernández- Ballesteros, et al. (2007) refieren que:

La demencia (como una patología neurológica cuya sintomatología primaria es el deterioro de las funciones cognitivas y que conlleva, además, un conjunto de síntomas secundarios, principalmente trastornos asociados de carácter conductual), puede ser confundida con otros trastornos (depresión), que llevan asociados una sintomatología, en parte similar. Más concretamente, la depresión, que es un trastorno de carácter afectivo, suele presentar un seudo deterioro de las funciones intelectuales que puede ser indebidamente diagnosticado como demencia, siendo en realidad una seudodemencia (p.165).

Algunos criterios para diferenciar entre depresión y demencia, al establecer un diagnóstico son los siguientes:

CRITERIO	DEMENCIA	DEPRESIÓN
Comienzo	Lento y poco preciso	Rápido y preciso
Conducta social	Afectada a mediano y largo plazo	Afectada a corto plazo
Conducta personal	De compensación	Abandono
Humor	Inestable	Tristeza y apatía
Memoria inmediata	Afectada	En ocasiones afectada
Memoria remota	Afectada progresivamente	Con pequeñas lagunas pero estable
Sueño	Empeoramiento nocturno	Estable
Quejas	Imprecisas	Constantes
Cooperación clínica	Buena predisposición	Ninguna predisposición

Tabla 3: diferencias entre la demencia y la depresión.

Para finalizar es importante señalar que la depresión en la etapa de la tercera edad trae serias consecuencias, dentro de las cuales se encuentran: el suicidio, deterioro físico y enfermedades, incapacidad global, pérdida de peso, demencia, deterioro en las actividades de la vida diaria, incremento en la carga familiar.

### **3.- La pérdida de las habilidades funcionales**

Hasta ahora hemos abordado los trastornos más frecuentes a nivel cognitivo y afectivo en la vejez, pero también existen déficit en la conducta motora que dificultan la capacidad para funcionar ocasionando la dependencia del adulto mayor.

Las habilidades funcionales son el conjunto de destrezas que se requieren para que el adulto mayor lleve una vida independiente, que le permita desenvolverse por sí mismo dentro de su entorno inmediato y social.

Es importante mencionar que es menor la prevalencia de casos en adultos mayores de entre 65 y 70 años que personas de 80 años en adelante, por lo que se puede inferir que al aumentar la edad se es más propenso a perder la capacidad de funcionar de manera independiente. Así mismo existen diferencias con relación al género, ya que las mujeres son más propensas a padecer limitaciones funcionales.

Con relación a las causas que llevan a una persona a la pérdida de capacidad, Fernández- Ballesteros, et al. (2007) refiere lo siguiente:

Las causas más comunes que pueden producir una discapacidad funcional pueden ser múltiples aunque, en su gran parte, se deben a patologías de carácter físico osteo-articular. En todo caso, lo más importante de las discapacidades funcionales es el efecto de dependencia en la vida diaria que la persona experimenta; es decir, los sentimientos de incompetencia a la hora de realizar cualquier actividad que anteriormente desarrollaban sin problemas (p.177).

Para complementar este apartado es importante mencionar que desde el enfoque de la geriatría es más importante tener conocimiento no de las enfermedades más frecuentes, sino de aquellas que provocan una mayor limitación funcional, es así que se mencionan las enfermedades que se consideran más incapacitantes:

- Osteoarticulares. Artrosis, artritis, osteoporosis.
- Cerebro- vascular. Accidente vascular cerebral

- Enfermedades neurológicas. Enfermedad de Parkinson. Demencias.
- Cuadros residuales. Fractura de cadera y amputación de extremidades.
- Enfermedades orgánicas avanzadas. Insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica en grados muy severos.
- Deprivación sensorial

Para dar término a este apartado es importante resaltar que ya se han mencionado las enfermedades que se consideran como parte del envejecimiento patológico, sin embargo desde un enfoque geriátrico se manejan una serie de síndromes, que por su alta prevalencia en la población senil, es importante considerar dentro del envejecimiento patológico por el alto índice de dependencia que generan, por lo que para dar término a este tema se enuncian los principales síndromes geriátricos:

- Síndrome confusional agudo
- Trastornos de sueño
- Síndrome de caídas
- Constipación. Impacto fecal
- Deprivación sensorial
- Úlceras
- Inmovilismo
- Demencias
- Incontinencia urinaria

Es así que podemos concluir que el envejecimiento patológico es la peor forma de envejecer, y a pesar de todo lo analizado conviene destacar que envejecer no es sinónimo necesariamente de enfermedad, invalidez y disfuncionalidad; existe un envejecimiento saludable ligado directamente al bienestar y calidad de vida, como se analizó anteriormente.

## **2.2 LA CALIDAD DE VIDA CON RELACIÓN A LA SALUD EN LA VEJEZ.**

### **2.2.1 IMPLICACIONES BIOPSIOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO DETERMINANTES EN LA CALIDAD DE VIDA.**

Como se mencionó en apartados anteriores, con el envejecimiento se originan una serie de cambios biopsicosociales propios del proceso de irse haciendo mayores. De ahí la importancia de conocer cuáles son los posibles cambios esperables y normales a los que debe enfrentarse la persona al llegar a la última etapa de vida. Por esa razón en los siguientes apartados se analizarán las características físico-biológicas, psicológicas y sociales, ya que si en la vejez los procesos biopsicosociales se desarrollan en condiciones adversas o patológicas, afectarán el bienestar, la salud y por consiguiente la calidad de vida del adulto mayor, de ahí la importancia de conocer los cambios que se viven en el plano físico, mental y social, ya que de ellos se desprenden los indicadores de calidad de vida que se analizarán en apartados posteriores.

#### **2.2.1.1 CARACTERÍSTICAS FÍSICO- BIOLÓGICAS EN LA TERCERA EDAD.**

Durante el envejecimiento se dan una serie de cambios en todo el cuerpo: sistemas, órganos, tejidos y células, considerando que estas modificaciones son parte del envejecimiento normal, es importante mencionar que la probabilidad de enfermar con la edad aumenta, esto como consecuencia de las pérdidas funcionales que ocurren en los sistemas vitales, las cuales

hacen más vulnerable al organismo a las enfermedades. Sin embargo no podemos generalizar al afirmar que todos los adultos mayores enferman en la vejez, ya que existen casos de vejez libre de enfermedades y discapacidades, lo cual está directamente relacionado al envejecimiento saludable, así mismo que se padezca una u otra enfermedad o varias enfermedades, son factores determinados por las características individuales de la persona mayor, así aspectos genéticos, estilos de vida y aspectos ambientales.

Por tal razón se describirán brevemente algunas de las formas en que los órganos y sistemas del cuerpo cambian al avanzar la edad, así como algunas de las enfermedades y trastornos que son más comunes en los adultos mayores como parte del proceso de envejecer.

<b>Órgano o sistema</b>	<b>Cambios naturales del envejecimiento</b>	<b>Enfermedades más comunes</b>
Piel y cabello	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe una disminución de la velocidad de crecimiento del cabello y parecen las canas por la pérdida de melanina.</li> <li>- En cuanto a la piel, ésta va perdiendo poco a poco su elasticidad, principalmente en la cara, ocasionando arrugas.</li> <li>- Así mismo se vuelve más delgada, por lo que las venas debajo de la superficie se muestran más claramente que antes, los vasos sanguíneos debajo de la superficie de la piel pueden romperse y sangrar.</li> <li>- La pérdida de los aceites de la piel pueden producir comezón intensa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Púrpura senil</li> <li>-Asteatosis</li> </ul>



Órgano o sistema	Cambios naturales del envejecimiento	Enfermedades más comunes
Los órganos de los sentidos	<p>Los órganos de los sentidos se ven afectados con el paso del tiempo, y sus enfermedades pueden producir un grado de invalidez y dependencia significativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>La vista</b> es indispensable para llevar una vida activa, segura y de buena calidad.</li> <li>- La pérdida de la agudeza visual y la amplitud del campo visual disminuyen con la edad.</li> <li>- Con relación al <b>oído</b>, los cambios que se producen en el oído interno son el exceso de cerumen y las lesiones causadas por la exposición al ruido y diversas enfermedades pueden afectar la audición.</li> <li>- Si la pérdida del oído se vuelve significativa puede influir en la seguridad.</li> <li>- <b>El gusto, el olfato y el tacto</b>, el primero suele disminuir por la reducción de papilas gustativas, atrofia de la lengua, con el olfato, el nervio olfativo se degenera, y con respecto al tacto se disminuye la sensibilidad térmica y dolorosa profunda. Por lo que hacen a la persona de mayor edad vulnerable a sufrir accidentes por intoxicación, envenenamiento, quemaduras o lesiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las cataratas</li> <li>- El glaucoma</li> <li>- Degeneración macular</li> <li>- La pérdida del equilibrio o mareo</li> <li>- Presbiacusia</li> </ul>

<b>Órgano o sistema</b>	<b>Cambios naturales del envejecimiento</b>	<b>Enfermedades más comunes</b>
<p>Sistema locomotor: Huesos, músculos y articulaciones</p>	<p>-Los huesos conforme se va avanzando de edad, se disminuyen en tamaño y densidad, volviéndose más frágiles y lo que hace a la persona mayor más propensa a sufrir caídas y por lo consiguiente fracturas.</p> <p>-Los músculos y articulaciones pierden fuerza y flexibilidad conforme se avanza de edad. Lo anterior contribuye a trastornos osteoarticulares que se caracterizan por causar dolor e impotencia funcional de alguna parte del aparato locomotor, limitando la capacidad funcional.</p>	<p>-Artrosis o artritis degenerativa</p> <p>- Artritis reumatoide</p> <p>- Osteoporosis</p>
<p>Sistema cardiovascular</p>	<p>-El músculo cardíaco tiende a perder peso y disminuir en su tamaño, también se va haciendo menos elástico y menos eficiente en su bombeo, por lo que implica mayor esfuerzo para hacer el mismo trabajo.</p> <p>-Hay pérdida de células que controlan la actividad cardíaca, por lo que existe disminución del volumen sanguíneo que el corazón envía al organismo.</p> <p>-Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas pues pierden elasticidad, ya sea por acumulación de grasas o colesterol, o simplemente por la disminución de colágeno que es una proteína que favorece la elasticidad de estos.</p>	<p>-Arteriosclerosis</p> <p>-Infarto de miocardio</p> <p>-Hipertensión arterial</p>

Órgano o sistema	Cambios naturales del envejecimiento	Enfermedades más comunes
Aparato respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con la edad la fuerza de los músculos respiratorios es menor, también se da la rigidez, pérdida de peso y de volumen.</li> <li>- Existe una disminución de los movimientos y capacidad pulmonar, esto se debe a los cambios que sufren el esqueleto, la columna y la caja del tórax por las posturas adoptadas por la gente mayor, como la curvatura de la espalda, así como por adelgazamiento de la masa muscular. También se da la disminución de las prolongaciones de las células del tracto respiratorio, esto traerá como consecuencia una menor capacidad de los pulmones para expulsar las secreciones, por lo complica la condición del enfermo al padecer enfermedades broncopulmonares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Bronquitis crónica</li> <li>-Enfisema, también conocido como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).</li> <li>-Infecciones respiratorias: influenza, neumonía y tuberculosis</li> </ul>
Aparato digestivo y	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La deglución y los movimientos peristálticos que llevan el alimento a través de los intestinos disminuyen.</li> <li>-El flujo de las secreciones del hígado, estomago, páncreas e intestino delgado puede disminuir.</li> <li>- Existen pérdidas de piezas dentales que dificultan la masticación y la disminución en la producción de la saliva, contribuyen a la sequedad bucal y a la pérdida de la sensación gustativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indigestión y agruras</li> <li>-ulcera gástrica</li> <li>-Estreñimiento</li> <li>-Cáncer colorrectal</li> </ul>

Órgano o sistema	Cambios naturales del envejecimiento	Enfermedades más comunes
Sistema endocrino	Con respecto al sistema endocrino se origina una disminución de la función de las glándulas suprarrenales, páncreas y otras, también se presenta una disminución del metabolismo, y por consiguiente una menor capacidad de respuesta al estrés.	-La diabetes
Aparato genitourinario	<p>-En la mujer los senos se vuelven flácidos a consecuencia de la atrofia de los tejidos y la falta de secreción hormonal. En el hombre se da un descenso de tamaño y peso de los testículos y aumento del tamaño de la próstata.</p> <p>- Así mismo la función del riñón declina con la edad, por lo que se da una pérdida de volumen y la capacidad de concentrar la orina en el riñón, se produce un debilitamiento del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción completa, quedando orina residual.</p>	<p>-Incontinencia</p> <p>-Enfermedades de la próstata</p> <p>-Cáncer de próstata</p>
Sistema inmune	Disminuyen las células de defensa llamadas linfocitos T, que llevan a cabo la respuesta inmunológica, lo cual conlleva el descenso de la producción de anticuerpos y hace que el organismo sea más vulnerable a distintos tipos de cáncer, enfermedades de las vías aéreas, tumores e infecciones en general. Así mismo la capacidad de responder favorablemente a las vacunas es menor que el individuo joven.	

<b>Órgano o sistema</b>	<b>Cambios naturales del envejecimiento</b>	<b>Enfermedades más comunes</b>
El cerebro y el sistema nervioso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A consecuencia de la edad existe la disminución del tamaño y el peso del cerebro debido a la pérdida de la cantidad de neuronas, en la corteza cerebral, la cual es la parte de cerebro que se encarga de las tareas cognitivas y cambios en los neurotransmisores.</li> <li>- Existirán cambios degenerativos en porciones del cerebro que rigen la memoria y el equilibrio, por lo tanto, la capacidad de la memoria reciente disminuirá.</li> <li>-Se origina también un descenso de la capacidad auditiva y de integración visoespacial, se presenta una disminución para el aprendizaje complejo pero se mantiene la inteligencia; ya que la edad por sí sola no conduce a deterioro cognitivo de gravedad ni a cambios marcados en la personalidad.</li> <li>- A nivel psicomotor se observa un enlentecimiento psicomotor y de respuesta refleja, lo que puede favorecer a la aparición de caídas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Infarto cerebral: se llama también accidente cerebro vascular ACV</li> <li>-Demencia: enfermedad de Alzheimer y mal de Parkinson</li> <li>-Depresión: cuando su origen está relacionado a la deficiencia de ciertos neurotransmisores</li> </ul>

Tabla 4. Efectos físico biológicos del proceso de envejecimiento.

Las personas pueden enfermar en cualquier momento de la vida, pero en este último periodo de vida, los senectos se vuelven más vulnerables por las pérdidas funcionales que se presentan en su organismo como parte del deterioro normal del paso del tiempo.

Es así como Creagan (2004) puntualiza lo siguiente:

Lo único que es permanente es el cambio. Nuestra carne, huesos, músculos, nervios y órganos tienen una vida limitada. Algunas partes tienden a perder brillo o gastarse más pronto que otras. Otras, si se les cuida adecuadamente, parecen pasar por los años con más gracia” (p.15).

Por lo tanto el hecho de enfermar es inevitable, sin embargo es bien cierto que muchas enfermedades se pueden evitar o retrasar, otras se pueden curar más rápido o con menos secuelas y en otros casos se pueden controlar y aminorar para reducir sus consecuencias adversas, lo que permita afrontar la vejez de manera autónoma e independiente, por otro lado existen enfermedades que afectan al adulto mayor a tal grado de perder su bienestar y calidad de vida, ya que por lo general están directamente ligadas a la pérdida de capacidad física funcional, pues los limita para desarrollarse autónoma e independiente en las actividades de la vida diaria, como caminar, ir de compras, vestirse, salir de casa, etc. De ahí que la capacidad física funcional sea un potencial indicador de calidad de vida en la vejez.

Con respecto a lo anterior Cruz (2006) puntualiza lo siguiente:

La incapacidad funcional supone un problema muy relevante para sobrellevar la vejez. Es uno de los principales determinantes en la pérdida de la calidad de vida. Supone depender de otras personas para que realicen aquellas funciones imprescindibles que el mayor es incapaz de hacer (p. 47).

### 2.2.1.2 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS EN LA TERCERA EDAD.

El objetivo de la psicología es estudiar el comportamiento humano y los procesos mentales que lo acompañan. De esta manera el comportamiento es producto de los determinantes afectivos, emocionales y cognitivos que rigen a la persona. De acuerdo a esto Asili (2004) menciona que:

El complejo sistema comportamental del ser humano está estrechamente vinculado no sólo a su forma de pensar (procesos cognitivos como interpretar, recordar, memorizar, describir, generalizar, posponer, recordar su pasado, evaluarse a sí mismo, a otros y a su entorno), sino también a su forma de sentir la vida (sentimientos y emociones) (p. 175).

De esta manera para abarcar el ámbito psicológico, se abordarán los cambios que se consideran como parte de un envejecimiento normal, desde dos perspectivas: los cambios afectivos y los cambios cognitivos.

Dentro de los **cambios afectivos** más significativos a los que va a tener que enfrentarse el anciano son las pérdidas afectivas, aunque a lo largo de la vida, el ser humano como parte del proceso de vivir experimenta un sin número de pérdidas, es en la vejez cuando cobran mayor significado e importancia. Estas pérdidas se manifestarán en su sentir a través de sus sentimientos y emociones.

Llamamos pérdida a aquella vivencia por la cual se siente que se ha perdido, que ya no se tiene algo significativo. Las pérdidas son experiencias vitales, es decir que forman parte de la vida y están implícitas en el proceso del crecimiento.

A continuación se enlistan los tipos de pérdida, según (Nancy O'Connor, citado por Castro, 2007, p.69):

- La pérdida más absoluta y contundente es la muerte de uno mismo, o un cambio radical en el cuerpo por enfermedad o por mutilación.
- El segundo tipo de pérdida más seria, es la de personas significativas en nuestra vida por muerte, divorcio o abandono.
- El tercer nivel de pérdida requiere ajuste a nuevas normas, incluye cambios normales de desarrollo de vida, como los cambios de casa, trabajo, etc.
- La cuarta área es la pérdida de objetos importantes: dinero, esperanzas, aspiraciones, expectativas, así como de cambios en el medio social.

De acuerdo con el listado anterior podemos inferir que la persona que se encuentra en la vejez, puede experimentar cada uno de los tipos de pérdidas citados anteriormente; es así que las principales pérdidas que vive el adulto mayor son:

**1.- Las pérdidas físicas;** es decir las disminuciones a nivel de los sentidos, los fallos de la memoria, la disminución de la capacidad psicomotriz, y principalmente las alteraciones en la salud por enfermedad. Que en muchos casos ocasionan en el adulto mayor un grado de invalidez, que lo lleva a la temida dependencia.

**2.- Pérdida de personas significativas** en su vida con las que mantenía fuertes lazos a nivel emocional y afectivo, principalmente la muerte del cónyuge y amigos cercanos, lo que confronta al adulto mayor con su propia muerte.

**3.- Las pérdidas por cambios de roles parentales o laborales,** dentro de las primeras encontramos el casamiento o salida de los hijos del hogar y la abuelidad; y al hablar de pérdida laboral nos referimos a la jubilación, la cual muchas veces trae consigo la pérdida de la capacidad adquisitiva.



**4.-** Por último pero no menos importante se encuentran **las pérdidas de sueños, de expectativas, de valores, de poder o prestigio frente a otros.**

El superar la pérdida implica un proceso de elaboración que se conoce como duelo, teniendo presente lo anterior, las etapas del duelo más comunes son: la negación, el enojo, la negociación, la depresión, y por último la aceptación.

Es importante tener en cuenta que en la vejez, las reacciones del duelo serán más sostenidas y durarán mayor tiempo por las dificultades que la persona mayor tiene para ajustarse a los cambios. Para superar la pérdida es necesaria la expresión de las emociones y sentimientos que influyan positivamente en la salud física y mental, es importante el apoyo familiar y social. Todo esto para minimizar al máximo la posibilidad de desarrollar un duelo patológico que origine sentimientos prolongados de tristeza, angustia y principalmente un padecimiento frecuente en las personas mayores que es la depresión, afectando la calidad de vida durante la última etapa de vida.

Como los adultos mayores están expuestos a más probabilidad de pérdidas, por lo que es de considerarse que aumente los miedos que experimentan, ya estos también forman parte de los cambios afectivos propios de la vejez. Los miedos son reacciones defensivas normales del organismo, mecanismos frente a posibles peligros que aparecen en situaciones nuevas, desconocidas o vividas como peligrosas.

De lo anterior se considera que los miedos más frecuentes en la población de la edad tardía son: el miedo a la dependencia, miedo a la muerte y miedo a la soledad. A continuación describiremos brevemente cada uno de ellos:

**Miedo a la muerte:** Quizá el miedo más intenso que presentan los mayores es a la muerte, ya que está significada por la vida y desde muy jóvenes se sabe de su existencia, pero al entrar en la etapa del envejecimiento ya no se ve desde otros, sino que se hace presente como propia. Sabemos que la

muerte no es propiedad de ninguna edad, llega en cualquier momento, pero es sin duda más esperable en la vejez. Con respecto a la muerte, Cabodevilla (2002) menciona que “En el miedo a la muerte, reconocemos la angustia fundamental del ser humano, como un ser destinado a la muerte. Fórmula que hace de la muerte no sólo el destino del hombre sino la sustancia de la que está hecha la vida” (p. 52). La idea de la muerte en la vejez, suscita temores desde dos perspectivas: en relación al acto de morir y a lo que acontece después de la muerte.

***Miedo a la dependencia:*** Es el temor a la declinación de todas las funciones, deterioro físico y psíquico, y la temible falta de autonomía fuertemente relacionada disminución de la independencia. Este miedo está presente en la mayoría de la gente grande principalmente con respecto a la incapacidad motriz, al declinar de los sentidos, de la memoria, del juicio, pero básicamente a perder la capacidad funcional que lo haga dependiente de otros para realizar actividades de la vida diaria.

***Miedo a la soledad:*** Este sentimiento está relacionado con los déficits existentes en el soporte emocional o relacional que recibe el sujeto de las redes de apoyo familiar, conyugal y social; es importante aclarar que estar solo no es lo mismo que sentirse solo. La soledad es una vivencia, y no depende de la cantidad de contactos que se tenga; vivir solo puede significar o no, sentimientos de soledad. Es así que se distinguen dos tipos de soledad: la objetiva la cual es la falta de compañía, permanente o temporal, es decir engloba a las personas que están solas, y no siempre implica una vivencia desagradable, ya que puede ser una experiencia buscada por la propia persona. En cambio la soledad subjetiva, la padecen las personas que se sienten solas, aunque vivan acompañadas o no, este es un sentimiento doloroso y no es buscado, si no impuesta por la situación personal de quien

la sufre. Y los factores que pueden influir como causales de la soledad son: la viudedad, la jubilación y cuando los hijos se van del hogar (nido vacío).

Los miedos asaltan al envejecente con mayor o menor intensidad, negarlos solo conduce directamente a más angustia, es saludable enfrentarlos, hace que dejen de ser un obstáculo para el bienestar afectivo y dejen de constituirse en una fuente de angustia e incertidumbre para el adulto mayor. Por lo tanto elaborar duelos sanos y superar los miedos propios de la vejez es de gran importancia para el bienestar psicológico, fortaleciendo la identidad y la autoestima del adulto mayor, de lo contrario repercute originando una crisis de identidad la cual trae consigo consecuencias negativas para la vida del anciano.

Es así como Rubio & Sánchez refieren lo siguiente: “A lo largo del proceso de envejecimiento el ser humano debe afrontar los cambios que se van produciendo y que derivan en muchas ocasiones en crisis de identidad” (p. 20).

De esta manera, entendemos por *identidad* a la imagen que el propio sujeto posee de su capacidad física y mental, de sus objetivos, de sus roles sociales, de sus motivos y también de sus limitaciones.

En la edad tardía existen cambios propios del proceso de envejecer que pueden poner en situación de vulnerabilidad al sujeto. Cuestiones como ¿Quién soy? ¿Qué he hecho hasta ahora? ¿Por qué no hice tal cosa? ¿Qué haré de ahora en adelante? son preguntas comunes ante una crisis de identidad en la gente grande.

Sin embargo, la crisis de identidad no es una situación que se deba generalizar en la etapa de la vejez, por lo que es importante abordar como es que el anciano logra mantener su identidad aun con experiencias de pérdidas

y cambios propios del envejecimiento. La teoría psicosocial de Erikson, nos da referencia de ello; ya que habla sobre el desarrollo de la personalidad, desde el nacimiento hasta la muerte, basándose en 8 estadios y en cada uno el individuo debe ganar una situación evolutiva concreta, y llegar a ciertas virtudes en cada etapa, que le hará sentirse satisfecho y definirá su identidad personal. Sin embargo para esta investigación es de fundamental importancia la última etapa de esta teoría, por lo que se describirá a continuación:

**La integridad del yo / desesperación;** es la que se da de los 60 años en adelante. Cuyas virtudes son la renuncia y la sabiduría. Es la crisis de la vejez, para superarla se tiene que dar un sentido a la identidad, sin abatirse por acercarse a la muerte y creer por ello, la vida carente de sentido. Si al examinarse en lo vivido y actuado se descubre un sentido, el adulto mayor gozará de una agradable y positiva sensación de bienestar. Si por el contrario considera que no ha vivido conforme sus expectativas, y le preocupa sus experiencias sin resolver, por lo llegará a la etapa de la vejez insatisfecho y con malestar consigo mismo, lo que obviamente repercutirá negativamente en su adaptación en esta etapa, ya que se da cuenta que el tiempo que le queda es demasiado corto para integrar los distintos aspectos de su vida, por lo que será fácil caer en la desesperación. Una señal de desesperación y desintegración se da cuando el anciano muestra sentimientos negativos frente a los cambios propios de la vejez, principalmente manifestando temor hacia la muerte, ocasionando lo que llamamos anteriormente crisis de identidad, la cual es concebida como la dificultad para aceptar y adaptarse a los cambios y pérdidas que se dan durante en envejecimiento.

Por el contrario, el proceso de integración de la identidad en la vejez consiste en sentir bienestar por lo logrado y no lamentarse por lo que no se logró e

integrar el pasado dándole significado propio, y obtener así un verdadero crecimiento personal y sobre todo espiritual. El anciano que ha integrado su personalidad es capaz de soportar las carencias sin frustrarse y sin desorganizarse. Implica un proceso de maduración el cual consiste en la capacidad para soportar y elaborar tensiones emocionales sin angustia y en condiciones de enfrentar los problemas que impone la realidad de la vida adulta tardía. Con la madurez se pone de manifiesto la capacidad de adaptación positiva a los cambios propios de la vejez. Cuando se da la integración del yo surgen las virtudes de la *renuncia*, la cual se fundamenta en aceptar las pérdidas que exige la ancianidad, se da un adecuado desprendimiento. Y la *sabiduría* con la cual se capta el verdadero sentido de lo que existe, se es consciente de que es el final de la vida y lo acepta, y saber que existe la muerte da sentido a la vida, se toma consciencia de lo verdaderamente trascendente.

Por lo tanto de acuerdo con Erikson, es importante la integración de la identidad, a través de la aceptación de las experiencias pasadas y afrontación positiva de la situación actual que permita al anciano hacerle frente a los cambios afectivos, ya que superar las pérdidas es señal de madurez psicológica y de adaptación en esta etapa de vida. De lo contrario el adulto mayor podría ser más vulnerable a la depresión que es el trastorno afectivo más común en la gente mayor. De ahí que la valoración afectiva en los mayores se centre en la depresión, pues se considera el principal indicativo de calidad de vida en cuanto a salud mental en la vejez.

Por otra parte y una vez que se han analizado los cambios afectivos, es importante mencionar **los cambios en el funcionamiento cognitivo** que se presentan como parte del proceso normal en la vejez. Es importante aclarar que nos enfocaremos en conocer cuáles son los cambios cognitivos, lo que denominaremos como declive cognitivo, ya que confundir el deterioro

patológico con declive cognitivo es un error. Puesto que el primero es resultado de una enfermedad comúnmente conocida como demencia, mientras que el declive es resultado normal del envejecimiento.

Teniendo en cuenta que la recepción de información depende de los sentidos y que el procesamiento de la información tiene como soporte el Sistema Nervioso Central, una primera conclusión es que durante el proceso de envejecimiento se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento cognitivo. En definitiva, cabe preguntarse, ¿qué funciones cognitivas cambian al envejecer y cuáles permanecen estables?, para lo cual nos centraremos en conocer de manera práctica, los procesos cognitivos que más se estudian en relación a la vejez.

**La atención** es la capacidad de discriminar lo que es esencial para resolver una determinada tarea. Se sabe que frente a tareas que implican muchos recursos atencionales (que requieren de mayor esfuerzo cognitivo), se ha encontrado un declive en función de la edad.

Con relación al **lenguaje**, se podría decir que los cambios que ocurren en el lenguaje durante el proceso de envejecimiento se reducen a la dificultad en la denominación o evocación de palabras y en una reducción de la fluidez verbal, y aspectos como el vocabulario o la expresión verbal mejoran en este proceso por las experiencias acumuladas.

**El aprendizaje**, es definido como “Un cambio relativamente permanente en la conducta potencial como resultado de la sucesiva experiencia con una tarea” según (Kimble, referido por Fernández- Ballesteros, et al. 2007, p.43). Es muy sabido que dentro de los estereotipos que más maneja la sociedad, está el relacionado con la idea de que las personas mayores han perdido su capacidad aprender, esta idea es errónea, pues si bien en la vejez se necesitan mayor número de ensayos para adquirir un conocimiento, y más

tiempo de ejecución para aprender. En comparación con los jóvenes los adultos mayores mantienen amplios márgenes de aprendizaje, que los llevan a adquirir nuevas habilidades y nuevos conocimientos.

**La memoria**, es un proceso cognitivo que permite al individuo almacenar experiencias y percepciones que luego puede recordar en situaciones posteriores. De esta función cognitiva podemos inferir que son múltiples las quejas subjetivas que refieren los adultos mayores con respecto a su funcionamiento, de ahí que esta área cognitiva haya sido la más estudiada.

De hecho, procesos degenerativos como la demencia senil se manifiestan con alteraciones de memoria en sus inicios, de ahí la importancia de distinguir aquellos cambios propios del envejecimiento normal, puesto que algunos aspectos de la memoria se deterioran con el paso de los años, pero otros siguen estables.

Es así que al hablar de la memoria, tenemos que especificar de qué tipo de memoria estamos hablando, pues no existe una, si no muchos tipos. A continuación describiremos cada una de ellas y cómo funcionan durante la vejez:

*La memoria sensorial* representa la primera fase en el procesamiento de la información que realizamos dependiendo de modalidades sensoriales. En dicha memoria la información no permanece mucho tiempo, tan solo unos segundos, pero si es procesada adecuadamente la información pasa a la memoria a corto plazo. La memoria sensorial no tiene propiamente cambios importantes que generen limitaciones cuando se envejece, aparte de que se precisa mayor tiempo para extraer la información o fijarla, esto a consecuencia de declive propio del funcionamiento de los sentidos.

*La memoria a corto plazo*, también conocida como primaria o de trabajo. Es una estructura de capacidad limitada, retiene la información sólo un breve periodo de tiempo, su funcionamiento es indispensable para asegurar un correcto traslado de contenidos a la memoria a largo plazo. Con relación a la memoria a corto plazo durante la vejez, de acuerdo a lo citado por Papalia, Wendkos & Duskin (2005) “Un factor clave es la complejidad de la tarea, ya que las tareas que sólo requieren repaso o repetición muestran muy poca declinación. Pero, tareas que requieren reorganización o elaboración muestran mayor decaimiento” (p. 706). Es así que los investigadores evalúan este tipo de memoria, pidiendo que la persona repita una secuencia de números, en el orden en que fueron presentados y luego en orden inverso. La habilidad para repetir los números se mantiene bien durante la edad avanzada, pero no sucede lo mismo al repetir los números en orden inverso, debido a la complejidad y que se presentan en un breve periodo de tiempo. Ya que la repetición de los números hacia adelante solo involucra a la memoria sensorial, la cual como se dijo anteriormente se conserva, pero la manipulación del orden inverso requiere el dominio de la memoria de trabajo, la cual es la capacidad del sistema cognitivo de procesar y retener temporalmente porciones limitadas de información, mientras son elaboradas e integradas con otras. Por lo que este tipo de memoria presenta una disminución durante el envejecimiento en general.

*Memoria a largo plazo*, es el depósito permanente de la información que se ha acumulado a lo largo de la vida, retiene información que se transfiere de la memoria a corto plazo, como conocimientos, experiencias, habilidades que hemos adquirido, por ejemplo, fechas de nacimientos, recuerdos de experiencias pasadas, conducir, lavarnos los dientes, y otras habilidades necesarias en la vida diaria, etc. Este tipo de memoria es compleja, pues se divide en dos grandes estructuras que son la memoria explícita o declarativa



y la memoria implícita o procedimental. A continuación se hará mención de cada una de ellas y su relación con el proceso de envejecimiento.

*La memoria declarativa:* esta almacena contenidos informativos, es una memoria que incluye cualquier conocimiento que pueda ser expresado. A su vez se divide en episódica y semántica.

*La memoria episódica:* esta incluye información sobre recuerdos concretos y que forman parte de la experiencia personal, son activamente recuperados utilizando información sobre cuándo y dónde se ha dado un determinado acontecimiento. Por ejemplo: cuando vio por última vez a alguien, lo que hizo la noche del jueves, o que desayunó la semana pasada. Es el componente de la memoria a largo plazo que tiene mayor probabilidad de deteriorarse con la edad, los ancianos tienen menos capacidad para recordar momentos concretos y específico.

*La memoria semántica:* incluye toda la información general y los conceptos disponibles pero que no están asociados a un contenido en particular. Se refiere a los conocimientos en general. En la memoria semántica esta almacenada el conocimiento sobre el lenguaje y el conocimiento general sobre el mundo, por ejemplo: el significado de las palabras, lo que una persona sabe de biología o español, etc. En general este tipo de memoria en los mayores es tan buena, incluso mucho mejor que en adultos jóvenes, incluso el vocabulario y las reglas de lenguaje pueden incrementarse.

*La memoria procedimental:* Implica capacidades y conocimientos que influyen en la realización de una tarea, incluye habilidades motoras, hábitos y formas de hacer las cosas, las cuales han sido muy practicadas y por lo tanto son automáticas. Esta memoria no es afectada en el envejecimiento normal.

Por otra parte, **la inteligencia** puede ser entendida como la capacidad de adaptación al medio o como el conjunto de competencias que permiten resolver problemas contextualmente relevantes.

Se distinguen dos tipos de inteligencia, es así como la *inteligencia fluida*, es la capacidad de razonar bien ante situaciones novedosas, implica razonamiento rápido, destrezas no tan dependientes de la experiencia, refleja al sistema nervioso central en su punto fisiológico, lo cual implica el declive de la velocidad del procesamiento de los sistemas neuronales, este tipo de inteligencia se desarrolla hasta la madurez y después disminuye notablemente. *La inteligencia cristalizada*, es evaluada por tareas de alto significado cultural, pues implica experiencia, aprendizaje y conocimiento acumulado, por ejemplo el vocabulario y la comprensión, este tipo de inteligencia permanece estable en edades avanzadas, siempre y cuando se dé un proceso de envejecimiento normal, es decir sin patología.

Con lo analizado anteriormente se puede concluir que como parte del proceso de la vida, al llegar a la vejez se produce declive en algunas áreas de funcionamiento cognoscitivo, por ejemplo la memoria de trabajo y la episódica, mientras que otras capacidades permanecen estables. Sin embargo no se puede generalizar, por lo que habrá personas mayores que sigan manteniendo la misma eficiencia en sus funciones cognitivas y también personas cuyas capacidades declinan tempranamente. Para finalizar es importante tener presente, el coeficiente intelectual, el nivel de educación, el entrenamiento profesional y la clase social, ya que influyen considerablemente en la funcionalidad cognitiva, aumentando la vulnerabilidad de padecer deterioros cognitivos graves como la demencia, afectando el bienestar y la funcionalidad del anciano, es por ello que el deterioro cognitivo se considera como un indicador de calidad de vida con relación a la salud mental.

### **2.2.1.3 CARACTERÍSTICAS SOCIALES EN LA TERCERA EDAD.**

Como parte de la sociedad, el sector de la población envejecida muestra numerosos cambios a nivel social, que los hace más vulnerables, dichos cambios se dan a nivel laboral y familiar, es importante mencionar que estos influyen significativamente originando una la disminución en la frecuencia de contactos sociales en la etapa de la vejez.

Con relación al ámbito laboral, se presenta el retiro del trabajo comúnmente conocido como *la jubilación*, el cual representa un cambio de rol para el adulto mayor. La jubilación es en la sociedad actual uno de los cambios o eventos más significativos para la vida de las personas, ya que el trabajo fuera del hogar tiene importancia como una fuente de identidad social y personal, y se asocia con la productividad, generalmente el retiro se da entre los 65, 60 y 55 años o antes.

Es así como la jubilación puede verse desde dos puntos de vista:

1.- Las personas que viven esta situación como el paso a una nueva etapa de vida y puede ser vista como una oportunidad para hacer cosas que antes no había podido hacer o para aumentar la interacción social, ya sea con la familia, la pareja, los hijos y los amigos.

2.- Por otro lado la jubilación puede verse como algo totalmente negativo, el anciano se enfrenta a un mayor tiempo libre, con el que no sabe qué hace. Ante esta situación emanan sentimientos de inutilidad y pérdida de prestigio, y en extremo puede generar estados depresivos.

Sin embargo la manera de afrontar el retiro laboral tienen que ver con dos factores: los personales y los económicos. Es así como Fernández-Ballesteros, et al. (2007) refiere lo siguiente:

Una persona jubilada que sea optimista ante la vida, que goce de buena salud y no tenga preocupaciones económicas podrá afrontar su retiro laboral con un mayor éxito de adaptación a la nueva situación socio-familiar. Por el contrario, una persona centrada en el trabajo, con escasas relaciones sociales fuera de aquel, con dificultades económicas y mala salud, se enfrenta a la jubilación como un castigo difícil de superar (p.130).

Aunque como se mencionó anteriormente la forma de afrontar la jubilación depende de factores personales y económicos, se profundizará en el ámbito económico por la importancia que tiene en el sostenimiento de las necesidades y con ello en el bienestar de los mayores.

De acuerdo a lo anterior Sánchez (1990) menciona lo siguiente “La consecuencia mayor y más inmediata del retiro es la economía, ya que muchas personas tienen que ajustar el presupuesto porque los ingresos tienden a reducirse” (p. 79).

Ante la eventualidad del retiro laboral, se recibe lo que se conoce como pensión, esta es la forma más común de seguridad social que se les da a los jubilados, la cual suele ser la mayoría de las veces insuficiente. Ya que los trabajadores que se retiran y gozan de una pensión suficiente y decorosa, sólo tiene aproximaciones en algunos países de gran desarrollo, por lo que está muy distante de las posibilidades de la seguridad social en México. Si bien el adulto mayor puede contar con ahorros, es poco común; debido a las escasas posibilidades económicas de la población y la gran inequidad de la distribución de la riqueza, son muy pocos los trabajadores que llegan a la

edad avanzada con ahorros suficientes, sin embargo otras fuentes de ayuda económica pueden ser: familiar, las redes sociales de apoyo formal, programas de beneficencia, etc.; estas muchas veces terminan siendo escasas para cubrir adecuadamente el sustento en la vejez, por lo que la situación precaria de los ancianos y la insuficiencia del sistema de pensiones obliga a permanecer activo y buscar un trabajo informal, el cual consiste en actividades económicas independientes, ya que algunas veces los adultos mayores que se jubilan se encuentran en posibilidades de funcionamiento físico y mental que les permita seguir activos, pero la discriminación social con respecto a sus capacidades para ser productivos y útiles, muchas veces les limitan y restringen las posibilidades de conseguir empleos, sin embargo el empleo informal es una oportunidad de aumentar su ingreso económico.

Aunque dos terceras parte de la población económicamente activa se dedica durante toda su vida a laborar en el empleo informal, y sabiendo que la pensión solo la reciben las personas que estuvieron inmersas en el empleo formal, es obvio que quedan fuera los beneficios de la seguridad social por pensión todas las personas que laboran por cuenta propia en ocupaciones informales, quienes no tienen organizaciones que los respalde, sin embargo también envejecen, y para ellos serán otras condiciones las que determinen su paso por la tercera edad.

Sin embargo, conforme se acumulan los deterioros físicos y mentales y los desgastes repercuten en la capacidad y rapidez de respuesta ante las exigencias de trabajo, disminuyen los niveles de productividad y también incrementan los riesgos laborales, por lo que para cualquier trabajador, cualquiera que sea su ocupación, con el avance en la edad necesariamente impone menor actividad, hasta que se detiene por completo, ocasionando con ello disminución del poder adquisitivo.

De esta manera podemos decir que como resultado del envejecimiento individual, se reduce poco a poco hasta que declina la capacidad de trabajo y con ello el ingreso económico necesario para cubrir las necesidades de las personas de edad avanzada y ante tales situaciones el apoyo de la familia será de gran importancia.

Como se mencionó al inicio de este apartado, otro de los cambios de la función social se da en relación a la familia. Para iniciar es importante mencionar que la familia y los hijos son la fuente primordial de apoyo social, y uno de los cambios que el adulto mayor tiene que vivir entrada la vejez es la *marcha de los hijos del hogar*, y afecta más a la mujer que al hombre, ya que es ella, la que generalmente se ha hecho cargo directamente del cuidado de los hijos, pues comúnmente el hombre se enfocó en el aspecto laboral. Sin embargo como refiere Belart y Ferrer (1998) “El objetivo principal de la crianza de los hijos es cumplir con el ciclo de la vida, es decir, que el hijo se emancipe y forme su propia familia, a la vez que los padres vuelvan a quedarse solos como antes de la descendencia” (p.191). Por lo que la salida de los hijos de casa es otra de las pérdidas que tendrá que afrontar el adulto mayor, ya que al llegar a la vejez los hijos son los principales proveedores principalmente de apoyo emocional y económico, pero los hijos tienen que formar una familia o salir a independizarse. Pero si no existe una adaptación a este cambio según cita Fernández- Ballesteros, et al. (2007) “Tras la marcha del hogar de sus hijos experimentan una sensación de vacío y soledad que puede llevarles a un estado depresivo, si no se interviene a tiempo” (p.131).

Con la salida de los hijos, se queda la pareja, ofreciendo una oportunidad de apoyo mutuo, para así adaptarse más fácilmente al cambio familiar, y vivir juntos el proceso de irse haciendo mayor.

Por lo que contar con el cónyuge, muchas veces representa beneficios primordiales como son la satisfacción sentimental y psicológica de la compañía, la posibilidad de atención, cuidados mutuos y la oportunidad de apoyo material y moral. De esta manera, una marca emocional y social del envejecimiento individual es el estado de soledad y la falta de apoyo que viene con la viudez, es así que la *muerte del cónyuge* es otro de los cambios que se experimenta a nivel familiar y que pone en riesgo el bienestar del adulto mayor. Afrontar la muerte de un cónyuge es un proceso doloroso, incluso se considera de las pérdidas que más impacto tienen en el estado emocional del ser humano, sobre todo en la vejez, pues se han establecido lazos significativos con esa persona a lo largo de la vida. De acuerdo con lo anterior Castro (2009) menciona lo siguiente “Al fallecer la pareja, el doliente que sobrevive teme no poder salir adelante solo, su mundo hasta entonces seguro y confiable se torna confuso e impredecible” (p.42).

Sin embargo, la viudez no tiene el mismo efecto en ambos sexos, para ello es importante mencionar que estadísticamente sobreviven más las mujeres por lo tanto hay más viudas que viudos, esto debido a que generalmente las mujeres viven más años, y a que por lo común las mujeres se casan con hombres de más edad que ellas.

De esta manera, la viudez tanto en hombres como en mujeres supone consecuencias negativas. De acuerdo a esto Fernández- Ballesteros, et al. (2007) menciona que: “En términos generales, la viudedad tanto en hombres como en mujeres produce efectos muy negativos tanto para la salud física como la psicológica. La probabilidad de enfermedad (y aun de muerte) se incrementa en los seis meses siguientes a la muerte del cónyuge” (p.132).

Una vez que el adulto mayor queda viudo, será importante el apoyo que brinde la familia e incluso de las amistades; pero principalmente de los hijos,

de quienes será importante el vínculo que establezcan mediante contactos frecuentes, apoyo, aceptación, respeto y servicios de cuidado y de salud. Sin duda al morir el cónyuge, los hijos son el principal apoyo ante las situaciones de crisis que pueda experimentar el adulto mayor, sin embargo si estas relaciones de apoyo no se dan, aumentan los sentimientos de soledad, inseguridad, angustia y depresión en el adulto mayor.

De acuerdo con esto Papalia, et al. (2005) refiere lo siguiente:

El abandono a los abuelos es una forma de abuso a los ancianos: maltrato o descuido de ancianos dependientes o violación de sus derechos personales. El maltrato a los ancianos cae en cualquiera de las cuatro categorías: 1) violencia física con intención de lastimar; 2) abuso psicológico o emocional, que puede incluir insultos y amenazas; 3) explotación material o malversación de dinero o propiedades; y 4) negligencia, falla intencional o no intencional en la satisfacción de las necesidades de un anciano dependiente (p. 742).

Y aunque los diversos tipos de maltrato suelen darse incluso en instituciones dedicadas a la atención a este grupo poblacional, estos tipos de abusos son más comunes a presentarse dentro de la familia, principalmente por parte de los hijos quienes son los principales cuidadores. Indudablemente los aspectos que principalmente afectan la dignidad de los ancianos, están representados por el abandono, el maltrato y la violencia, que repercuten física, psicológica, emocional y económicamente.

De esta manera, el maltrato al adulto mayor continuará mientras existan los prejuicios y mitos alrededor de la vejez, también es importante mencionar que el abandono y maltrato son resultado de los valores, las prioridades y metas de las personas, las familias y la sociedad y sobre todo de un



desconocimiento por parte de la sociedad en general e incluso de la familia sobre los derechos de los adultos mayores.

De ahí que los derechos de los adultos mayores (Véase anexo 1); se han convertido en un tema de interés los últimos años, los cuales brindan protección ante situaciones como las antes mencionadas y abren una amplia gama de posibilidades de atención y beneficio para este grupo de la población, y sobre todo enfocados a erradicar la discriminación y mejorar la calidad de vida de las personas de edad avanzada.

Para finalizar es importante mencionar que estos cambios que se dan en la función social en la vejez (jubilación, salida de los hijos del hogar, muerte del cónyuge y maltrato) son importantes impulsores de la disminución de las relaciones sociales en las personas de edad avanzada, haciéndolas más tendientes al aislamiento y soledad, repercutiendo directamente en la salud y en el bienestar, por lo que son más propensos a disminuir su vida social.

De esta manera, podemos concluir que la satisfacción con los contactos y apoyos sociales que reciba el adulto mayor, son indicativos del bienestar en los mayores, por lo que puede considerarse un impulsor de la calidad de vida en la vejez.

### **2.2.2 CALIDAD DE VIDA CON RELACIÓN A LA SALUD EN LA TERCERA EDAD.**

En la actualidad son muchos los esfuerzos que se hacen para lograr una nueva cultura de envejecimiento saludable, en realidad es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, mentales y sociales, es por eso que

los planes gerontológicos se enfocan en el mantenimiento y prolongación de estos factores, buscando así un modelo de envejecimiento saludable y exitoso; ya que actualmente con el acelerado envejecimiento demográfico y la tecnología médica, existe menor índice de mortalidad y más esperanza de vida en cantidad de años, pero no necesariamente en calidad de vida, desde esta perspectiva el objetivo principal es mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, ya que no sólo se trata de vivir más años, sino de dar vida de calidad a los años.

Por lo que se considera de importancia medir la calidad de vida en este grupo poblacional. Referente a lo anterior García, Rabadán & Sánchez (2006) mencionan lo siguiente:

Las personas mayores experimentan, a lo largo de la vejez, una serie de pérdidas o disminuciones de las condiciones o componentes vitales que habitualmente forman parte de la vida, por lo que su calidad de vida se ve afectada de manera negativa (p.55).

Es importante señalar que el concepto de calidad de vida es un concepto complejo, abordado desde distintos enfoques según las diversas disciplinas, por lo que el investigador que lo use debe dar una definición válida para sus propósitos y aclarar los indicadores útiles para su investigación.

Es así que el concepto de calidad de vida que será utilizado para esta investigación de acuerdo a Arbonés y Roset es el propuesto por la OMS, la cual la define como “La percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” (p.13).

Y de acuerdo a Reynoso & Seligson (2002) pueden identificarse tres perspectivas de estudio de la medición de la calidad de vida:

- 1.- Calidad de vida en general
- 2.- Calidad de vida relacionada con la salud
- 3.- Calidad de vida específica para cada enfermedad (p. 207).

De esta manera la presente investigación se enfoca en determinar la calidad de vida con relación a la salud de los adultos mayores que formarán parte del estudio. Es así que Reynoso & Seligson (2002) mencionan que para la OMS, la salud se entiende como “El completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (p.18).

Por lo que se puede inferir que la esencia del concepto de calidad de vida para la presente investigación es la percepción del adulto mayor sobre su estado de bienestar físico, psíquico y social. Y como es un concepto dinámico, por ello, diferentes términos se han utilizado para hacer referencia a una misma idea, es así que calidad de vida, bienestar, satisfacción suelen ser utilizados indistintamente. Por lo que es claro que la calidad de vida con relación a la salud es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona de su situación física, mental y social.

La calidad de vida como objeto de estudio de la psicología cobra relevancia por tratarse de un componente central del bienestar humano, de ahí que las intervenciones de los planes gerontológicos están dirigidas a prolongar el bienestar, físico, mental y social, lo que constituye el componente básico de la calidad de vida en la vejez.

Es importante señalar que existen varios instrumentos para medir la calidad de vida en la tercera edad, sin embargo, para fines de esta investigación es

importante referir el desarrollado en 1991 por la División de la Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), conocido como WHOQOL, el cual surge como una necesidad de una medida internacional de la calidad de vida y de la promoción holística de la salud.

Para diseñar este instrumento se dieron varios procedimientos para que se estableciera como una medida válida y confiable en un rango amplio de culturas diferentes, es así como la OMS estableció un panel de expertos internacionales de 15 centros alrededor del mundo, los 15 coincidieron en los aspectos que deberían de tomarse en cuenta para que una evaluación caracterizara a la calidad de vida. De esta manera, se definieron cuatro dominios a evaluar: salud física, psicológica, relaciones sociales y medioambiente. Posteriormente todos los centros contribuyeron a la elaboración de los reactivos de cada uno de los dominios, llegando a tener 1,800 ítems, los cuales después de analizar se excluyeron los que eran equivalentes, reduciéndolos a 1,100 ítems; en una segunda revisión al organizar los reactivos más significativos quedaron en un total de 236 preguntas en la primera versión piloto del WHOQoL, posteriormente sólo quedaron 100 en la versión WHOQoL-100. Y para finalizar en una última revisión se redujo el número de reactivos en una versión breve del WHOQoL, el cual contiene 26 preguntas, de las cuales 24 corresponden a los dominios de salud física, psicológica, relaciones sociales y medioambiente y dos preguntas globales referentes a la calidad de vida y el estado de salud generales.

Finalmente Reynoso & Seligson (2002) consideran que el WHOQoL, "Es un instrumento confiable y válido, utilizable en diferentes culturas, con diferentes objetivos, ensayos clínicos, en estudios comparativos de evaluación de resultados o en estudios epidemiológicos, donde la calidad de vida sea la variable central bajo estudio" (p.210).

### **2.2.2.1 INDICADORES DE SALUD FÍSICA DETERMINANTES EN LA CALIDAD DE VIDA.**

Como se ha mencionado anteriormente el adulto mayor experimenta como parte del proceso de envejecimiento declives en sus órganos y sistemas corporales, que si bien no necesariamente implica la existencia de enfermedades, si existe mayor vulnerabilidad a padecerlas. Y aunque muchas enfermedades hoy en día pueden ser controladas o aliviadas, existen otras que por su grado de severidad afectan la calidad de vida del adulto mayor. Los indicadores que se consideran importantes para conocer la calidad de vida que tiene el anciano con respecto a su salud física son los siguientes:

#### **2.2.2.1.1 AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD.**

La autopercepción de la salud, es un robusto indicador de la calidad de vida, ya que el hecho de que el adulto mayor se sienta bien o mal determina el propio desarrollo de su vida diaria y su bienestar. La percepción de la salud no depende del número de diagnósticos o enfermedades que se padecen, si no que dependerán en mayor grado de lo que la enfermedad distancie al adulto mayor de la posibilidad de realizar su vida cotidiana.

La autopercepción de la salud es un simple pero efectivo indicador del estado de salud, que predice las necesidades asistenciales, pues el hecho de que una persona considere tener un buen estado de salud, determina un buen estado de funcionalidad en sus actividades; por el contrario la percepción mala o muy mala de salud es un determinante de caer en dependencia; y por lo anterior, es que la autopercepción de la salud en la vejez se considera como un indicativo de la calidad de vida.

### **2.2.2.1.2 CAPACIDAD FÍSICA FUNCIONAL.**

Se entiende por capacidad física funcional, el grado de independencia que tiene el adulto mayor en la realización de las actividades de su vida cotidiana. De acuerdo a esto, Rubio & Sánchez puntualizan que “La capacidad funcional según la OMS, es la mejor manera de medir la salud del anciano en términos de función física” (p. 20).

Como se mencionó anteriormente existen padecimientos crónicos como las enfermedades osteoarticulares, cardiovasculares, enfermedades neurológicas como el mal de Parkinson, privación sensorial por mencionar algunos; que afectan negativamente la calidad de vida, al disminuir la capacidad de funcionar de manera independiente.

De acuerdo a lo anterior Fernández- Ballesteros, et al. (2007) mencionan:

Las habilidades funcionales se definen como aquel conjunto de destrezas que se requieren para llevar una vida independiente y que poseen las personas para desenvolverse por sí mismas en su entorno próximo. Las actividades funcionales son también denominadas: actividades de la vida diaria, y son un factor determinante a la hora de valorar la calidad de vida de las personas mayores (p.43).

Por lo que la incapacidad física se debe a la mayor fragilidad de las personas mayores; pues se produce mayor vulnerabilidad de sufrir diversas enfermedades, por lo que estas personas tienen apenas la fuerza suficiente para hacer su vida normal en sus actividades cotidianas, y son más propensos a sufrir un deterioro que los haga físicamente dependientes de otras personas, es por ello que la pérdida de capacidad física funcional es uno de los principales determinantes en la calidad de vida en la vejez.

## **2.2.2.2 INDICADORES DE SALUD MENTAL DETERMINANTES EN LA CALIDAD DE VIDA.**

“La salud mental se refiere al bienestar emocional y psicológico del individuo, en el cual éste puede utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, funcionar en sociedad y resolver las demandas ordinarias de la vida diaria”, lo anterior referido por (Hernández Pérez, 2009, p. 76).

Es así que en apartados anteriores se analizaron las características psicológicas que se presentan como parte del proceso de envejecer, en donde se mencionaron los principales cambios a nivel afectivo y cognitivo que puede presentar el adulto mayor, por esa razón se puede inferir que existen diversos factores en la etapa de la vejez que pueden contribuir a la afectación del bienestar afectivo y cognitivo repercutiendo así en la salud mental del anciano. Es por lo anterior que se enfatiza en dos indicadores de la salud mental determinantes en la calidad de vida en la vejez.

### **2.2.2.2.1 LA DEPRESIÓN.**

La vejez es un periodo crítico de la vida en el que el individuo debe hacer frente a una serie de circunstancias personales, laborales, familiares y culturales, que modifican la percepción de sí mismo y afectan la propia identidad, pudiendo aumentar la vulnerabilidad a la depresión, la cual se considera como uno de los trastornos afectivos más comunes entre las personas de edad avanzada, que si bien no es propio de esta etapa de la vida, si es muy común. De ahí que las evaluaciones gerontológicas respecto a la valoración afectiva se centren en la depresión, ya que muchas veces padecerla puede agravar una enfermedad física o mental y aumenta la incapacidad. De esta manera y de acuerdo con Jaspers (2006) “Los

síntomas de depresión son indicadores importantes del bienestar general y específicamente de la salud mental de las personas mayores” (p. 67).

Durante la tercera edad, las razones para padecer depresión son múltiples, pero no por ello se debe pensar que es normal que las personas mayores se sientan deprimidas, pero muchas veces no es así, ya que socialmente se tiene la concepción errónea de que la depresión es un aspecto normal de la vejez, por ello hasta hace poco tiempo, se había prestado poca atención a la aparición de comportamientos depresivos en los ancianos. Es importante mencionar que la depresión afecta más al género femenino, sin embargo la prevalencia tiende a ser similar después de los 85 años.

Es así que cuando aparece la depresión en esta etapa de la vida puede deberse a diversas causas, por citar algunas, se encuentran: efectos secundarios de algunos medicamentos, muerte de un ser querido, especialmente si se trata de su pareja, otra causa puede ser padecer enfermedades físicas que le ocasionen mayor discapacidad funcional, por otra parte se encuentra la soledad o aislamiento resultado de la pérdida de seres queridos, dificultades de desplazamiento, limitaciones perceptivas, etc., otros factores pueden ser el abandono o la incompreensión familiar, la jubilación, déficit de contactos y apoyos sociales y la pérdida del poder adquisitivo. De ahí que es de suma importancia detectar a tiempo los síntomas depresivos que pudieran manifestarse, puesto que afectan de manera negativa el bienestar y calidad de vida del adulto mayor. Para finalizar es importante retomar lo expuesto por Rubio & Sánchez:

Parece probada la relación existente entre la depresión y una menor calidad de vida, un incremento de las enfermedades psíquicas y físicas, y una muerte prematura. En este sentido, la depresión en el anciano se ha asociado a un deterioro del bienestar y de los niveles de funcionamiento cotidiano (p. 113).



### **2.2.2.2.2 DETERIORO COGNITIVO.**

Anteriormente se ha mencionado cómo con el paso de los años se produce un declive cognitivo en algunas de las funciones mentales, mientras otras permanecen estables, este declive está asociado directamente a la menor eficiencia del funcionamiento del Sistema Nervioso Central que ocurre con el paso del tiempo, por lo que se considera como parte del normal de envejecimiento. Sin embargo, el deterioro cognitivo, no se considera como parte del proceso de envejecimiento, pues éste se caracteriza por la afectación de la funcionalidad intelectual, social y productiva.

De lo anterior Arronte et al. (2008), se refieren al deterioro cognitivo como:

Las alteraciones en las funciones cerebrales superiores, caracterizados por problemas de la memoria (preocupantes para la persona), alteraciones de lenguaje (para comprender, escribir o leer palabras), problemas para reconocer, lugares, personas o cosas, dificultad o imposibilidad para llevar a cabo tareas motoras programadas como lavarse los dientes, abotonar la ropa, y desorientación en espacio, tiempo y persona (p.156).

Dependiendo de su severidad, el deterioro cognitivo en grados muy avanzados puede revestir características diferentes; la demencia es quizás la más angustiante de estos problemas. En apartados anteriores se habló sobre la demencia, la cual se considera como parte del envejecimiento patológico por el grave e irreversible deterioro funcional que produce, es por ello que se considera de suma importancia evaluar el deterioro cognitivo, ya que si es detectado a tiempo se puede reducir la velocidad de declinación, mediante intervenciones de estimulación cognitiva y así prevenir el deterioro cognitivo severo y con ello el desarrollo de la temida demencia.

Sánchez, Rubio, Rodríguez & Japón mencionan que “La función cognitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales, tales como el pensar, recordar, percibir, orientarse, etc. Esta función incluye memoria, orientación, percepción, atención, juicio, inteligencia, capacidad de aprendizaje, tiempo de reacción y habilidad psicomotora” (p.96).

Y es de esperarse que con el deterioro de la función cognitiva se afecta gravemente la vida normal de cualquier persona, tanto en lo que se refiere al desenvolvimiento de su independencia, autonomía, como a sus posibilidades relacionales, tanto afectivas como sociales, afectando así su bienestar y calidad de vida. De ahí la importancia de mantener un adecuado funcionamiento cognitivo que permita al adulto mayor desarrollarse de manera independiente en su vida diaria.

Para finalizar es importante mencionar lo expuesto por Jaspers (2006) pues menciona que “Uno de los principales determinantes de la calidad de vida de las personas mayores es la función neurocognitiva, puesto que su deterioro afecta la capacidad de vivir en forma independiente y productiva” (p. 64).

### **2.2.2.3 INDICADORES DEL ÁMBITO SOCIAL DETERMINANTES EN LA CALIDAD DE VIDA.**

A nivel social el foco de atención se centra en la importancia de los apoyos sociales en las personas mayores, ya que en la vejez puede existir mayor vulnerabilidad en la salud (física o mental), pero también es una etapa de la vida en la cual con mayor probabilidad se experimenta el debilitamiento de las redes sociales a consecuencia de la pérdida de la pareja, la salida de los hijos del hogar, y la jubilación, por citar algunos; Por lo común, las redes de apoyo de las personas mayores suelen ser más reducidas que las existentes

en otras etapas de la vida, es por ello que se considera como un importante indicativo de la calidad de vida en la tercera edad.

Para iniciar es importante diferenciar entre red social y apoyo social. De acuerdo a Guzmán, Huenchuan & Montes de Oca (2003) se refieren a las *redes sociales como:*

Una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto” (p.3).

Y el *apoyo social* según refiere Rodríguez “Constituye la forma de ayuda que una persona puede recibir proveniente de sus redes sociales” (p.37). Es importante resaltar que estos apoyos pueden ser materiales, instrumentales, emocionales e informativos; cuyas características son las siguientes:

- Los apoyos materiales, implican un flujo de recursos monetarios y no monetarios bajo la forma de otras formas de apoyo material (comidas, alojamiento, ropa, pago de servicios, etc.)
- Los apoyos instrumentales, pueden ser el apoyo de transporte, la ayuda en labores del hogar, el cuidado y el acompañamiento.
- Los apoyos emocionales, incluye al afecto, la escucha, el reconocimiento, la confianza, la empatía, es decir; sentirse querido por las personas allegadas, relacionarse con ellas, poder expresar opiniones, sentimientos, intercambiar expresiones de afecto, etc.
- Los apoyos informativos, se refieren al intercambio de experiencias, a la transmisión de información (significado), al dar consejos que permiten entender una situación y afrontar situaciones difíciles.

Estos tipos de apoyo dependen de dos fuentes: las redes formales e informales, las cuales se describirán a continuación:

### **2.2.2.3.1 REDES DE APOYO INFORMAL.**

En este tipo de red se distinguen los apoyos familiares, extrafamiliares y comunitarios.

*La red de apoyo informal familiar:* son las relaciones personales que se establecen al interior del hogar con el *cónyuge o los hijos*, o fuera de él con *familiares próximos*, a partir de lazos de parentesco. Las formas más comunes de apoyo para las personas mayores suele darse principalmente en forma material y emocional, sin que se descarte el instrumental e informativo, el apoyo brindado por la familia se considera la base de las diferentes redes de apoyo social.

*Redes de apoyo informal extrafamiliar:* son los vínculos personales establecidos con *amigos*, que pueden ser fundamentales en la provisión de diferentes tipos de ayuda, los vínculos de amistad están establecidos por intereses comunes y actividades compartidas, aficiones, manera de pensar en común. Dentro de esta categoría se encuentran también las *redes comunitarias*, las cuales se distinguen de otras redes sociales porque remiten a las colectividades en vez de a individuos o familias, estas se gestan a través de grupos organizados con el que está vinculado y participa activamente el individuo

Los grupos de adultos mayores pertenecen a esta red, ya que son grupos informales compuestos principalmente por personas adultas mayores. Estos grupos han sido formados, en unos casos, por iniciativa de diversos

mediadores institucionales y civiles, como los clubes de la tercera edad creados por el INAPAM, el DIF, el IMSS, el ISSSTE y las Jefaturas delegacionales; también por religiosos, como los grupos parroquiales; por partidos políticos; o por iniciativa de los movimientos de jubilados y pensionados, muchos de los antes mencionados se enfocan en el desarrollo de programas y proyectos mediante los cuales se intercambian diferentes apoyos de carácter emocional, material, instrumental e informativo para las personas mayores.

### **2.2.2.3.2 REDES DE APOYO FORMAL.**

La red formal está integrada por las instituciones de organismos públicos o privados dedicados a proporcionar diversos servicios o apoyos asistenciales a la población adulta mayor en función de sus condiciones de salud, situación socioeconómica o carencia de información.

Las instituciones públicas o gubernamentales, han sido creadas para atender una diversidad de necesidades de los adultos mayores en situación de indigencia, abandono parcial, sufrimiento, vulnerabilidad y pobreza.

De acuerdo a Guzmán, et al. (2003) “Los mecanismos formales de apoyo social destaca el papel de los sistemas de seguridad social” (p.3).

En México, el sistema de seguridad social incluye servicios médicos, pensiones y otras prestaciones sociales y económicas, pero actualmente, más del cincuenta por ciento de la población no cuenta con cobertura de seguridad social. En nuestro país existen tres organismos fundamentales de la seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

(ISSSTE) y el Sistema de Seguridad Social Popular (SISSP) este último creado más recientemente.

Durante la vejez los principales apoyos que se reciben de los sistemas de seguridad social esta enfocados a cubrir las demandas de los servicios de salud y la seguridad económica a través de las jubilaciones y pensiones.

Con relación a la atención de la salud; se encuentran los servicios sanitarios los cuales vigilan y atienden los problemas de salud de la población en general. Aunque es importante mencionar que existen servicios de salud del sector privado, pero por sus elevados costos sólo son demandados por estratos socioeconómicos medios y altos.

Sin embargo con el acelerado crecimiento de población de gente grande, siguen siendo insuficientes los recursos financieros para cubrir los servicios de atención en el marco de la salud. También hoy existen pocos médicos especializados en geriatría, para tratar los padecimientos de salud propios de las edades avanzadas.

Por otro lado, con relación a las pensiones para la población envejecida, el sistema de pensiones constituye la única fuente de ingresos monetario después de la separación del empleo por retiro o jubilación. Los programas de jubilaciones y pensiones forman parte del sistema de seguridad social, y constituyen una de las fuentes formales de seguridad económica de las personas mayores. Sin embargo sólo una parte de la población tiene acceso a este beneficio y principalmente los hombres quienes comúnmente están inmersos en el empleo formal y asalariado. Aun así los montos de las pensiones en países en desarrollo como México, en muchos casos insuficientes para cubrir de manera satisfactoria las necesidades de los personas de edad avanzada.

Por otra parte es primordial mencionar que existen otras instituciones que forman parte de la red de apoyo formal en la vejez, estos son: El Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (INAPAM) Y El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) local o estatal, cuyos apoyos a la población envejecida consisten en atender las necesidades concretas de adultos mayores en situación de desventaja social, a través de medicamentos o aparatos funcionales requeridos por los adultos mayores (andaderas, anteojos, sillas de rueda, aparatos de sordera, camas de agua, bastones, concentrador de oxígeno, etc.); servicio médico, ayuda económica y alimentaria o despensas; también se distinguen por abrir espacios como estancias de día y/o clubes de la tercera edad, cuyos programas se enfocan en el apoyo emocional y el fortalecimiento de la autonomía, autoestima, fortalecer lazos familiares y de amistad, también se realizan ejercicios físicos, actividades ocupacionales y/o recreativas.

Es fundamental señalar que existen otros institutos que se enfocan en atender y salvaguardar a la población envejecida, por ejemplo en el Estado de Hidalgo se encuentra el Instituto Hidalguense del Adulto Mayor, que a nivel municipal abre espacios denominados “Centros de Atención Gerontológica Integral”.

Y para finalizar este apartado es importante señalar que en el municipio de Huejutla se brinda por parte del Gobierno Federal a través de la Secretaría de Desarrollo Social, mejor conocida como SEDESOL, el apoyo económico conocido como “70 y más”, el cual se proporciona a las personas que tengan 70 años cumplidos y que formen parte de la población rural del municipio, por lo que constituye una fuente de ayuda económica para esta población.

Con lo analizado anteriormente podemos decir que el apoyo social recibido de las diferentes redes sociales favorece el desarrollo psicológico y social, además de contribuir al mantenimiento de una mejor salud física y mental.

Es por ello que Pillemer, citado por Guzmán, et al. (2003), menciona que

Las investigaciones llevadas a cabo en diversas partes del mundo subrayan los efectos positivos de los apoyos sociales y el desempeño de roles significativos en la sociedad en la calidad de vida de las personas y en especial de las adultos mayores (p.11).

De esta manera mientras más activo socialmente se encuentre el anciano y más satisfecho esté con los apoyos sociales recibidos, esto contribuirá a su bienestar; esto se debe por una parte, por la reducción de los sentimientos de aislamiento e indirectamente a través de la promoción de conductas saludables que provocan el aumento de los recursos y opciones relacionados con la salud, ya que las personas que se encuentran más apoyadas pueden hacer frente a las enfermedades y al estrés, así como a las dificultades propias de esta etapa de la vida. Así mismo las relaciones de calidad pueden tener efectos en los niveles de depresión y también impactan la frecuencia de enfermedades padecidas. De ahí que la satisfacción y la calidad de los apoyos brindados por las redes sociales sean un indicativo de la calidad de vida en la vejez.

Pero es necesario señalar que es más importante el grado de satisfacción que se tengan de las relaciones y los apoyos sociales recibidos, que la frecuencia y cantidad de éstos. Ya que la efectividad del apoyo social como potenciador de la calidad de vida depende de la interpretación y valoración subjetiva que el adulto mayor hace de ese apoyo. Un apoyo innecesario o no deseado aún cuando sea bien intencionado, puede tener efectos



contraproducentes al producir dependencia y afectar negativamente la autoestima, por ejemplo con relación a la familia, recibir apoyos en las tareas diarias, aun sabiendo que la persona mayor tiene un buen grado de funcionalidad, puede hacer que la persona se vaya debilitando gradualmente y pierda su habilidad para realizar ciertas tareas. Adicionalmente, puede aumentar su sentido de dependencia, afectando así su autoestima.

De esta forma una persona puede tener un gran número de redes sociales que le brinden apoyo (emocional, instrumental, material o informativo), pero esto no quiere decir que la percepción que tenga de ese apoyo recibido sea satisfactoria; por el contrario una persona puede sentirse satisfecha del apoyo social que recibe aunque sus redes de apoyo estén reducidas. Por lo tanto la percepción subjetiva del apoyo social, actúa en forma más clara como indicador de satisfacción, que la cantidad de apoyo que pueda tener.

## **2.3 POR UNA CULTURA DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE.**

### **2.3.1 GERONTOLOGÍA: LA CIENCIA DE LA VEJEZ.**

La gerontología como disciplina científica es una ciencia reciente, nacida en el pleno siglo XX, Etimológicamente la palabra “Gerontología” utiliza como raíz los prefijos de origen griego “*gero*” y “*geronto*” (derivados de “*geéras*” y “*géroon*”) que se refieren a la “vejez y al “viejo”; vocablo que junto con la terminación “*logos*” hace referencia al estudio de la vejez y el envejecimiento.

Por lo que algunas definiciones referentes a esta ciencia, son las siguientes:

De acuerdo a Arronte, et al (2008) “La gerontología es la ciencia que estudia el envejecimiento en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales” (p.156). Así mismo con relación al Diccionario de la Real Academia Española: la Gerontología es la ciencia que trata a la vejez y los fenómenos que la caracterizan.

Es así que dado que el envejecimiento es un proceso biopsicosocial, es innegable que la gerontología: ciencia de la vejez, se ocupe del estudio de los aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos. Ya que no se puede separar la esencia constitutiva del individuo en cada uno de sus elementos, sino que se debe ver al envejecimiento como un “todo” compuesto por cada una de las partes y donde el equilibrio de las mismas, traerá consigo en verdadero estado de bienestar para el adulto mayor.

Es por ello que a la hora de estudiar el envejecimiento sea preciso contar con equipos multidisciplinares que puedan abarcar de manera especializada todos los aspectos a estudiar; es decir, los biológicos, los psicológicos, los sociales; cabe mencionar que este abordaje multiprofesional no significa actuación individualizada, sino una propuesta en común para intervenir de manera integral, es así que en Gerontología, un equipo multidisciplinar, ha de estar formado al menos por los siguientes profesionales:

- **Médico:** preferentemente especializado en Geriátrica, la cual es la rama de la medicina aplicada a la edades avanzadas, la cual es una especialidad médica que se ocupa de las enfermedades de las personas mayores, a través del diagnóstico de las enfermedades de la vejez, su curación, rehabilitación y reinserción del enfermo en su hábitat (casa o institución), así mismo se ocupa de la prevención de dichas enfermedades.

- **Psicólogo:** preferentemente clínico, su actuación irá dirigida a la valoración y rehabilitación cognitiva, además del afrontamiento de los problemas afectivos y conductuales. Su intervención podrá abarcar también a la familia.
- **Enfermero:** a través de una formación especializada en enfermería geriátrica, podrá realizar cuidados especializados dirigidos a personas enfermas o institucionalizadas. Además de poder establecer cuidados preventivos y de promoción de la salud y autocuidado.
- **Fisioterapeuta:** utiliza los procedimientos físicos para el tratamiento de personas con incapacidad, enfermedad o lesión, con el fin de mejorar la capacidad funcional de la persona, y evitar una disfunción o deformidad. Sus terapias van dirigidas a reducir la incapacidad física y contribuir al bienestar general del paciente.
- **Logopeda:** su actuar está enfocado en los trastornos de la comunicación y el lenguaje, facilitando la intervención del terapeuta a partir del establecimiento de vías de comunicación.
- **Nutriólogo:** con base a la importancia que una alimentación sana y equilibrada tiene sobre el bienestar de la persona mayor, es necesario que el profesional de la nutrición elabore las pautas alimentarias de las personas mayores, en donde una buena alimentación contribuirá de manera apreciable a conseguir un mejor estado de salud. En este sentido se distinguirá entre las personas mayores potencialmente sanas y las que presentan alteraciones de la salud en donde las normas dietéticas han de ser adaptadas a su estado.
- **Trabajador social:** principalmente ayuda al paciente y a su familia informándoles sobre los recursos sanitarios, sociales y económicos existentes en la comunidad, dirigiendo sobre todo su atención a los menos favorecidos.
- **Terapeuta ocupacional:** es el profesional que a través de diferentes actividades, ayuda a mantener, reeducar y rehabilitar los aspectos

físicos, cognitivos y psicosociales, de esta manera interviene sobre el mantenimiento o recuperación de las funciones esenciales y a promover o mantener la salud. Es decir utiliza la actividad como medio de tratamiento holístico del mayor, como ser biopsicosocial, para conseguir la máxima autonomía funcional y calidad de vida.

Para finalizar es necesario señalar que estos profesionales, serán encuadrados en el equipo mínimo de atención gerontológica, por la importancia directa de su actividad sobre el estado de bienestar de la persona mayor.

### **2.3.2 EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SUS DETERMINANTES.**

Para iniciar este apartado es primordial conocer la definición de envejecimiento activo, es así que Arronte, et al. (2008) lo definen como “El proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social, y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez” (p. 156). De esta forma se considera al envejecimiento activo como la estrategia clave para lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida de las personas adultas mayores.

Este término surge por primera vez, en la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento con el documento que lleva el título: *Envejecimiento Activo: un marco político*; que presidió la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2002, con el fin de diseñar políticas dirigidas a las personas mayores.

Es así que la OMS, define el Envejecimiento Activo como ***El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad,***

con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

Sobre los tres pilares que se desprenden de esta definición: la participación, la salud y la seguridad, la OMS señala una serie de determinantes para favorecer un envejecimiento activo. A continuación se realiza una síntesis de ellos.

### *1.- Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y servicios sociales.*

En esta dimensión se contienen recomendaciones para el impulso y desarrollo de políticas relacionadas con:

- Promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
- El desarrollo de servicios curativos (asistencia sanitaria).
- Los dispositivos para asegurar la asistencia y cuidados de larga duración, tanto informales como profesionales (atención domiciliaria, rehabilitación, cuidados paliativos, centros de día, asistencia institucional, etc.)
- Los servicios de salud mental (prevención y diagnóstico de depresiones, demencias y deterioros cognitivos)

### *2.- Determinantes conductuales*

Se refiere a la adopción de estilos de vida saludable y a la promoción del autocuidado. El documento de la OMS recomienda desarrollar actuaciones en cuestiones como las siguientes: el tabaquismo, la actividad física, la alimentación sana, la salud bucal, el alcohol, el buen uso de los medicamentos y el cumplimiento terapéutico.

### *3.- Determinantes relacionados con factores personales*

Se recomiendan medidas de información y de formación sobre la adopción de estilos de vida adecuados e influir así en factores tanto genéticos y biológicos, como en los psicológicos.

### *4.- Determinantes relacionados con el entorno físico*

Existen obstáculos en el entorno que dificultan el desarrollo de una vida autónoma (barreras arquitectónicas, transporte poco accesible, inexistencia de equipamientos, etc.). Por eso se recomiendan medidas para intervenir, con la finalidad de suprimir las barreras que ocasionen caídas, las cuales suelen desencadenar entre las personas mayores situaciones de discapacidad y dependencia, que frenan la participación social y favorecen la inactividad.

Por lo que hay que prestar especial atención a la vivienda, para que ésta ofrezca condiciones de habitabilidad, seguridad y confort. Así mismo se consideran dentro del entorno físico la prevención con relación a conseguir agua limpia, aire puro y alimentos sanos.

### *5.- Determinantes relacionados con el entorno social*

Se enfatiza la correlación existente entre situaciones de dependencia de las personas mayores y aspectos como la soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación, el abuso y las situaciones de conflicto. Por eso se recomiendan medidas como las siguientes:

- El reforzamiento del apoyo social, ante las situaciones de pérdida de allegados que se producen en la edad avanzada.
- La prevención de situaciones de violencia y abuso
- La educación y la alfabetización.

## 6.- *Determinantes económicos*

En este ámbito se señalan tres aspectos que inciden de manera especial sobre el envejecimiento activo, los cuales son:

- Los ingresos: la lucha contra la pobreza en la vejez es un elemento central a la hora de planificar acciones preventivas. Existen evidencia empírica que muestra como las personas mayores con ingresos bajos tienen menos posibilidades de mantener un grado elevado de funcionalidad en comparación de los que cuentan con ingresos elevados.
- La protección social, también se considera un elemento esencial para favorecer el aseguramiento de las situaciones de necesidad (pensiones, servicios sanitarios y sociales), para atender a los adultos mayores y dar apoyo a las familias.
- El trabajo, es otra forma de ingreso económico en la vejez, por lo que se recomiendan medidas para favorecer que las personas puedan seguir trabajando. Ya que en países en desarrollo tienen el riesgo de perder su trabajo a una edad determinada, considerando que todavía tienen la capacidad funcional para seguir inmersos en el ámbito laboral, de esta manera pueden participar en actividades dentro del trabajo informal de la economía, que les generen ingresos para cubrir sus necesidades.

Para finalizar es primordial mencionar que el envejecimiento patológico está ligado directamente a la dependencia y la pérdida de autonomía, las cuales no son sino efectos de un conjunto de elementos adversos (inadecuados estilos de vida, malas condiciones de salud, escasez de recursos económicos, deficitarias redes de apoyo, por mencionar algunos), contrario a esto, el término “Salud”, según la OMS, se refiere al bienestar físico, mental

y social. Por lo tanto, en el marco del envejecimiento activo, las políticas y los programas que promueven la relación entre salud mental y social son tan importantes como los que mejoran las condiciones de salud física. Por lo tanto recuperar, prolongar o mantener la funcionalidad física, mental y social, constituyen los principales objetivos de este nuevo concepto, cuya misión es mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

### **2.3.3 HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, FACTORES DE RIESGO Y EL AUTOCUIDADO.**

Para iniciar es de suma importancia referir lo siguiente, de acuerdo con Rodríguez (2006):

La salud está íntimamente relacionada con los hábitos y estilos de vida de las personas. Entre los principales elementos que proporcionan mejora del estado de salud se encuentran los procesos alimenticios, el hecho de realizar una dieta equilibrada permite que el organismo esté controlado y tenga mayores defensas a la hora de enfrentarse a la enfermedad. Otro de los elementos esenciales es la realización de ejercicio físico. Así mismo el evitar el consumo de productos tóxicos como son el tabaco, alcohol o drogas (p. 62).

Por lo anterior al abordar este tema se pretende dar a conocer los principales hábitos de vida que permiten mejorar la salud, ya que de acuerdo con la OMS, la salud depende de mantener hábitos de vida saludables. Por lo que se mencionan los siguientes:

- ***Nutrición***

La nutrición es el resultado que se da en el cuerpo en general y en cada una de las células, al aprovechar las sustancias y la energía contenida en los alimentos y las bebidas. La finalidad de la alimentación ha ido evolucionando



y ha pasado del concepto simple de satisfacer el hambre, a asumir el papel de instrumento necesario para promocionar la salud y el bienestar.

Por lo anterior, una alimentación suficiente en calidad y cantidad, es fundamental para mantener o mejorar el estado de salud y prevenir enfermedades en los adultos mayores, así mismo se ha planteado diversas hipótesis sobre el papel que desempeña la alimentación en la salud mental, tanto en la aparición de síntomas depresivos, como en el deterioro cognitivo, ya que los anteriores están relacionados a las deficiencias de ciertos nutrimentos.

Por lo que es importante analizar los factores que contribuyen a mantener una nutrición saludable durante la vejez. Se ha demostrado que la alimentación asociada a la malnutrición (desnutrición, sobrepeso y obesidad) es un factor determinante para la presencia de padecimientos infecciosos y crónico-degenerativos, ya que los sujetos desnutridos, aunque sea solamente por no satisfacer sus necesidades de energía, tienen un sistema inmune deficiente que aumenta la susceptibilidad a las enfermedades. Así mismo, las personas con sobrepeso tienen mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, problemas articulares y algunas variedades de cáncer.

Para prevenir estos problemas de salud en la vejez es recomendable consumir una dieta sana, cuyas principales características son:

1. Satisfacer las necesidades de energía.
2. Ser de buena calidad y contener los nutrimentos necesarios para el organismo, siendo particularmente recomendables durante el proceso de envejecimiento el calcio, hierro, agua, fibra dietética y los antioxidantes.
3. Ser equilibrada mediante la relación armónica de sus componentes, destacando la necesidad de no contener exceso de grasa, sal y azúcares.

4. Ser higiénica y acorde con las características biológicas, ideología, gustos, situación social, capacidad económica y experiencia previa con los alimentos de cada persona.

Existen múltiples factores que se asocian a una mala nutrición en la población adulta mayor, dentro de las que se incluyen:

- La presencia de problemas visuales, gustativos y olfativos o dentales (perdida de piezas dentales, etc.)
- La pérdida de la capacidad física funcional o de movilidad,
- Pérdidas emocionales o depresión las cuales afectan la autoestima y el interés por el autocuidado, especialmente la alimentación.
- El aislamiento social, la soledad, ya que comer en compañía tiene un efecto psicológico positivo para la persona.
- Falta de información y educación nutricional tanto del adulto mayor como de la familia.
- Los hábitos nutricionales incorrectos arraigados en etapas anteriores.
- Problemas económicos, que limitan al anciano a comprar alimentos adecuados para una buena nutrición.
- Algunos fármacos que interfieren en la absorción, metabolismo y absorción de los nutrientes.

- ***Ejercicio físico***

La actividad física en la vejez de acuerdo a Jaspers (2006) tiene beneficios como los siguientes:

La práctica frecuente de actividad física es beneficiosa para la salud a cualquier edad, incluyendo por tanto a las personas mayores. Puede reducir el riesgo de enfermedades crónicas, aliviar los síntomas de depresión, ayudar a mantener la autonomía y mejorar la calidad de vida en general (p. 78).

Pero más aun en la vejez, la actividad física y la práctica de ejercicio se tornan especialmente importantes, por los beneficios que les producen al evitar las limitaciones de funcionalidad física y mental, ya que hasta hace poco tiempo se tenía la idea de que el ejercicio físico no era para las personas ancianas, considerando que al avanzar de edad la persona iba perdiendo capacidad para hacer ejercicio, contribuyendo al sedentarismo. Sin embargo en los últimos años se ha demostrado que los cambios asociados con un envejecimiento patológico, son consecuencia de un estilo de vida sedentario y por lo tanto puede revertirse aumentando la actividad física.

A continuación se mencionaran algunos beneficios que trae consigo permanecer activos físicamente en la tercera edad:

- Mejora la capacidad aeróbica.
- Evita el descenso de la masa muscular y mejora la flexibilidad articular.
- Prevención o retardo del inicio de enfermedades crónicas, como la presión arterial, enfermedades cardiacas, diabetes mellitus, obesidad, las enfermedades osteoarticulares, etc.
- Es útil en el tratamiento de los síndromes geriátricos.
- Prevención de las enfermedades que afectan la salud mental, como la depresión y demencias.
- Retrasar efectos negativos del envejecimiento.
- Para combatir el estrés y con fines de socialización.
- Mejor equilibrio, flexibilidad, coordinación y mayor independencia funcional.

También forman parte de los hábitos de vida saludables en la vejez: **la higiene de sueño**, es decir en cantidad y calidad adecuadas ya que influyen directamente en la salud y por ende en calidad de vida, así mismo **la higiene**

**personal** que en términos prácticos se refiere al baño, aseo bucodental, lavado de manos y corte de uñas; cuyo objetivo fundamental es mantener al cuerpo libre de gérmenes (bacterias, parásitos y hongos), con el fin de evitar infecciones, y el mal olor corporal, además del efecto estético.

Por otra parte se consideran dentro de los *factores de riesgo* todos los hábitos de vida poco saludables, por mencionar algunos podemos hablar de: el tabaquismo, el consumo de bebidas alcohólicas, trastornos en la nutrición (obesidad y desnutrición), el sedentarismo, etc.; los cuales tienen un efecto negativo en la salud y el bienestar del adulto mayor.

Todo lo anteriormente señalado se resume en lo referido por Jaspers (2006):

El envejecimiento saludable es sinónimo de envejecimiento sin discapacidad, asociado a mejoras en la nutrición, la actividad física, el control adecuado de factores de riesgo como el hábito de fumar o el consumo de bebidas alcohólicas y la eliminación o reducción del aislamiento social y mental. En este contexto, los estilos de vida saludables procuran crear conciencia sobre lo que significa el proceso de envejecimiento y el desarrollo de hábitos de autocuidado (p. 78).

Es así que el *autocuidado* constituye una de las estrategias para la promoción de la salud, pues propone una serie de medidas que deben ser tomadas en cuenta para combatir los efectos de un posible envejecimiento patológico, a través de la responsabilidad de salud del individuo. Es así que la salud comienza a nivel individual, ya que todo aumento significativo del bienestar físico, mental y social dependerá en gran medida de la determinación del individuo.

Por lo que el autocuidado de la salud consiste en las medidas, decisiones y actitudes positivas que el adulto mayor toma para prevenir o tratar las posibles enfermedades que puede padecer, es un comportamiento personal

dedicado a mejorar y mantener la salud y con ello el bienestar y calidad de vida. Por lo que se recomienda a nivel preventivo el desarrollo de hábitos de vida saludables y evitar al máximo los factores de riesgo.

### **2.3.4 HACIA NUEVAS METAS DEL ENVEJECIMIENTO: BIENESTAR PSICOLÓGICO, AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA.**

Lograr envejecer en los márgenes de lo competente y exitoso, es decir alcanzar un envejecimiento saludable, implica lograr ciertas metas en esta última etapa de vida, por tal razón se describirán de manera general las que se consideran más importantes:

***El bienestar psicológico***, este estado es entendido como las evaluaciones afectivas y cognoscitivas que el individuo hace de su vida en conjunto. Se considera un concepto multidimensional compuesto a través de varios indicadores como:

- *La satisfacción con la vida o bienestar subjetivo*, que se da cuando:
  - Se obtiene placer de las actividades que realiza en su vida cotidiana.
  - Cuando evalúa que su vida ha sido significativa y la acepta.
  - Cuando experimenta que ha logrado sus principales metas.
  - Cuando logra un autoconcepto positivo.
  - Cuando mantiene una actitud optimista y un estado de ánimo feliz.
- *Ánimo*, es otro de los factores del bienestar psicológico, puede ser entendido como una condición mental o emocional de la persona relacionada con la alegría, la confianza, el entusiasmo, etc.

- *La Felicidad*, la cual es considerada como una experiencia interna de un estado positivo de la mente. Dentro de los estudios sobre la felicidad, se destaca la relación con el buen funcionamiento de tres sistemas conductuales: biológico, psicológico y social.
- *El afecto*, entendido como los sentimientos positivos o negativos de una persona. El afecto se apoya en las emociones y sentimientos, por lo que se puede inferir que los sentimientos positivos son los que están directamente ligados al bienestar psicológico y en su vertiente negativa, genera desordenes psíquicos como pesimismo, ansiedad e incluso depresión.

De lo anterior se puede inferir que los conceptos que integran al bienestar psicológico, se influyen para desarrollar el bienestar durante la etapa de la vejez y por lo consiguiente en la calidad de vida. Por otro lado, en la edad avanzada, la calidad de vida se relaciona más con la capacidad de mantener autonomía e independencia. Que a continuación se mencionan:

- **La autonomía**, es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones sobre como la persona vive su vida cotidiana.
- **La independencia**, se entiende como la capacidad de efectuar funciones de la vida diaria.

Para finalizar es importante señalar que contrario a los estereotipos negativos que se dan en relación a la vejez, que etiquetan al adulto mayor como insatisfecho, sin capacidad para decidir y actuar por sí mismo, actualmente se apuesta por un envejecimiento saludable basado en un óptimo funcionamiento físico, mental y social que repercutan positivamente en el desarrollo del bienestar psicológico, autonomía e independencia que permitan lograr más años no sólo en cantidad sino con calidad de vida.

**CAPÍTULO III**  
**METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### 3.1 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA

El presente estudio se regirá bajo la forma del método cuantitativo el cual, según refieren Hernández, Fernández & Baptista (2006) “Usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y comprobar teorías” (p.9).

El proceso del enfoque cuantitativo consta de los siguientes pasos:

- 1.- Planteamiento del problema
- 2.- Revisión de la literatura (sobre la cual se construye el marco teórico, la cual es la teoría que habrá de guiar el estudio).
- 3.- Elaboración de las hipótesis
- 4.- Se someten a prueba las hipótesis, a través de la recolección de datos, la cual se lleva a cabo al utilizar instrumentos estandarizados, válidos y confiables en estudios previos o se generan nuevos basados en la revisión de la literatura.
- 5.- Análisis de resultados
- 6.- Comprobación o rechazo de la hipótesis.

Es así que el proceso de investigación cuantitativo es el más adecuado para cubrir los objetivos y comprobar las hipótesis planteadas de la presente investigación, pues permitirá obtener datos objetivos al estudiar las variables de estudio y consolidar lo referido en la teoría. Así mismo, otra de las razones por las que se optó hacia el estudio cuantitativo tiene relación con el manejo de instrumentos estandarizados y validados dentro del campo gerontológico, utilizados ampliamente en el ámbito clínico y de investigación. Por lo que al enfocarse en el estudio del nivel de calidad de vida del adulto



mayor con relación a la salud, será de utilidad hacer uso de estos instrumentos gerontológicos validados para la población senil.

Por otra parte el alcance de la investigación es de tipo descriptivo, sobre el cual Hernández, et al. (2006) refiere que “Busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice” (p.103). Es así que los estudios descriptivos miden, evalúan y recolectan datos sobre diversos conceptos (variables) del fenómeno a investigar, para así describir lo que se investiga. Es así que al investigar el nivel de calidad de vida con relación a la salud en el adulto mayor; se hace referencia al nivel de calidad de vida con relación a la salud física, mental y al ámbito social de la salud. Por lo que se medirán las variables implicadas para así describir los atributos del fenómeno de interés.

El plan que se utiliza para obtener la información que se desea, y que permitirá responder a las preguntas de investigación, cumplir los objetivos y someter las hipótesis a prueba, se conoce como diseño de investigación, el cual en este estudio será de tipo no experimental, conocido como diseño transeccional o transversal descriptivo; cuya esencia consiste en indagar la incidencia de las modalidades o niveles en una población determinada, consiste en estudios puramente descriptivos, cuya recolección de datos se dará en un momento dado o tiempo único, a diferencia de los diseños longitudinales que estudian los cambios que se dan a través del tiempo.

Para resumir lo antes mencionado, la metodología que se utilizará en la presente investigación se regirá bajo en el enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y diseño transversal, haciendo uso de instrumentos gerontológicos estandarizados y validados para la población mexicana, ampliamente utilizados en los ámbitos clínico, de intervención comunitaria y de investigación; que permitan determinar el nivel de calidad de vida con relación a la salud del adulto mayor.

### 3.2 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

H<sub>1</sub>. La calidad de vida con relación a la salud física es alta.

H<sub>2</sub>. La calidad de vida con relación a la salud física es promedio.

H<sub>3</sub>. La calidad de vida con relación a la salud física es baja.

H<sub>4</sub>. La calidad de vida con relación a la salud mental es alta.

H<sub>5</sub>. La calidad de vida con relación a la salud mental es promedio.

H<sub>6</sub>. La calidad de vida con relación a la salud mental es baja.

H<sub>7</sub>. La calidad de vida con relación al ámbito social de la salud (relaciones sociales) es alta.

H<sub>8</sub>. La calidad de vida con relación al ámbito social de la salud (relaciones sociales) es promedio.

H<sub>9</sub>. La calidad de vida con relación al ámbito social de la salud (relaciones sociales) es baja.

H<sub>10</sub>. La calidad de vida con relación al ámbito social de la salud (medioambiente) es alta.

H<sub>11</sub>. La calidad de vida con relación al ámbito social de la salud (medioambiente) es promedio.

H<sub>12</sub>. La calidad de vida con relación al ámbito social de la salud (medioambiente) es baja.

### 3.3 VARIABLES

**Variable independiente.-** La salud

**Variable dependiente.-** Calidad de vida

### 3.4 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VI.- **La salud:** Es el completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

VD.- **La calidad de vida:** Se entiende como la percepción personal que un individuo tiene de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Por lo que es claro que la calidad de vida con relación a la salud es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona de su situación física, mental y social. Por lo que se puede inferir que la esencia del concepto de calidad de vida para la presente investigación es la percepción del adulto mayor sobre su estado de bienestar físico, psíquico y social, lo cual constituye el componente básico de la calidad de vida en la vejez.

### 3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

La investigación se realizó en la Ciudad de Huejutla de Reyes, Hgo, específicamente en la dependencia denominada Desarrollo Integral de la Familia (DIF), cuyo objetivo institucional consiste en brindar asistencia social integral trabajando de manera interdisciplinaria para ofrecer un servicio de calidad y atención a la población vulnerable.

También es importante señalar que la misión de esta institución consiste en promover la integración y desarrollo humano individual, familiar y comunitario, a través de políticas, estrategias y modelos de atención que privilegian la prevención de los factores de riesgo y vulnerabilidad social, la profesionalización y calidad de servicios. Actualmente durante el gobierno 2009-2012 el Sistema DIF Huejutla se encuentra dirigido por la C. Rosenda Barragán de Nava y como directora la profesora Ma. Elena Romero Furiati, quienes se encargan, en coordinación con el personal de cada área de llevar a cabo las políticas generales que distinguen a esta institución.

Es así que las unidades de análisis que serán objeto de investigación son las 21 personas de la tercera edad que forman parte del grupo “La eterna Juventud”, perteneciente al Sistema DIF Huejutla. Esta población cubre el 100% del sexo femenino, y son residentes de diversas colonias del municipio de Huejutla; en cuanto al estado civil los datos son los siguientes: un 52% son viudas, el 29% son divorciadas, el 14% son casadas y 5% solteras. Así mismo con respecto a los rangos de edad:

El 71% corresponde a la edad de 60 a 74 años. Adultos mayores jóvenes.

El 24% corresponde a la edad de 75 a 84 años. Adultos mayores viejos.

El 5% corresponde a la edad de 85-99 años. Adultos mayores Longevos.

De igual manera es importante mencionar el nivel educativo, respecto al cual un 33% no tiene ningún tipo de estudios, un 14% cursó la Primaria, así mismo un 33% corresponde a Primaria incompleta, un 10% cursó estudios de Secundaria, un 5% tiene estudios de Bachillerato y los estudios de Licenciatura corresponden a un total de 5%.

Otro dato importante a considerar es que el 48% de los adultos mayores que forman parte del estudio viven con sus hijos (as), el 24% vive solo (a), el 13% vive con su pareja, el 10% mencionan vivir con sus nietos (as) y un 5% vive

con otros familiares en este caso hermanos (as). Por otra parte las fuentes de ingreso económico de las personas de la tercera edad son: en un 57% reciben apoyo familiar, un 14% aún trabajan (empacadores voluntarios), así mismo un 14% recibe apoyo de oportunidades y un 5% recibe apoyo de la pareja, otro 5% refiere obtener el ingreso de la pensión por jubilación y otro 5% recibe pensión de viudez.

De la población antes señalada se tomará el 100% de los integrantes del grupo de adultos mayores como muestra de estudio, esto por determinación y criterios del investigador, pues permitirá determinar con más exactitud, certeza y objetividad la realidad a investigar.

### **3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

Para recolectar los datos necesarios que permitan cubrir los objetivos de la presente investigación y comprobar las hipótesis, se utilizaron ciertos instrumentos de medición cuantitativos, que se describen a continuación:

#### **1.- Cuestionario general. (Ver anexo 2)**

Objetivo: Conocer datos generales de los sujetos que forman parte de la investigación.

Es un cuestionario de tipo cerrado y de opciones múltiples, donde se incluyen datos como: nombre, edad, sexo, nivel educativo, estado civil, lugar de residencia, ingresos económicos, entre otros.

## **2.- Cuestionario de autopercepción de la salud y Capacidad física funcional.** (Ver anexo 3)

Objetivo: Evaluar la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria, a través de conocer la autopercepción de la salud y la capacidad física funcional, los cuales se consideran indicadores de calidad de vida con relación a la salud física.

Consta de 8 preguntas cerradas de opción múltiple, en donde se evalúa la presencia de enfermedades, la autopercepción de la salud y la capacidad física funcional, en este último se interroga al adulto mayor sobre su capacidad para realizar actividades de su vida diaria, es decir, si puede valerse independientemente por sí mismo, ya que constituye un buen pronóstico de la fragilidad de la persona.

## **3.- Escala de depresión Geriátrica de Yesavage.** (Véase anexo 4)

Objetivo: Establecer el diagnóstico de depresión, cuyo trastorno afectivo se considera como indicador de la calidad de vida en relación a la salud mental.

Es un cuestionario de tipo estructurado conformado por 30 preguntas dicotómicas (si/no) y validado para uso gerontológico en las distintas prácticas. La forma de calificación se maneja por asignación de los puntajes 1 y 0, de esta manera las respuestas que indican depresión se les otorga un punto y las que no indican depresión se les asigna un 0. Al final se hace la sumatoria total con base a la clave de calificación y se evalúa de 0-10 puntos: normal (o sin depresión) y de 11 a 30 puntos: con depresión.

#### **4.- Mini examen del estado mental de Folstein.** (Ver anexo 5)

Objetivo: Detectar deterioro cognitivo en adultos mayores, cuyo trastorno es considerado como indicador de la calidad de vida en relación a la salud mental en la tercera edad.

Es una prueba neuropsicológica validada en población mexicana dentro del ámbito gerontológico, está conformada por 30 preguntas integradas en 5 secciones: orientación, registro, atención y cálculo, lenguaje, memoria diferida. Para calificar la prueba se tiene que tomar en cuenta la escolaridad y la edad de acuerdo a la tabla de puntos de corte y de acuerdo a la puntuación obtenida son posibles dos tipos de diagnósticos: normal o deterioro cognitivo.

#### **5.- Escala de redes de apoyo social para adultos mayores.** (Ver anexo 6)

Objetivo: Detectar la frecuencia de las redes de apoyo social formal e informal, el tipo de apoyo y grado de satisfacción, pues es considerado como importante indicador de calidad de vida con relación al ámbito social de la salud.

Es un cuestionario semiestructurado, que incluye 3 secciones: red de apoyo informal (1.- familiar y 2.- extrafamiliar) y red formal (3.- institucional). En los cuales se exploran los tipos de apoyos (emocional, material, instrumental e informativo) y el grado de satisfacción de los apoyos recibidos. Para la calificación se utilizan los cuadros correspondientes de puntajes crudo y ponderado, que servirán para llenar el formato de calificación (Véase anexo 7), que permitirá obtener los porcentajes totales de apoyos familiar, extrafamiliar e institucional, así como apoyos recibidos y satisfacción de los apoyos recibidos.

**6.- Instrumento de calidad de vida de la OMS. WHOQOL - breve en español.** (Ver anexo 8)

Objetivo: Determinar la percepción de la calidad de vida desde un enfoque holístico de la salud.

Cuestionario ampliamente utilizado dentro del ámbito gerontológico, que consiste en evaluar el nivel de la calidad de vida tomando como indicadores a la salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medioambiente. Formado de dos apartados, el primero integrado por las preguntas 1 y 2 que corresponden a la calidad de vida global y el segundo apartado de la pregunta 3 a la 26 que corresponden a las áreas mencionadas anteriormente; es así que en conjunto suman 26 reactivos en formato tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. Para su calificación se hace uso de la escala de evaluación y los cuadros correspondientes de puntajes crudo y ponderado, que servirán para llenar el formato de calificación (Véase anexo 9), que permitirá establecer el diagnóstico de calidad de vida alta/promedio/baja de los ámbitos de la salud:

- Salud física
- Psicológica (salud mental)
- Ámbito social de la salud: relaciones sociales y medioambiente.

Así como un puntaje global de la calidad de vida al sumar el puntaje de las 4 áreas más el de las preguntas 1 y 2.



### 3.7 CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	AÑO 2011 MES					
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
CAPÍTULO 1						
CAPÍTULO 2						
CAPÍTULO 3						
CAPÍTULO 4						
CAPÍTULO 5						
INTEGRACIÓN Y ENTREGA						

**CAPÍTULO IV**  
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

## 4.1 CUADROS Y GRÁFICAS

A continuación se presenta el análisis de resultados de cada uno de los instrumentos de medición utilizados para recolectar los datos y comprobar las hipótesis de la presente investigación, es así que se exponen a manera de cuadros y gráficas para una mejor comprensión del lector.

El orden de interpretación de los instrumentos es el siguiente:

*1.- Indicadores de calidad de vida con relación a la salud física:* Se analizan las 8 preguntas del Cuestionario de autopercepción de la salud y Capacidad física funcional.

*2.- Indicadores de calidad de vida con relación a la salud mental:* Se dan a conocer los resultados de las siguientes pruebas gerontológicas aplicadas, las cuales miden depresión y deterioro cognitivo respectivamente;

- Prueba de depresión Geriátrica de Yesavage.

- Mini examen del estado mental de Folstein.

*3.- Indicadores de calidad de vida con relación al ámbito social de la salud:*

Se explican los resultados de Instrumento de uso gerontológico conocido como Redes de apoyo social para adultos mayores; en donde se analizan las redes sociales de apoyo de las que forman parte las personas de la tercera edad, los grupos comunitarios e instituciones a las que pertenecen, así como el porcentaje de apoyo familiar, extrafamiliar e Institucional que reciben. De la misma forma el porcentaje de apoyos recibidos y la satisfacción con dichos apoyos.

Por otro lado y como indicativo de la calidad de vida con relación al ámbito social de la salud, se analizan los ingresos económicos y satisfacción que los adultos mayores tienen con los mismos.

4.- Por último se dan a conocer los resultados del instrumento de Calidad de vida de la OMS, desde un enfoque holístico de la salud, conocido como WHOQol-breve en español. Cabe señalar que este instrumento es la pieza clave en la presente investigación pues permitirá conocer el nivel de calidad de vida de los diversos ámbitos de la salud, determinando:

- El nivel de calidad de vida con relación a la salud física.
- El nivel de calidad de vida con relación a la salud mental (aspectos psicológicos).
- El nivel de calidad de vida con relación al ámbito social de la salud (relaciones sociales y medioambiente).

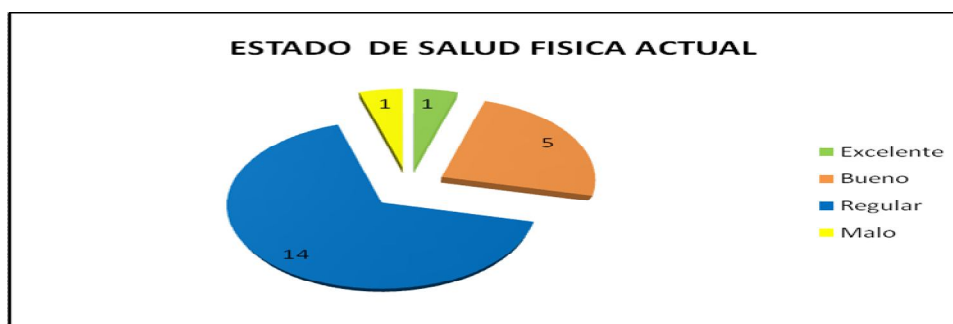
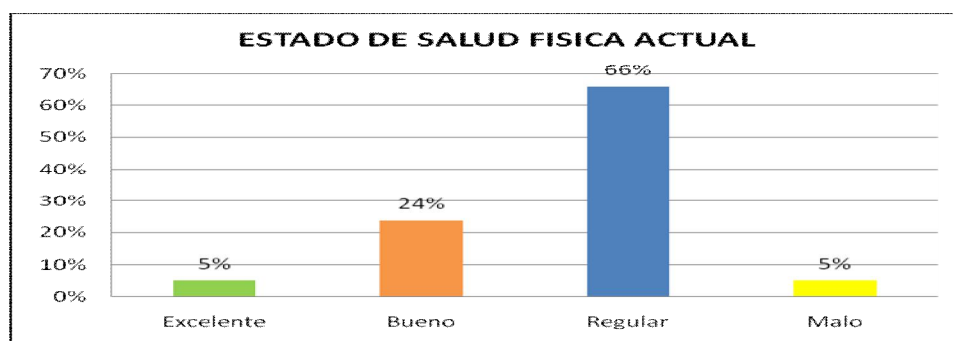
De esta manera como se mencionó anteriormente, será a partir de los resultados arrojados en este último instrumento que se verificarán las hipótesis descriptivas propuestas en el capítulo III y a partir de las cuales se establecerán las propuestas necesarias de promoción de la salud encaminadas a mantener y/o recuperar la funcionalidad física, mental y social de los adultos mayores que forman parte de la investigación.

#### 4.1.1 RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA CON RELACIÓN A LA SALUD FÍSICA

##### Cuestionario de autopercepción de la salud y capacidad física funcional.

CUADRO I

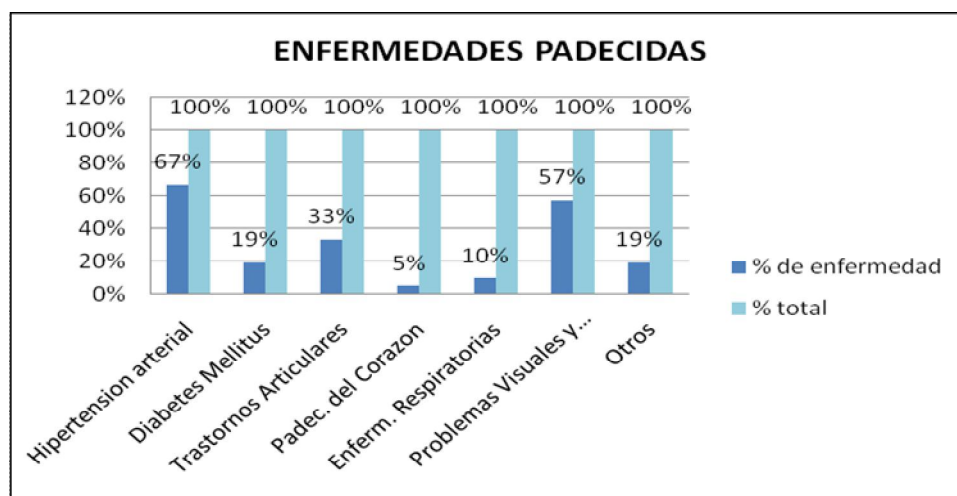
Pregunta	Respuestas	Cantidad	Porcentajes
1.- ¿Cómo calificaría su estado de salud física en este momento?	Excelente	1	5%
	Bueno	5	24%
	Regular	14	66%
	Malo	1	5%
	Total	21	100%

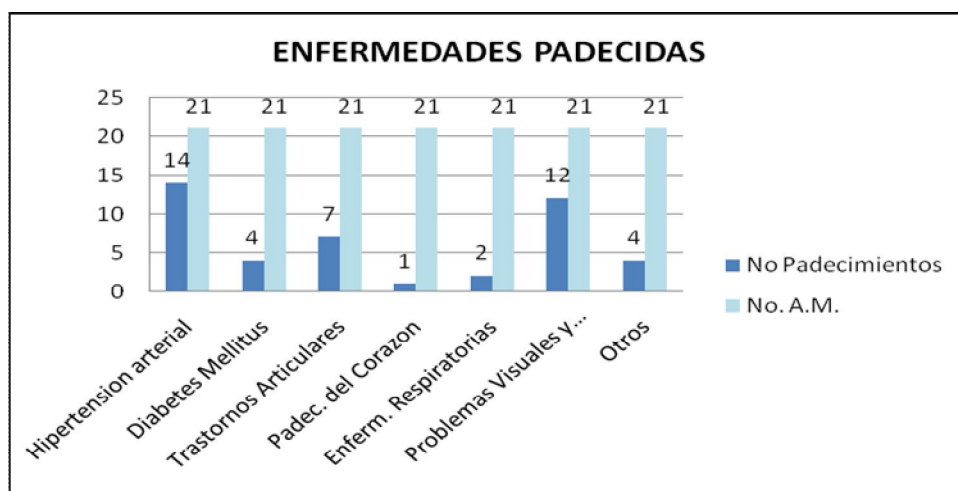


De acuerdo a los resultados que se muestran en las gráficas, el grupo de adultos mayores del Sistema DIF Huejutla, califica su estado de salud física de la siguiente manera: excelente en un 5%, bueno en un 24%, regular con un total de 67% y malo con un 5%. Por lo que las respuestas emitidas son un indicativo de que la percepción de la salud física no es negativa, si no por el contrario la mayoría de los adultos mayores refieren su salud como regular y buena. Lo cual es un buen indicativo de la calidad de vida con relación a la salud física.

## CUADRO II

Pregunta	Respuestas	Cantidad	Porcentajes
2.- ¿Cuál de las siguientes enfermedades padece usted actualmente?	Hipertensión arterial	14	67%
	Diabetes Mellitus	4	19%
	Trastornos articulares (Osteoporosis, artritis, artrosis, etc.)	7	33%
	Padecimientos del Corazón	1	5%
	Enfermedades Respiratorias	2	10%
	Problemas visuales y/o auditivos	12	57%
	Otro(s)	4	19%

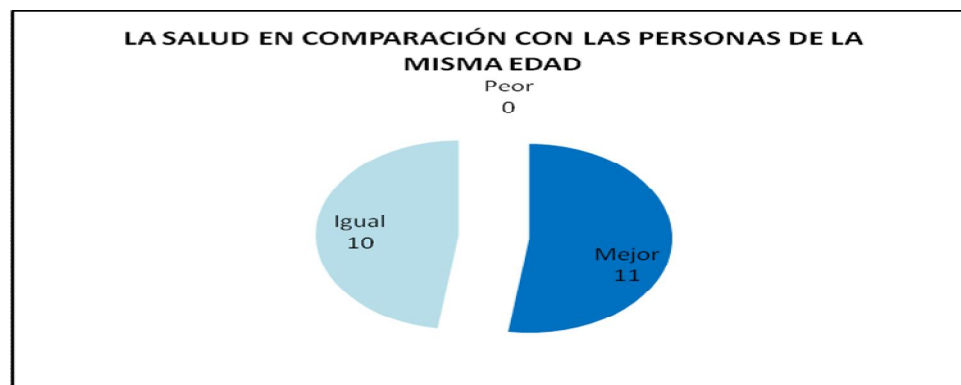
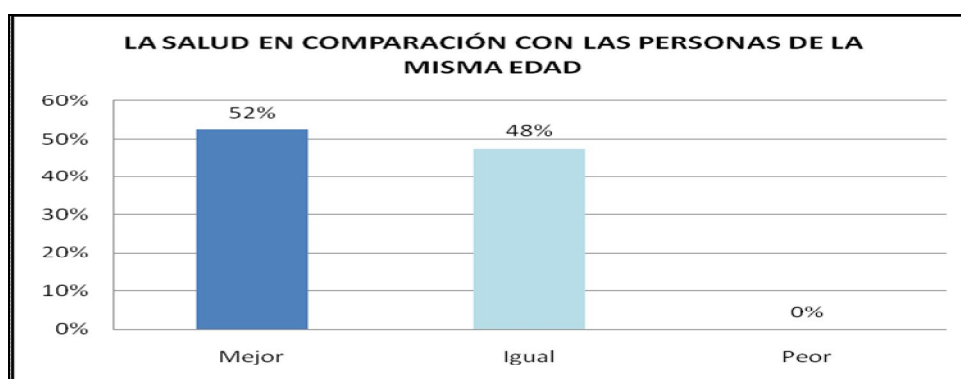




En los resultados que se muestran gráficamente, las enfermedades que son más frecuentes en la población mayor perteneciente al grupo “La eterna juventud”, de acuerdo al orden de prevalencia son: con un 67% de un total de 100% la hipertensión arterial, con un 57% de un total de 100% se encuentran los problemas visuales y auditivos, en un 33% de 100% se presentan los trastornos articulares (Osteoporosis, artritis, artrosis, etc.), con un 19% de un total de 100% de la población senil refiere padecer diabetes Mellitus y un 19% de 100% corresponde al apartado de otros (que incluye desviación de columna, problemas de vesícula y hernia, mala circulación y estreñimiento), con un 10% de 100% las enfermedades respiratorias y en un 5% de un total de 100% son afectados por los padecimientos del corazón.

### CUADRO III

Pregunta	Respuestas	Cantidad	Porcentajes
3.- ¿Cómo consideraría su estado de salud en comparación con las personas de su misma edad?	Mejor	11	52%
	Igual	10	48%
	Peor	0	0%
	Total	21	100%



Los datos que se muestran en las gráficas dan a conocer las respuestas emitidas por los adultos mayores respecto a cómo consideran su salud en comparación con las personas de su misma edad, de acuerdo a lo anterior los resultados fueron los siguientes: en un 52% consideran tener mejor estado de salud, en un 48% opinan tener igual estado de salud y en un 0% peor estado de salud. Por lo que se puede concluir que la percepción que los adultos mayores tienen de su salud es en su mayoría positiva.



#### CUADRO IV

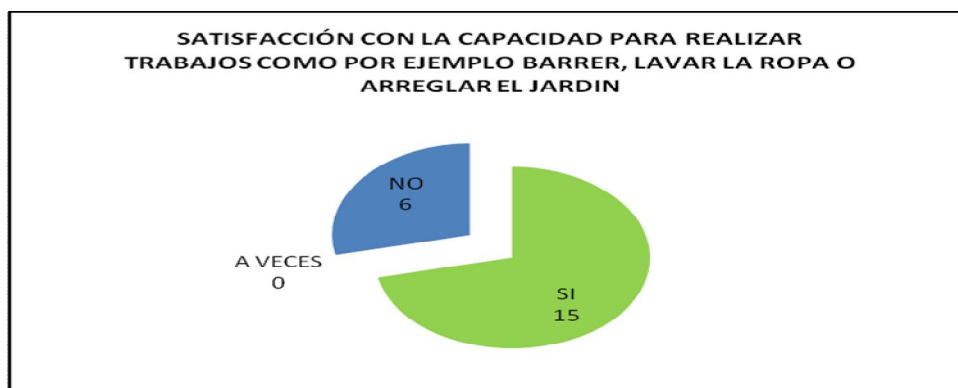
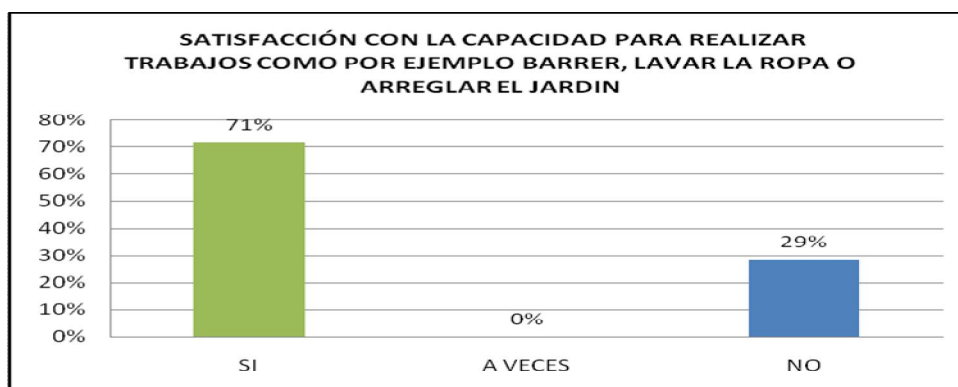
Pregunta	Respuestas	Cantidad	Porcentajes
4.- ¿Considera que sus enfermedades lo limitan para realizar actividades de su vida diaria?	Sí	3	14%
	A veces	9	43%
	No	9	43%
	Total	21	100%



De acuerdo a los resultados expuestos, las personas de la tercera edad consideran que las enfermedades no los limitan para realizar actividades de su vida diaria en un 43%, así mismo otro 43% opinan que sus enfermedades en ocasiones los limitan para realizar actividades y con un 14% consideran que sí los limitan. Por tal motivo se puede concluir que sólo en una minoría las enfermedades que padecen afectan su funcionamiento diario.

### CUADRO V

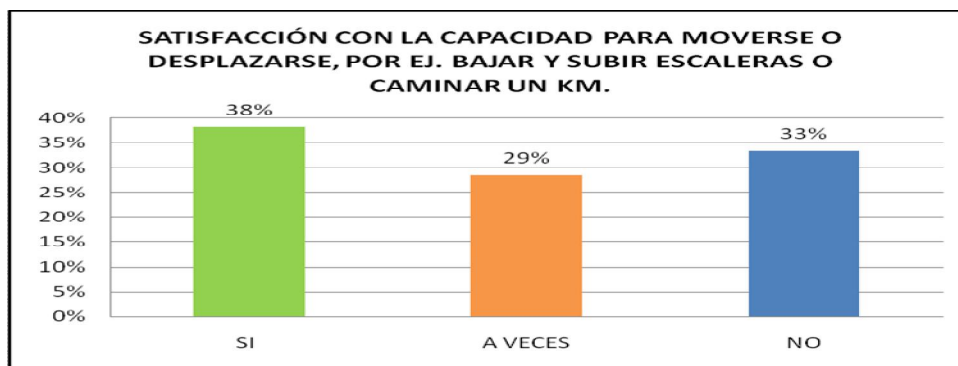
Pregunta	Respuestas	Cantidad	Porcentajes
5.- ¿Se siente satisfecho con su capacidad para realizar algún trabajo como por ejemplo: lavar la ropa, barrer o arreglar el jardín?	Sí	15	71%
	A veces	0	0%
	No	6	29%
	Total	21	100%



Con relación a los datos mostrados gráficamente un alto porcentaje con un 71% de los adultos mayores se sienten satisfechos con su capacidad para realizar trabajos como por ejemplo barrer, lavar ropa o arreglar el jardín, por el contrario con un 29% se sienten insatisfechos con relación a los trabajos antes mencionados. Por lo que se puede inferir que un alto porcentaje de personas de la tercera edad funcionan satisfactoriamente en las actividades antes mencionadas.

### CUADRO VI

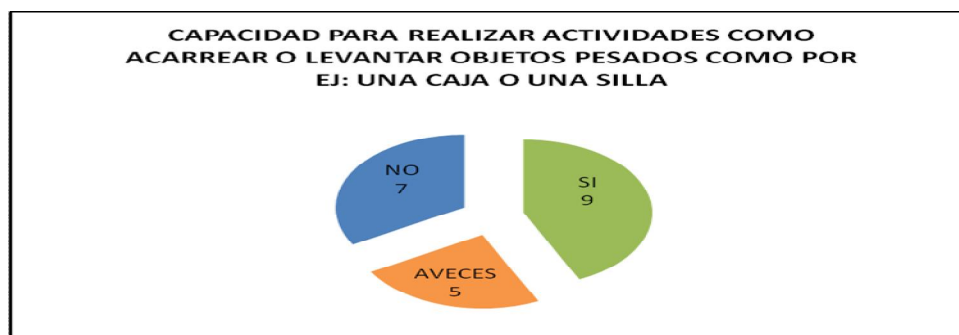
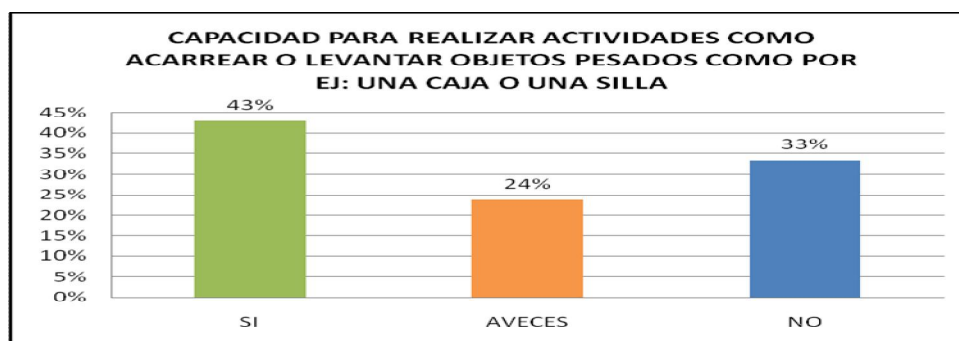
Pregunta	Respuestas	cantidad	porcentajes
6.- ¿Siente satisfacción con su capacidad para moverse o desplazarse, por ejemplo: bajar y subir escaleras o caminar un kilómetro?	Sí	8	38%
	A veces	6	29%
	No	7	33%
	Total	21	100%



De acuerdo al cuestionamiento sobre la satisfacción que tienen los adultos mayores sobre su capacidad para moverse o desplazarse, por ejemplo: bajar y subir escaleras o caminar un kilómetro, las personas de la tercera edad respondieron positivamente en un 38%, a veces con un 29% y en un 33% manifiestan no sentir satisfacción. Por lo que infiere que las actividades antes mencionadas implican mayor capacidad articular y muscular, por lo que el 33% de ancianos que menciona no estar satisfecho con dichas actividades, puede relacionarse con el 33% de los adultos mayores que anteriormente en la pregunta 2 refieren padecer trastornos articulares.

### CUADRO VII

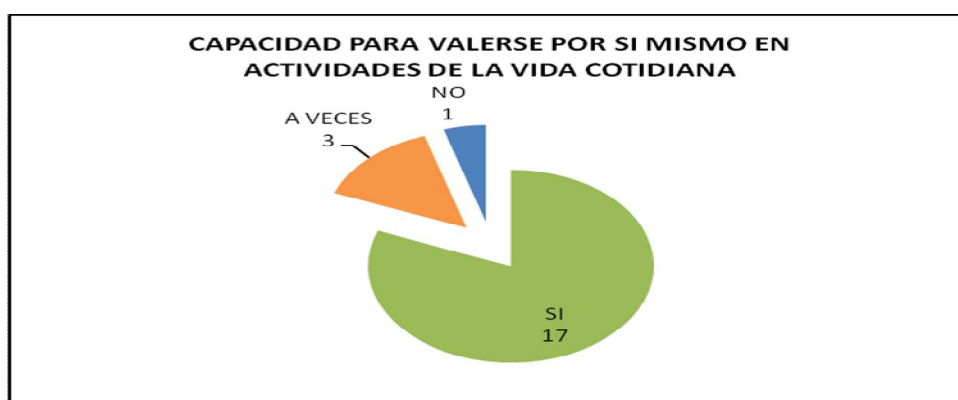
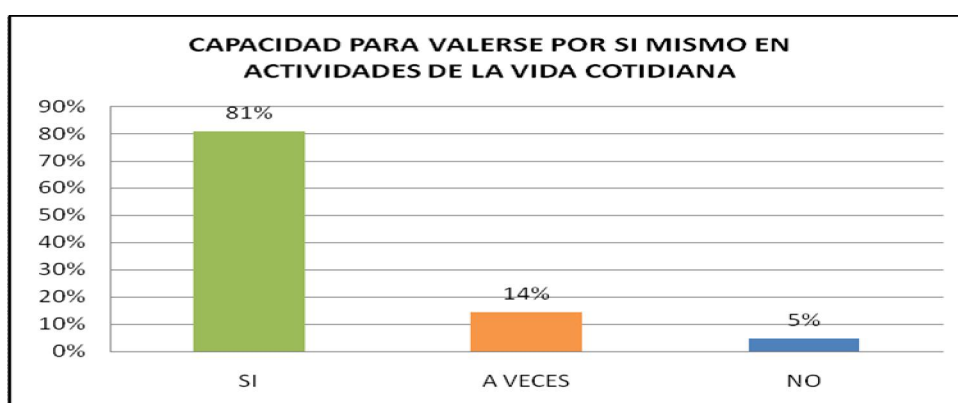
Pregunta	Respuestas	Cantidad	Porcentajes
7.- ¿Puede usted realizar actividades como acarrear o levantar objetos pesados como por ejemplo una caja o una silla?	Sí	9	43%
	A veces	5	24%
	No	7	33%
	Total	21	100%



En las gráficas mostradas se analizan las respuestas que las personas de la tercera edad refieren al cuestionar su capacidad para realizar actividades como acarrear o levantar objetos pesados como por ejemplo una caja o una silla, de esta manera un 43% de las personas menciona sí tener la capacidad, un 24% considera que a veces y un 33% menciona no tener la capacidad. Por lo que se concluye que las actividades antes mencionadas implican fortaleza articular y muscular, por lo que el 33% de ancianos que menciona no tener la capacidad de realizar dichas actividades, puede relacionarse con el 33% de los adultos mayores que anteriormente en la pregunta 2 refieren tener problemas articulares.

### CUADRO VIII

Pregunta	Respuestas	Cantidad	Porcentajes
8.- ¿Considera que tiene la capacidad física para valerse por sí mismo en sus actividades de la vida cotidiana?	Sí	17	81%
	A veces	3	14%
	No	1	5%
	Total	21	100%



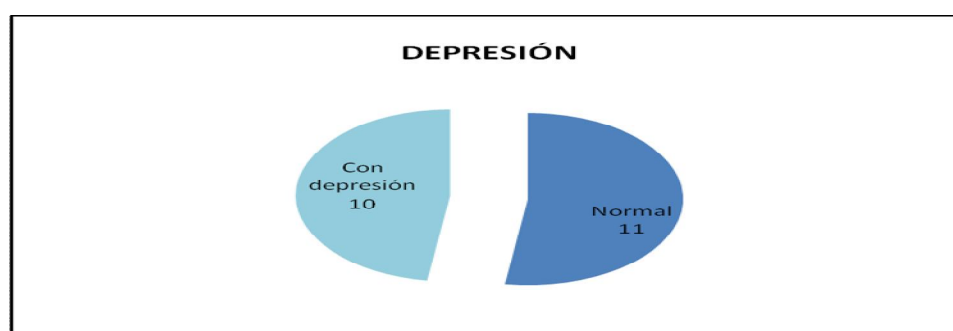
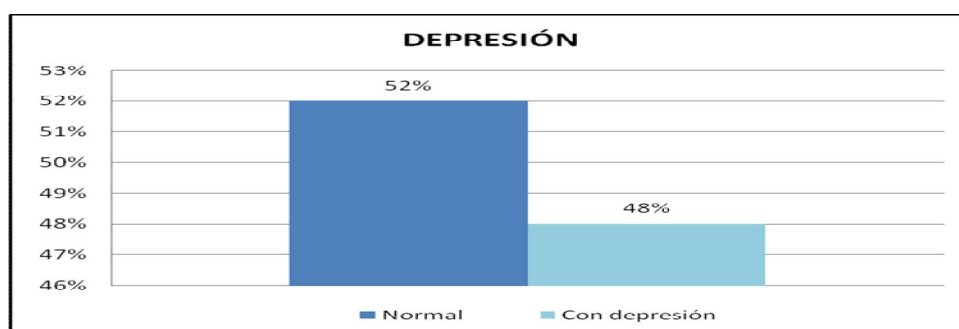
Con relación a los datos mostrados gráficamente el 81% de los adultos mayores considera que tiene la capacidad física para valerse por sí mismo en sus actividades de la vida cotidiana, un 14% opina que en ocasiones y un 5% considera que no tiene la capacidad para valerse por sí mismo en las actividades de la vida diaria. Por lo que se concluye que la mayoría de las personas de la tercera edad pertenecientes al grupo del Sistema DIF Huejutla, son personas funcionales físicamente e independientes en la realización de las actividades diarias.

#### 4.1.2 RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA CON RELACIÓN A LA SALUD MENTAL

##### Prueba de depresión Geriátrica de Yesavage.

CUADRO I

Prueba aplicada	Calificación	Cantidad	Porcentajes
Prueba de Depresión Geriátrica de Yesavage	Normal	11	52%
	Con Depresión	10	48%
	Total	21	100%

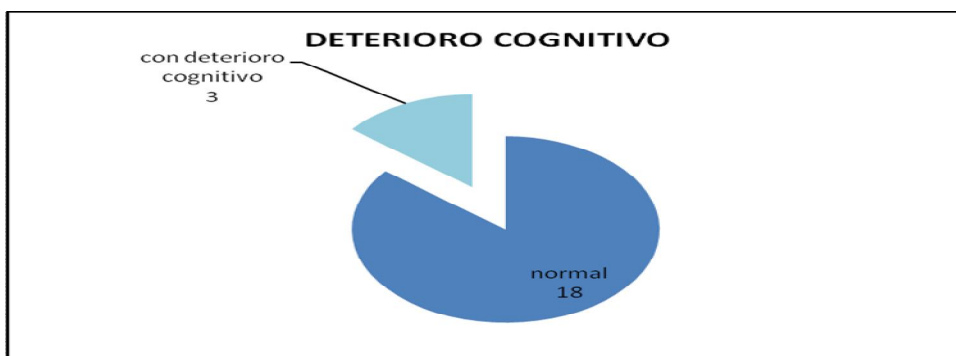
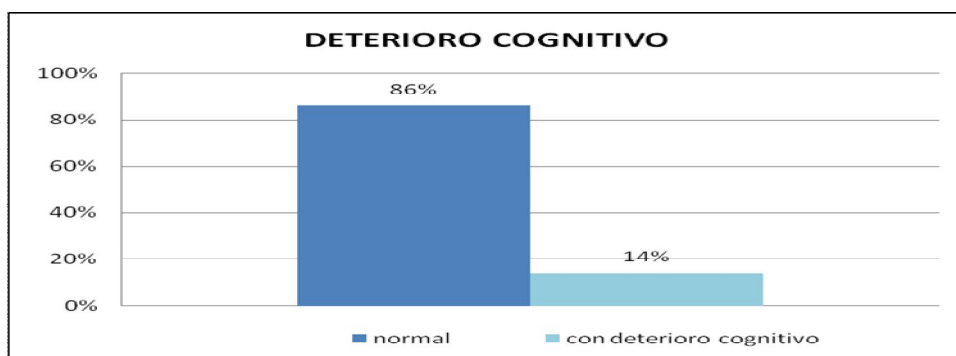


Los datos gráficos muestran los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba de Depresión Geriátrica, los cuales reportan que un 52% de las personas mayores de edad obtuvieron puntajes normales y un 48% de adultos mayores tienen depresión. De esta manera se infiere que ambos porcentajes son equivalentes, aun así el porcentaje más alto lo tiene la categoría determinada como un estado afectivo normal con un 52% de la población senil.

## Mini examen del estado mental de Folstein.

**CUADRO II**

Prueba aplicada	Calificación	Cantidad	Porcentajes
Mini Examen del Estado Mental de Folstein	Normal	18	86%
	Con deterioro cognitivo	3	14%
	Total	21	100%



Las gráficas mostradas explican los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba del Mini examen mental de Folstein, los cuales refieren que un 86% de las personas de edad avanzada que fueron entrevistadas obtuvieron puntajes normales y un 14% se diagnosticaron con deterioro cognitivo. Por lo que se concluye que la mayoría de las personas tienen un estado cognitivo normal, que les permite funcionar a nivel mental adecuadamente de acuerdo a su edad.

### 4.1.3 RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA CON RELACIÓN AL AMBITO SOCIAL DE LA SALUD.

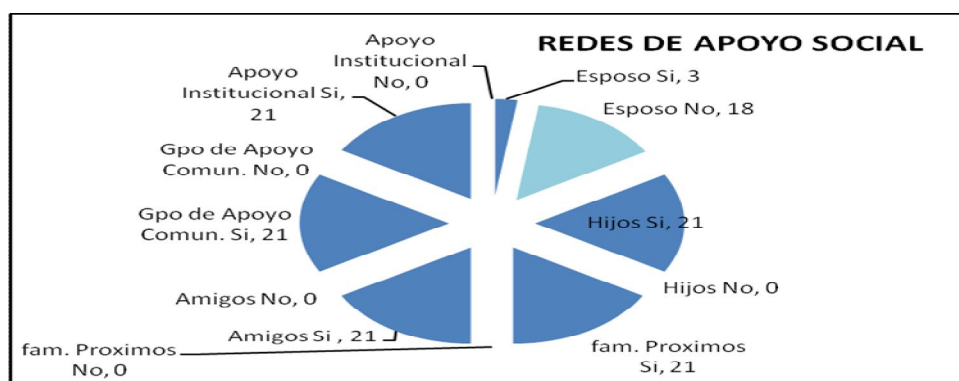
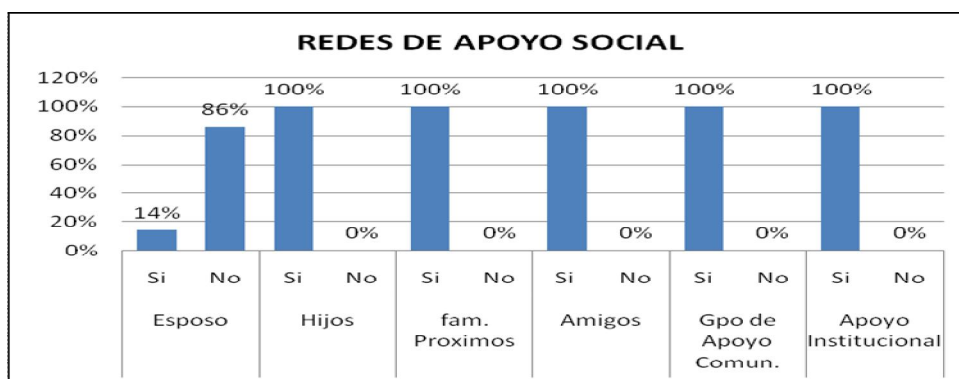
#### Instrumento de redes de apoyo social para adultos mayores.

##### a) Redes de apoyo social

**CUADRO I**

Red de Apoyo	Respuestas	Cantidad	Porcentajes
Esposo	Sí	3	14%
	No	18	86%
Hijos (as)	Sí	21	100%
	No	0	0%
Familiares próximos	Sí	21	100%
	No	0	0%
Amigos	Sí	21	100%
	No	0	0%
Grupo de apoyo Comunitario	Sí	21	100%
	No	0	0%
Apoyo Institucional	Sí	21	100%
	No	0	0%





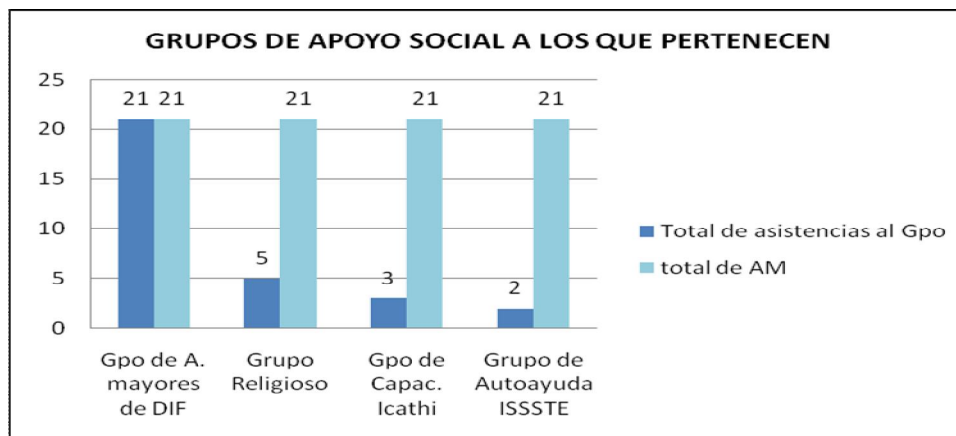
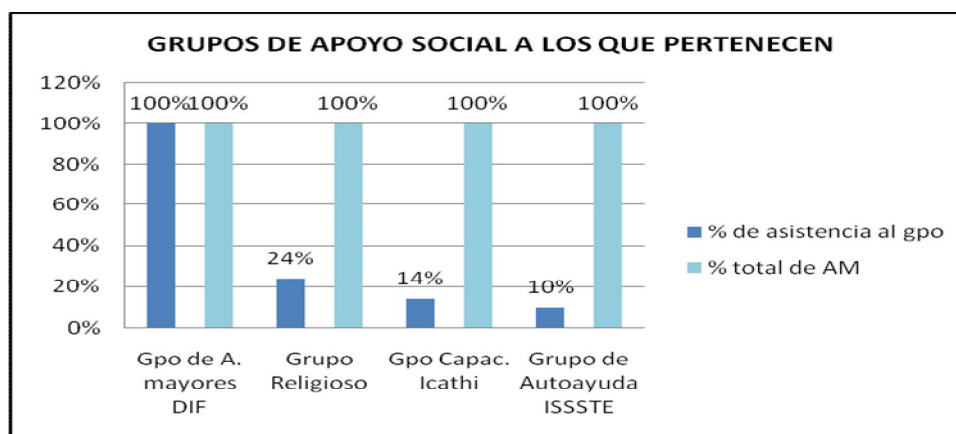
Los datos que se analizan en las gráficas corresponden a el primer apartado de el instrumento de redes de apoyo social para adultos mayores, el cual hace referencia a las diversas redes de apoyo de las que forman parte los adultos mayores pertenecientes al grupo “ La eterna juventud”, es así que en primera instancia se encuentra la red social informal familiar; la cual se encuentra conformada por la pareja, los hijos y los familiares próximos, de esta manera del total de entrevistados un 14% tiene pareja y un 86% no y el 100% tiene hijos y familiares próximos. Por otro lado se encuentra la red social informal extrafamiliar conformada por los grupos comunitarios y las amistades; y de acuerdo a las respuestas emitidas por las personas de la tercera edad el 100% forman parte de ambas categorías. De igual forma el 100% de las personas entrevistadas forman parte de una o más redes social formal que incluye a las instituciones gubernamentales y/o privadas.

Por lo que se puede deducir que los adultos mayores forman parte de redes sociales, de las que pueden recibir diversos tipos de apoyos. Sin embargo es importante mencionar que el hecho de que formen parte de las redes sociales, no garantiza que se reciban dichos apoyos, y tampoco implica necesariamente que la persona mayor esté satisfecha con los apoyos que recibe, como se mostrará en gráficas posteriores.

## b) Grupos de apoyo comunitarios a los que pertenecen

CUADRO II

Red de Apoyo	Grupos a los que asisten	Total de adultos mayores que asisten	Porcentajes
Grupo de apoyo comunitario social al que pertenecen	Grupo de Adultos Mayores del DIF	21	100%
	Grupo Religioso	5	24%
	Grupo de capacitación Icathi	3	14%
	Grupo de Autoayuda Isste	2	10%



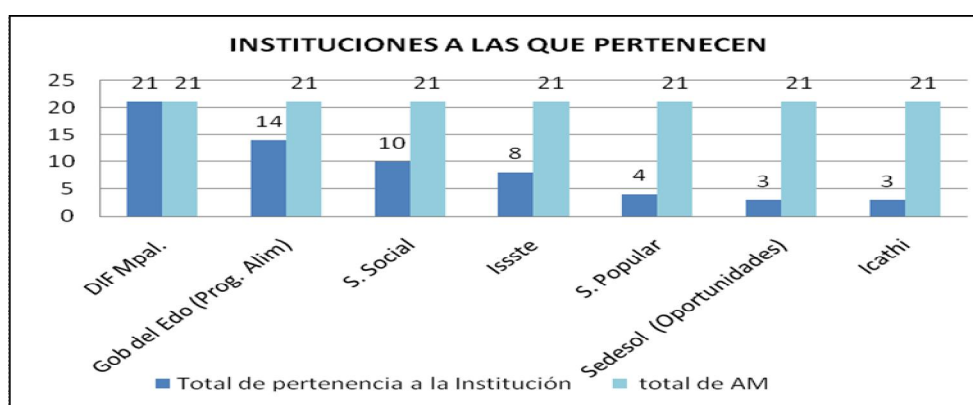
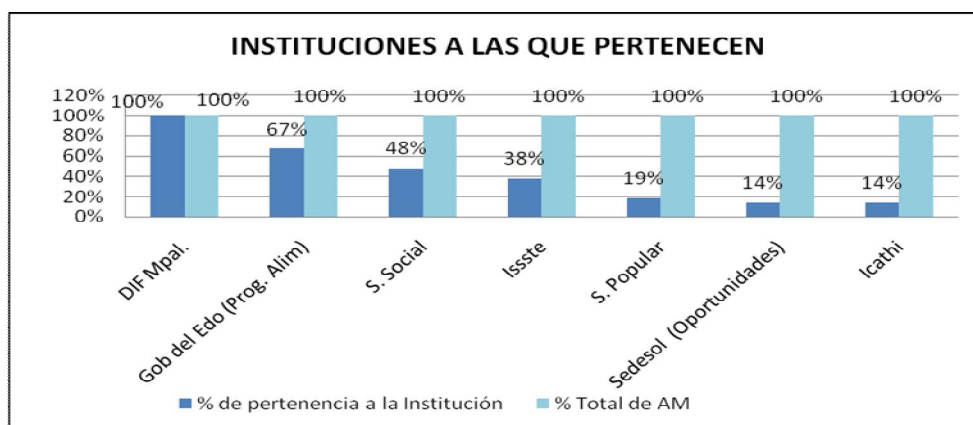
Los resultados que se muestran gráficamente explican cuáles son los grupos de apoyo comunitario social a los que pertenecen los adultos mayores sujetos de estudio, de esta manera el 100% forma parte del grupo de adultos mayores del DIF Huejutla, el 24% de un total de 100% están integrados a algún grupo religioso, el 14% de 100% asisten a los grupos de capacitación de ICATHI, así mismo el 10% de un total de 100% acuden al grupo de Autoayuda del ISSSTE.

Por lo que se concluye, que las personas de la tercera edad forman parte de por lo menos un grupo de los que se reciben diversos tipos de apoyo, dependiendo del objetivo del grupo, ya que como se muestra pertenecen a grupos de adultos mayores, religiosos o de capacitación.

### c) Instituciones a las que pertenecen

**CUADRO III**

<b>Red de Apoyo</b>	<b>Instituciones a las que pertenecen</b>	<b>Total de adultos mayores que pertenecen</b>	<b>Porcentajes</b>
Apoyo Institucional	DIF Municipal	21	100%
	Gobierno del Edo. (Programa Alimentario)	14	67%
	IMSS Seguro Social	10	48%
	ISSSTE	8	38%
	Seguro Popular	4	19%
	SEDESOL (Oportunidades)	3	14%
	ICATHI	3	14%



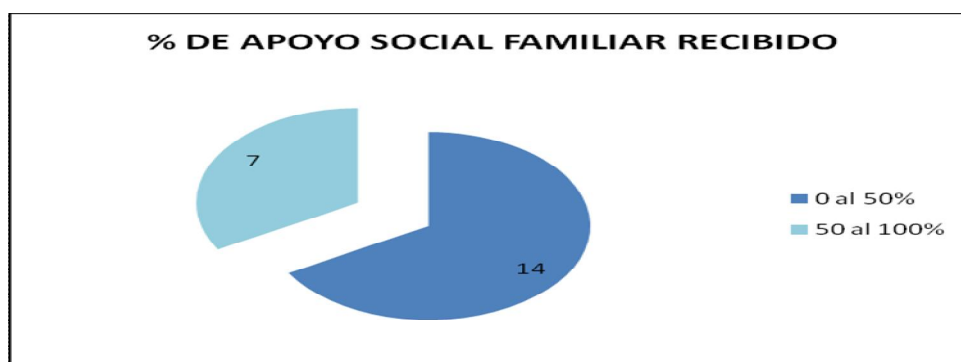
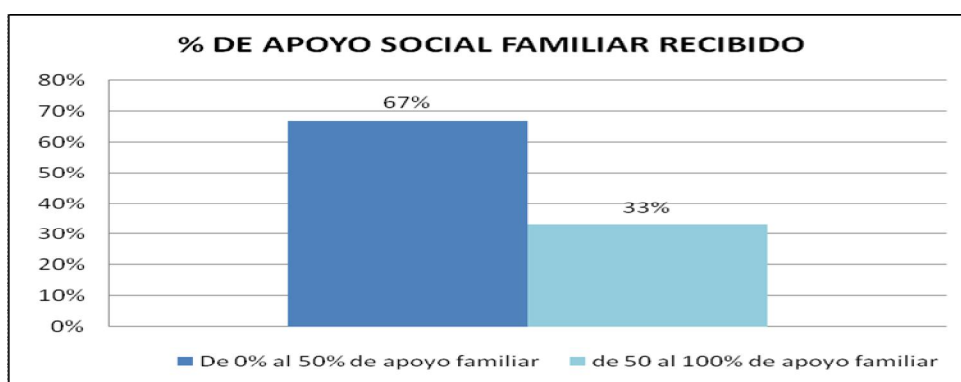
Los datos gráficos corresponden a la red de apoyo formal institucional, de esta forma se dan a conocer las diversas instituciones a las que pertenecen los adultos mayores; es así que el 100% de los entrevistados forman parte del Sistema DIF Municipal, por otro lado el 67% de 100% son respaldados por el gobierno de estado por medio del Programa Alimentario, así mismo el 48% de un total de 100% asisten al Seguro Social (IMSS) y un 38% de 100% acuden al ISSSTE, también el 19% de un total de 100% pertenecen al Seguro Popular, de igual forma el 14% de 100% son respaldados por SEDESOL a través del programa Oportunidades y un 14% de un total de 100% son beneficiados con los cursos de capacitación de ICATHI.

Por lo que se infiere que las personas de la tercera edad pertenecen a una o más instituciones de las que reciben algún tipo de apoyo. En apartados posteriores se darán a conocer el porcentaje de apoyo recibidos de la red social institucional.

## 1.- Apoyo social familiar (pareja, hijos, familiares próximos).

**CUADRO IV**

Red de Apoyo Informal	Rango de %	cantidad	Porcentajes
FAMILIAR (pareja, hijos, familiares próximos)	0 a 50%	14	67%
	50 a 100%	7	33%
	Total	21	100%



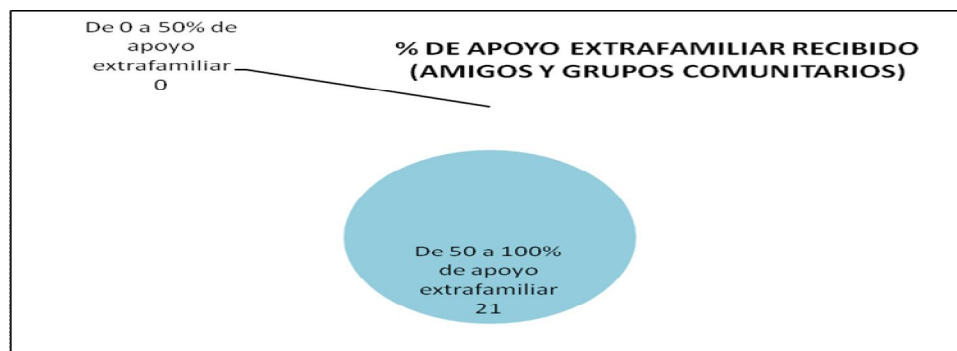
Los resultados expuestos en las gráficas explican el porcentaje de apoyo social familiar, en donde se toman en cuenta los diversos tipos de apoyo emocional, material, instrumental e informativo. Es así que el 67% del grupo de adultos mayores tienen un porcentaje de entre 0 a 50% de apoyo familiar y un 33% refieren tener un porcentaje de entre 50 a 100% de apoyo familiar.

Por lo que se infiere que la mayoría de las personas mayores tiene un porcentaje bajo de apoyo familiar en comparación con la minoría de los adultos mayores que reciben entre 50 y 100% de apoyo social familiar.

## 2.- Apoyo social extrafamiliar (amigos y grupos comunitarios)

**CUADRO V**

Red de Apoyo Informal	Rango de %	Cantidad	Porcentajes
EXTRAFAMILIAR (amigos y grupos comunitarios)	De 0 a 50%	0	0%
	De 50 a 100%	21	100%
	Total	21	100%

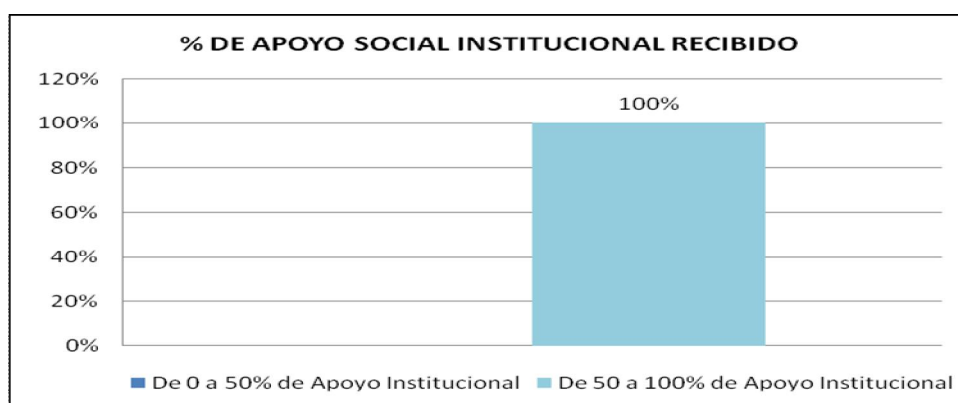


Los resultados refieren el apoyo social extrafamiliar en el cual se toma en cuenta los diversos tipos de apoyo emocional, material, instrumental e informativo que pueden brindar los amigos (as) y los grupos comunitarios a los que pertenecen los adultos mayores, de tal forma que el 100% de los entrevistados refieren tener del 50 al 100% de apoyo extrafamiliar. Por lo que se concluye que el total de adultos mayores reciben alto porcentaje de apoyo de los grupos de apoyo comunitarios y amistades con los que se relacionan.

### 3.- Apoyo social institucional

**CUADRO VI**

Red de Apoyo Formal	Rango de %	Cantidad	Porcentajes
INSTITUCIONAL	De 0 a 50%	0	0%
	De 50 a 100%	21	100%
	Total	21	100%

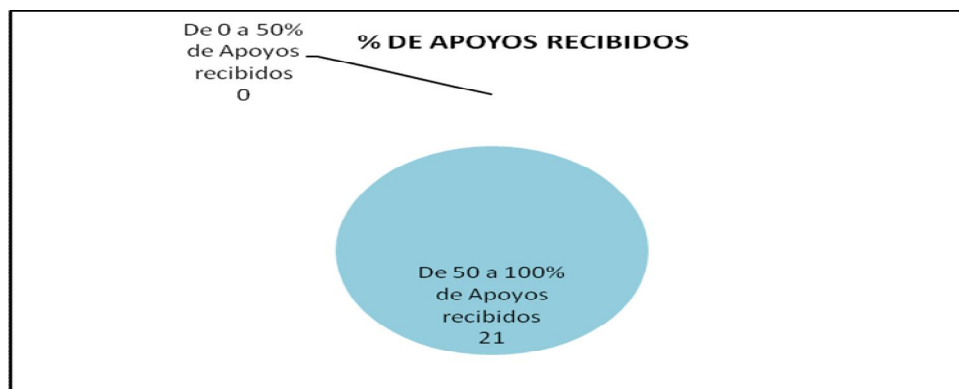
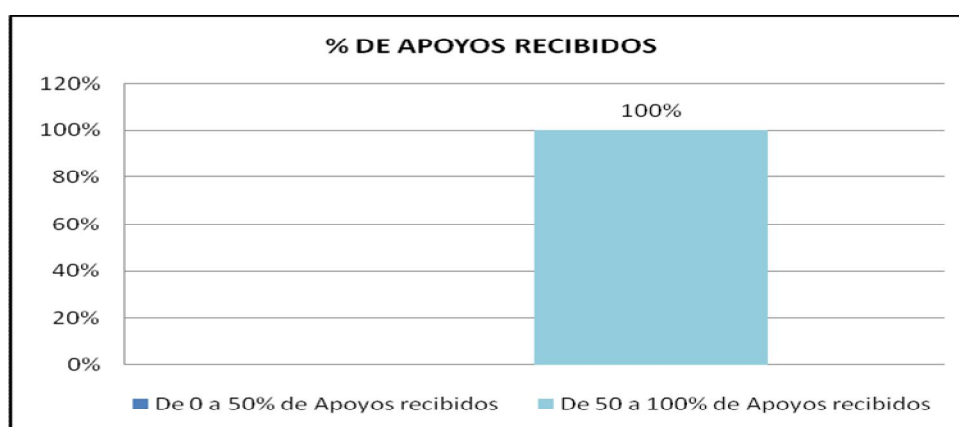


Con relación a los datos que se muestran en este apartado, referentes al apoyo formal institucional que reciben los adultos mayores, donde se toman en cuenta los diversos tipos de apoyo emocional, material, instrumental e informativo, se señala que el 100% de los adultos mayores parte del estudio reciben de un 50 a 100% de apoyos provenientes de instituciones de las que forman parte. Por lo que se puede inferir que el total de personas de la tercera edad recibe un alto porcentaje de apoyo institucional.

#### 4.- Apoyos sociales recibidos

**CUADRO VII**

	Rango de %	Cantidad	Porcentaje
Apoyos Sociales Recibidos	De 0 a 50%	0	0%
	De 50 a 100%	21	100%
	Total	21	100%



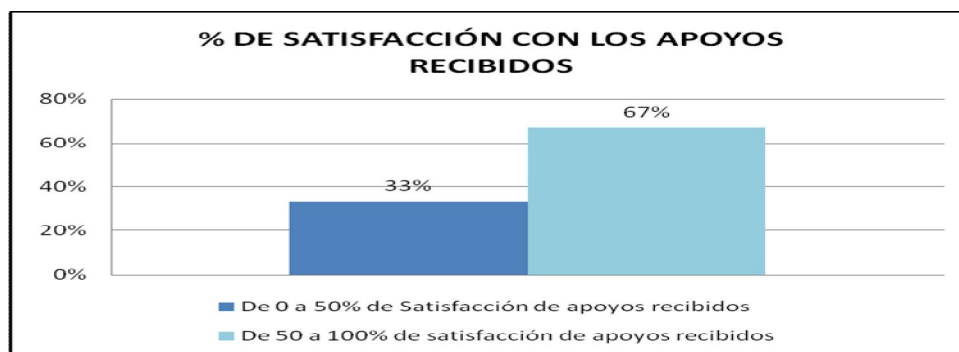
Los datos que se muestran gráficamente dan referencia al porcentaje de apoyos recibidos, éstos pueden ser emocional, instrumental, material o informativo, de acuerdo a esto al analizar los resultados el 100% de los adultos mayores que fueron entrevistados reciben del 50 al 100% de apoyos recibidos. Por lo que se infiere que existe un alto grado de apoyos brindados por las diversas redes sociales de apoyo, llámese ésta familiar, extrafamiliar o institucional.



## 5.- Satisfacción con los apoyos recibidos

**CUADRO VIII**

	Rango de %	Cantidad	Porcentajes
Satisfacción con los Apoyos Sociales Recibidos	De 0 a 50%	7	33%
	De 50 a 100%	14	67%
	Total	21	100%



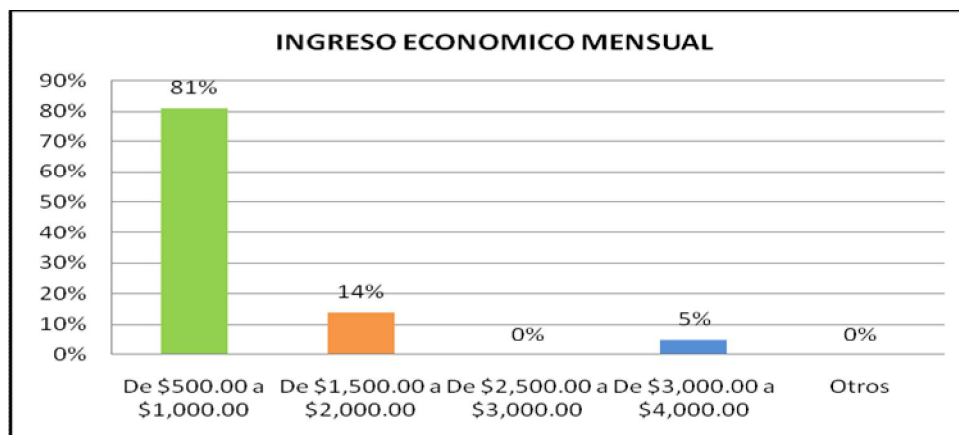
Con relación a los resultados mostrados en las gráficas con relación al porcentaje de satisfacción que tienen las personas mayores respecto a los apoyos que reciben de las diversas redes sociales de apoyo, se obtuvieron los siguientes resultados un 33% de los adultos mayores tiene un porcentaje de satisfacción de 0 a 50% y un 67% de los entrevistados tiene un porcentaje de satisfacción de 50 a 100%. Por lo que se concluye que la mayoría de la población senil tiene un porcentaje alto de satisfacción con los apoyos que recibe, no obstante el 33% de los entrevistados tienen un porcentaje relativamente bajo de satisfacción con los apoyos que reciben.

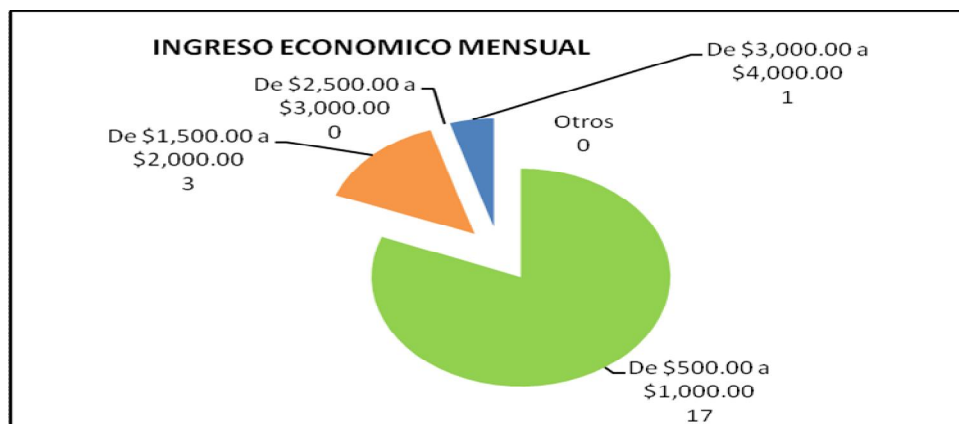
## Ingresos económicos (Indicador de calidad de vida con relación al ámbito social de la salud)

### 1.- Ingreso económico mensual

**CUADRO IX**

	<b>Respuestas</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Ingreso económico mensual	De \$500.00 a \$1,000.00	17	81%
	De \$1,500.00 a \$2,000.00	3	14%
	De \$2,500.00 a \$3,000.00	0	0%
	De \$3,000.00 a \$4,000.00	1	5%
	Otros	0	0%
	<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>





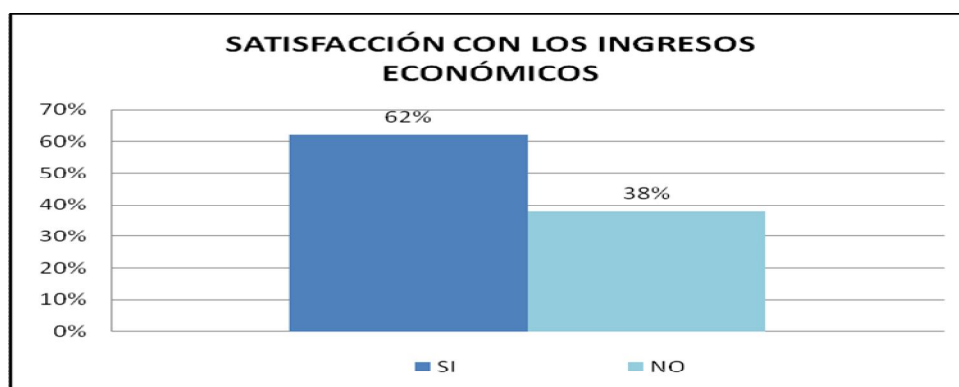
Los resultados que se analizan en las gráficas muestran el ingreso económico mensual que tiene las personas mayores que fueron entrevistadas, de esta manera el 81% percibe de \$500.00 a \$1,000.00, por otro lado el 14% recibe de \$1,500.00 a \$2,000.00, así mismo 0% de la población obtienen de \$2,500.00 a \$3,000.00, también el 5% percibe de \$3,000.00 a \$4,000.00.

Por lo que se concluye que la mayoría de la población con un 81% recibe un ingreso mensual relativamente bajo, esto puede deberse a que la mayoría de las personas adultas mayores perciben el ingreso económico del apoyo familiar. Así mismo, como se explicó anteriormente un 67% de la población entrevistada recibe un porcentaje de apoyo familiar relativamente bajo, lo cual también implica apoyo económico.

## 2.- Satisfacción con los ingresos económicos

**CUADRO X**

	Respuestas	Cantidad	Porcentajes
Satisfacción con los ingresos económicos	Si	13	62%
	No	8	38%
	Total	21	100%

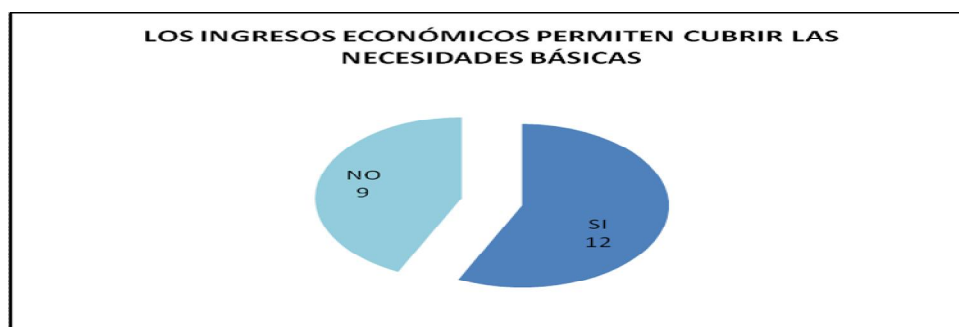
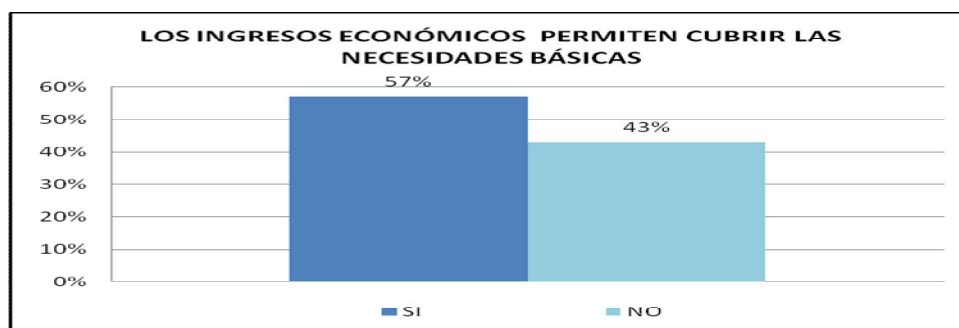


Con relación a los datos mostrados gráficamente el 62% de los entrevistados consideran estar satisfechos con los ingresos económicos, y un 38% refirió no estar satisfecho. Por lo que se puede concluir que a pesar de que la mayoría de los entrevistados perciben un ingreso económico bajo como se observó en la gráfica anterior, esto no es indicativo de que exista baja satisfacción con los ingresos monetarios que se perciben, ya que como se muestra en esta gráfica, un porcentaje mayoritario refiere estar satisfecho en este aspecto.

### 3.- Los ingresos económicos permiten cubrir las necesidades básicas

**CUADRO XI**

	Respuestas	Cantidad	Porcentaje
Los ingresos económicos le permiten cubrir sus necesidades básicas, tales como comer, atender la salud, contar con una vivienda con un mínimo de comodidades, vestirse, trasladarse y acceder a actividades de esparcimiento.	Si	12	57%
	No	9	43%
	Total	21	100%



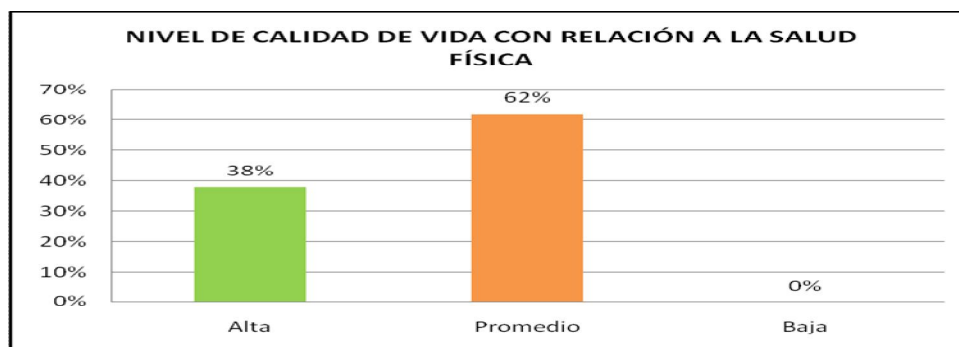
Los resultados expuestos en las gráficas de este apartado indican que en un 57% los ingresos económicos sí les permiten cubrir sus necesidades básicas; por el contrario un 43% considera que sus ingresos económicos no le permiten cubrir las necesidades antes mencionadas. Por lo tanto, aunque como se refirió anteriormente los adultos mayores perciben bajo ingreso económico, esto no implica que no puedan cubrir sus necesidades básicas, esto en un 57% de los casos, lo cual puede tener relación con el 38% de los mayores que mencionan sentirse insatisfechos con sus ingresos económicos.

#### 4.1.4 RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA DE LA OMS. WHOQoL-BREVE EN ESPAÑOL.

##### 1.- Nivel de calidad de vida con relación a la salud física

**CUADRO I**

Calidad de Vida	Niveles	Cantidad	Porcentajes
Salud Física	Alta	8	38%
	Promedio	13	62%
	Baja	0	0%
	Total	21	100%

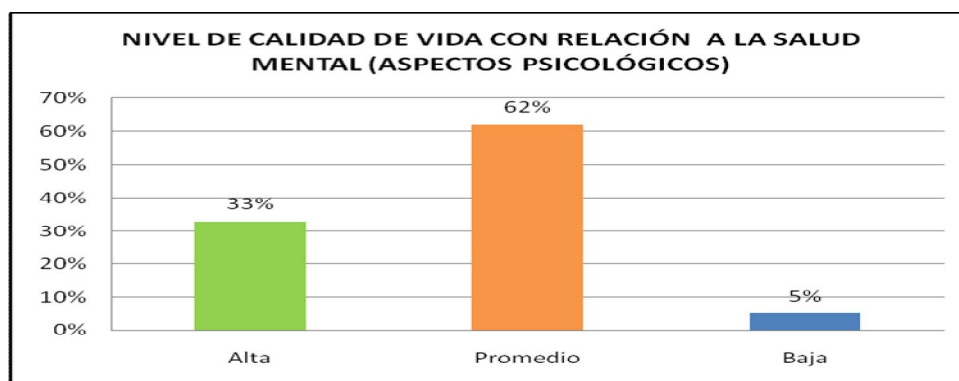


Las gráficas muestran que los adultos mayores refieren tener un nivel de calidad de vida con relación a la salud física: alta en un 38%, promedio en un 62% y baja 0%. Por lo que se puede inferir que los mayores que participaron en la investigación se encuentran físicamente funcionales e independientes, lo que les permite obtener puntajes sobresalientes referente a la calidad de vida con relación salud física alta en un 38% y promedio en un 62%.

## 2.- Nivel de calidad de vida con relación a la salud mental. (Aspectos psicológicos)

**CUADRO II**

Calidad de Vida	Niveles	Cantidad	Porcentajes
Salud Mental Aspectos Psicológicos	Alta	7	33%
	Promedio	13	62%
	Baja	1	5%
	Total	21	100%

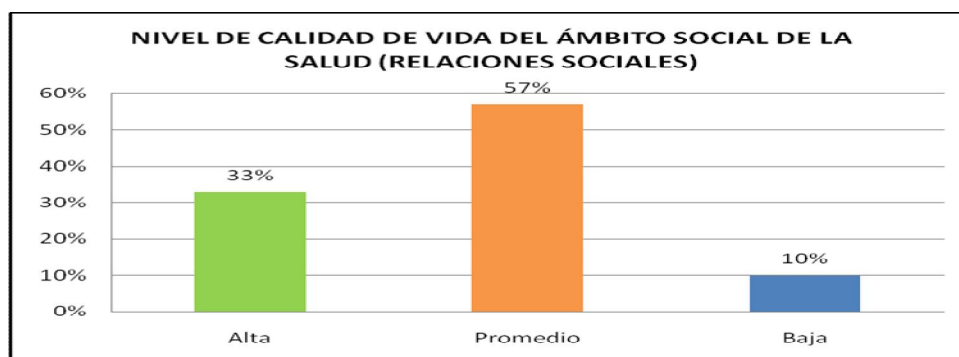


Los datos que se muestran gráficamente concluyen que los adultos mayores refieren tener un nivel de calidad de vida con relación a la salud mental: alta en un 33%, promedio en un 62% y baja 5%. Por lo que se concluye que la mayoría de la población entrevistada se encuentra funcional a nivel mental y psicológicamente, con un 33% de calidad de vida alta y un 62% de nivel promedio de calidad de vida con relación a la salud mental.

### 3.- Nivel de calidad de vida del ámbito social de la salud. (Relaciones sociales)

**CUADRO III**

Calidad de Vida	Niveles	Cantidad	Porcentajes
Ámbito social de la salud Relaciones Sociales	Alta	7	33%
	Promedio	12	57%
	Baja	2	10%
	Total	21	100%



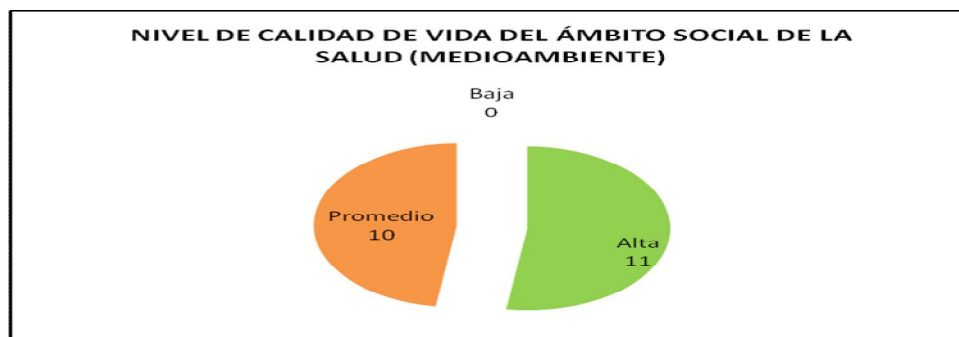
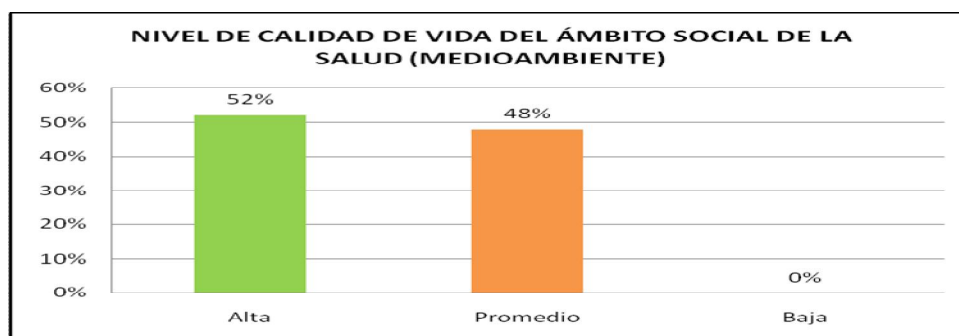
Los datos que se muestran gráficamente indican que las personas de la tercera edad tienen un nivel de calidad de vida con relación al ámbito social de la salud en cuanto a las relaciones sociales: alta en un 33%, promedio en un 57% y baja 10%. Por lo que se concluye que los mayores tienen un nivel adecuado de calidad de vida con respecto a sus relaciones sociales con un nivel alto con un 33% y un 57% de nivel promedio de calidad de vida.



#### 4.- Nivel de calidad de vida del ámbito social de la salud. (Medioambiente)

**CUADRO IV**

Calidad de Vida	Niveles	Cantidad	Porcentajes
Ámbito social de la salud Medioambiente	Alta	11	52%
	Promedio	10	48%
	Baja	0	0%
	Total	21	100%



Los resultados mostrados en las gráficas indican un nivel de calidad de vida con relación al ámbito social de la salud en cuanto al medioambiente, el cual es: alta en un 52%, promedio en un 48% y baja 0%. Es importante señalar que en el ámbito social referente al medio ambiente evalúa (seguridad, ambiente físico, ingreso económico, información, transporte, vivienda, servicios de salud, entre otros), de esta manera los adultos mayores tienen un nivel de calidad de vida funcional y estable al determinarse como alta en un 52% y promedio en un 48%.

## 4.2 ANÁLISIS GLOBAL DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados se concluye de manera general, lo siguiente:

Es importante señalar que se consideran como indicadores de calidad de vida con relación a la salud física: la autopercepción de la salud y capacidad física funcional; de tal manera que el cuestionario de Autopercepción de la salud física y Capacidad física funcional, arroja los datos necesarios para evaluar ambos indicadores, es así que los adultos mayores refieren tener enfermedades; los porcentajes más altos los ocupan la hipertensión arterial, los problemas visuales y/o auditivos y los trastornos articulares (Osteoporosis, artritis, artrosis, etc.), sin embargo, la percepción que tienen los ancianos de su salud de acuerdo a los puntajes más altos son en su mayoría considerada como regular con un 66% y buena en un 24%. Así mismo un 52% considera tener mejor estado de salud en comparación con las personas de su misma edad. Y al cuestionar si las enfermedades los limitan para realizar actividades cotidianas, existe una igualdad en el porcentaje con un 43% en las respuestas *no* y *a veces*, por lo que solo la minoría se ve afectado físicamente por las enfermedades que padece, esto se puede comprobar ya que el 81% de los adultos mayores consideran que tienen la capacidad física para valerse por sí mismo en actividades de la vida cotidiana, por lo que se concluye que a pesar de que los adultos mayores entrevistados padecen enfermedades, son personas físicamente capaces y funcionales, lo que les permite ser independientes en las actividades de su vida diaria.

Con respecto a los indicadores de calidad de vida relacionado a la salud mental, se evaluaron los trastornos afectivo y cognitivo que de acuerdo al campo gerontológico son los más frecuente en la población senil, conocidos como depresión y deterioro cognitivo. De acuerdo a los resultados arrojados

de la aplicación de la Prueba de depresión Geriátrica, los cuales reportan el porcentaje más alto en un 52% de las personas mayores de edad obtuvieron puntajes normales y un 48% de adultos mayores tienen depresión. De esta manera se concluye que existe una baja diferencia porcentual entre los diagnosticados con un estado afectivo normal y los que dan indicativo de depresión; por lo que es importante establecer estrategias dirigidas al 48% de los adultos mayores que han sido calificados con depresión, como parte de mejoramiento de la salud mental.

Referente a los resultados arrojados en la aplicación de la Prueba del mini examen mental de Folstein, los cuales refieren que un 86% de las personas de edad avanzada obtuvieron puntajes normales y un 14% se diagnosticaron con deterioro cognitivo; por lo que se infiere que en un alto porcentaje los adultos mayores tienen un estado cognitivo normal que les permite ser funcionales mentalmente de acuerdo a su edad.

Con relación al ámbito social de la salud, se evaluaron las redes de apoyo social a las que pertenecen los adultos mayores, solo un 14% no tiene pareja pero un 86% sí, así mismo el 100% tiene hijos, familiares próximos, amigos, también pertenecen a por lo menos un grupo comunitario y a una o más instituciones.

También es importante mencionar que los grupos de apoyo comunitario a los que forman parte son el grupo de adultos mayores del DIF Huejutla, grupos religiosos, grupos de capacitación de ICATHI, y de autoayuda del ISSSTE. Por otra parte también pertenecer a diversas instituciones, las cuales son: Sistema DIF Municipal, también el gobierno de estado por medio del Programa Alimentario, así mismo asisten al Seguro Social (IMSS) y también al ISSSTE y al Seguro Popular, de igual forma son respaldados por SEDESOL a través del programa Oportunidades y son beneficiados con los cursos de capacitación de ICATHI.

Así mismo, el porcentaje de apoyo social familiar recibido (pareja, hijos y familiares próximos), indica que el 67% de los adultos mayores tienen un porcentaje de 0 a 50% de apoyo familiar y un 33% reciben del 50 al 100% de apoyo familiar, por lo que se puede deducir que la mayoría de las personas adultas mayores entrevistadas tienen un porcentaje relativamente bajo de apoyo social familiar, mientras un 33% se encuentra entre los rangos altos de apoyos familiares recibidos.

En cuanto al apoyo social extrafamiliar que incluye a los grupos de apoyo comunitarios señalados anteriormente y a las amistades; y el apoyo institucional referente a las dependencias a las que pertenecen, el porcentaje resultante es que el 100% de los entrevistados reciben de 50 a 100% de apoyo tanto de la red extrafamiliar y la institucional; por lo que se puede inferir que de ambas redes sociales señaladas se reciben un alto grado de apoyo según lo percibe la población senil encuestada.

Referente al porcentaje de apoyos recibidos (emocional, material, instrumental e infomativo), en general de las redes sociales de apoyo familiar, extrafamiliar e institucional, de acuerdo a los datos resultantes el 100% de la población entrevistada recibe de 50 a 100% de apoyo, por lo que se puede concluir que reciben alto grado de apoyos. Sin embargo en cuanto al porcentaje de satisfacción con los apoyos recibidos un 33% de las personas mayores tiene un porcentaje de satisfacción de 0 a 50% y un 67% de la población tienen un porcentaje de satisfacción de 50 a 100%, por lo que se concluye que la mayoría de los entrevistados tienen un porcentaje alto de satisfacción con los apoyos que reciben de las diversas redes de apoyo social de las que forman parte, sin embargo existe 33% de la población con un porcentaje de satisfacción de 0 a 50%, dicho rango se considera relativamente bajo, lo cual puede tener relación con el porcentaje de adultos mayores que reciben un bajo grado de apoyo social familiar.

Otro dato sobresaliente que se considera como indicador de calidad de vida referente al ámbito social de la salud es el ingreso económico, en este punto es importante señalar que el 81% de los adultos mayores entrevistados reciben un ingreso mensual mínimo de \$500.00 a \$1000.00, sin embargo también existe un porcentaje mayoritario de 62% de adultos mayores que se encuentran satisfechos con el ingreso económico que reciben, no obstante el 38% se encuentra insatisfecho con su economía.

Así mismo los resultados del instrumento de calidad de vida de la OMS, refieren que:

La calidad de vida con relación a la salud física es promedio.

La calidad de vida con relación a la salud mental (aspectos psicológicos) es promedio.

La calidad de vida con relación al ámbito social de la salud (relaciones sociales) es promedio.

La calidad de vida con relación al ámbito social de la salud (medioambiente) es alta.

Por lo que se puede concluir que los adultos mayores pertenecientes al grupo “La eterna juventud”, tienen niveles de calidad de vida promedio con relación a la salud, por lo tanto pueden considerarse como estables, lo que les permiten ser personas funcionales e independientes, sin embargo sería de fundamental importancia establecer estrategias para mejorar el nivel físico, mental y social de la salud y obtener un nivel alto de calidad de vida en estos ámbitos.

### 4.3 VERIFICACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron de los instrumentos, y principalmente del instrumento de calidad de vida de OMS, que permite dar respuesta a la pregunta de investigación y comprobar las hipótesis descriptivas planteadas en el presente trabajo; relativo a esto se puede dar a conocer que se han comprobado las siguientes hipótesis referentes al nivel de calidad de vida con relación a la salud:

- La calidad de vida con relación a la salud física es promedio.
- La calidad de vida con relación a la salud mental (aspectos psicológicos) es promedio.
- La calidad de vida con relación al ámbito social de la salud (relaciones sociales) es promedio.
- La calidad de vida con relación al ámbito social de la salud (medioambiente) es alta.

Para concluir es importante mencionar que en general el grupo de adultos mayores que participaron en la investigación, tienen un nivel de calidad de vida estable con relación a la salud, lo que les permite llevar una vida promedio de autonomía, independencia y funcionalidad a nivel físico, mental y social, sin embargo, es importante implementar estrategias para aumentar la calidad de vida a un nivel alto, pues considerando que la etapa de la vejez es una etapa que puede implicar diversos cambios a nivel físico, mental y social, lo que puede contribuir a la mayor vulnerabilidad del adulto mayor, afectando con ello su calidad de vida.

**CAPÍTULO V**  
**SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES**

“El arte de envejecer es esperar el  
mañana con las oportunidades  
del presente y las experiencias del ayer”

Ritcho

## 5.1 SUGERENCIAS

A partir del análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación, se establecen sugerencias de promoción de la salud encaminadas a mantener y/o recuperar la funcionalidad física, mental y social del grupo de adultos mayores pertenecientes al Sistema DIF Huejutla, que permitan mejorar el nivel de calidad de vida, pues se considera una variable prioritaria y mejorarla es uno de los objetivos de la gerontología y de todas las disciplinas relacionadas con el envejecimiento, por lo que las sugerencias establecidas en este apartado se fundamentan en el marco del envejecimiento activo el cual surge como una ampliación del envejecimiento saludable. Es así que para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores es necesario establecer sugerencias que permitan mejorar la salud integral lo cual conduce a cubrir las necesidades biopsicosociales de las personas mayores; Por lo que se propone lo siguiente:

### **ÁMBITO DE LA SALUD GLOBAL:**

1.- Es importante resaltar que en el municipio existen instituciones del sector salud que ofrecen atención médica a las personas mayores, sin embargo la mayoría de las veces no cuentan con el recurso humano ni material para cubrir las necesidades asistenciales de la gente grande, es por ello que se considera necesaria la **Atención geriátrica especializada** para esta población, por lo que es importante la gestión y realización de una **Clínica geriátrica** que proporcione a los mayores un cuidado preventivo, de diagnóstico, asistencial y rehabilitador de forma integral.



Con instalaciones adecuadas y adaptadas para las necesidades de las personas mayores, y principalmente con la participación de profesionales de la salud que permitan brindar asistencia sanitaria de calidad y con los conocimientos de las enfermedades y trastornos propios de los adultos mayores, lo que permita retrasar así la dependencia y fragilidad en el adulto mayor, contribuyendo con ello a la mejora de la calidad de vida.

2.- Dado que la atención de la persona mayor es compleja, se sugiere que la instancia del adulto mayor que tiene a cargo el Sistema DIF Municipal, evolucione hacia un concepto de lo que se conoce como **Unidad gerontológica integral**, principalmente a través de la integración de un **Equipo multidisciplinario de profesionales de la salud gerontológica** (médico preferentemente especializado en geriatría, gerontólogo, enfermero, psicólogo, trabajador social, nutriólogo, odontólogo, fisioterapeuta, logopeda, terapeuta ocupacional, entre otros), que puedan abarcar de manera especializada los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento. La importancia de la integración del equipo gerontológico reside en la atención y asistencia integrales, y contribuir al trabajo en conjunto tomando las decisiones más adecuadas de intervención para la persona mayor, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.

3.- Así mismo se propone **Capacitar en educación para la salud a los adultos mayores para posibilitar su autocuidado**, para ello se hacen necesarios los programas para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, que implica la adopción de estilo de vida saludables y del autocuidado que incluye información y prevención de las enfermedades más comunes en la vejez, la importancia de la actividad física, educación sobre la prevención de lesiones y caídas, guía nutricional, y asesoramiento sobre salud mental, higiene personal, salud bucal y el buen uso de medicamentos y el cumplimiento terapéutico, así como los factores de riesgo en la vejez.

Para lo cual se recomienda desarrollar sesiones con las temáticas inherentes al envejecimiento que permita a los adultos mayores tener información útil para el autocuidado, es importante mencionar que las sesiones tienen que impartidas por profesionales de la salud.

### **ÁMBITO DE LA SALUD FÍSICA:**

Las diversas enfermedades padecidas pueden muchas veces afectar la capacidad física para funcionar de manera independiente en las actividades de la vida diaria, y aunque las personas mayores sujetas a estudio padecen diversas enfermedades, estas no afectan la capacidad funcional de los adultos mayores. Sin embargo como se ha mencionado en apartados anteriores, la vejez es una etapa de vulnerabilidad por los diversos cambios de la edad y el desgaste acumulado, por ello se recomienda realizar intervenciones enfocados a mantener y/o recuperar la funcionalidad física de las personas que forman parte del estudio, y es así que desde el enfoque gerontológico se trabaja con terapias como las siguientes:

1.- **Las terapias funcionales** cuyo objetivo principal es mantener un buen estado físico general, el mayor tiempo posible, retrasando el deterioro gradual propio de la edad, y contribuir al bienestar del mayor. Es así que las terapias funcionales que se proponen para desarrollar con el grupo de adultos mayores, son las siguientes:

**La gerontogimnasia**, es un tipo de terapia que consiste en diseñar rutinas de ejercicios cuyo objetivo es la movilización de todas las articulaciones del cuerpo, así como la amplitud articular, la fuerza muscular, la resistencia, la coordinación general y la marcha, etc.

En este sentido, se debe promover a diario la práctica de una serie de ejercicios agradables y placenteros, que sean de movimientos amplios a

finos, iniciando de arriba hacia abajo y de proximal a distal. La realización de estos ejercicios se puede llevar a cabo con orden verbal, por imitación o tocándole el segmento corporal que se va a movilizar.

Por otra parte se sugiere trabajar con **Técnicas de relajación** las cuales consisten en distintos métodos y técnicas cuya finalidad es ayudar a que el adulto mayor tome conciencia de su cuerpo, lo sienta y lo perciba en tensión y distensión, en movimiento y en reposo e incorpore estas sensaciones a otras ya acumuladas en su cerebro, para que pueda adquirir una buena imagen corporal.

Así mismo las **Actividades deportivas** son una excelente oportunidad para fomentar la capacidad física, aquí se propone la realización de actividades que permitan fomentar el dinamismo físico, entre los que se pueden practicar se encuentra el fútbol, baloncesto, atletismo, cachibol, volibol, caminatas etc. Cabe mencionar que las actividades deportivas deben de ser supervisadas y acorde a las capacidades físicas de las personas de la tercera edad.

También se sugiere dentro de las técnicas para mejorar la funcionalidad física, lo que se conoce como **Entrenamiento de la higiene postural**, que consiste en enseñar técnicas que mejoren y fomenten hábitos posturales adecuados en personas de la tercera edad, lo que permita evitar lesiones y con ello prevenir la discapacidad.

Dentro del ámbito gerontológico se sugiere realizar **Programas de psicomotricidad** con los adultos mayores, ya que contribuye a mejorar la capacidad física, pues permite el desarrollo de las posibilidades motrices, expresivas y creativas del anciano, a partir del cuerpo y el movimiento.

Por ello algunas técnicas que se proponen a desarrollar dentro del programa de Psicomotricidad son:

- Actividades motrices básicas: implica el movimiento libre o dirigido, ejercicios de coordinación, recorridos, marchas, laberintos, etc.
- Actividades somatognósicas: son actividades que implican el conocimiento y movimiento de las distintas partes del cuerpo, por ejemplo: discriminación de izquierda y derecha, etc.
- Actividades sensoriales.
- Actividades para trabajar el ritmo.

Llevar a cabo el programa psicomotriz con regularidad permitirán que las personas mayores tengan beneficios a nivel físico como los siguientes: potenciar la movilidad general, mejorar la coordinación, adquirir buen equilibrio, favorecer la consciencia del propio cuerpo y lograr el control, la independencia de movimientos, desarrollar el sentido del ritmo y la expresión corporal, entre otros.

Otro tipo de técnica que se sugiere poner en práctica con las personas de la tercera edad son las **Actividades sensoriomotrices**, aquí se trabaja con aspectos de ejecución concretos; pueden ser ejercicios simples y repetitivos con el fin único de que la persona mayor mantenga lo más posible, la manipulación y utilización de los objetos. De esta forma se trabaja para mejorar las capacidades manipulativas con actividades como las siguientes:

- Coordinación visomotriz.
- Movilizaciones pasivas de la mano.
- Movilizaciones activas y realización de ejercicios de destreza manual
- Separación de elementos de distintos tamaños y formas.
- Ejercicios en la arena para trabajar sensibilidad y las esterognosias.
- Ejercicios manipulativos en el agua con distintas temperaturas.

Las terapias funcionales antes mencionadas, son importantes durante la vejez, ya que en esta etapa la conciencia corporal de la persona mayor se va deteriorando, y empieza a sentirse desconforme con su cuerpo, por lo tanto el individuo debe utilizar el movimiento y la actividad física como recurso básico para la adaptación a su propio cuerpo y mejorar la imagen corporal actual. Lo anterior contribuirá a que el anciano experimente su cuerpo de manera saludable, acepte su envejecimiento, afronte adaptativamente sus limitaciones corporales y se sienta competente con su propio cuerpo.

### **ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL:**

Con relación al ámbito de la salud mental se propondrán estrategias para mejorar el estado afectivo y cognitivo de las personas de la tercera edad, de esta manera se sugiere lo siguiente:

1.- A continuación se propone **La intervención psicológica** para mejorar el estado afectivo en la vejez, especialmente con relación a la depresión, la cual se considera la principal afectación afectiva en esta población. Y de esta manera se retoma la evidencia de los datos obtenidos en el estudio realizado, en donde 10 de los 21 adultos mayores entrevistados obtuvieron puntajes altos con relación a la depresión. Es así que se plantea lo siguiente:

A nivel de intervención psicológica se sugiere la **Terapia cognitivo conductual**, ya que de acuerdo a lo referido por varios autores este tipo de terapia, es el más eficaz y recomendable para el tratamiento de personas mayores deprimidas. La TCC tiene por meta fundamental dotar a las personas de habilidades y estrategias para enfrentarse de una manera más eficaz a los problemas que se asocian con sus sentimientos depresivos.

Concretamente, a través de esta terapia se trata de que la persona deprimida aprenda habilidades cognitivas y conductuales que le permitan desafiar y sustituir sus patrones de pensamientos automáticos y distorsionados por

pensamientos más realistas, así como incrementar la motivación de la persona para realizar actividades específicas que la ayudarán a elevar su estado de ánimo y sentirse mejor.

Los objetivos que persigue una intervención cognitivo-conductual no se agotan con la consecución de los cambios terapéuticos esperados, sino que también se persigue el mantenimiento de los cambios con el tiempo y la prevención de posibles recaídas. Es así que las etapas en las que puede ser dividido el proceso de la Terapia cognitivo conductual son tres:

*Primera etapa:*

- Un primer acercamiento es a nivel educativo, en donde se debe instruir al paciente sobre lo que le está pasando y porqué. Se debe comunicar la idea de que sus emociones y sus conductas están causadas por los pensamientos automáticos que se disparan a partir de una serie de condiciones previas.

- En un segundo paso se entrena a la persona mayor a identificar sus distorsiones cognitivas, mediante el entrenamiento de observación y autorregistro diario de pensamientos erróneos y sentimientos asociados a estos, es conveniente construir un formulario que el adulto mayor pueda completar con facilidad, en el que se registra: fecha y hora, situación, pensamiento automático y emoción.

- Para darle seguimiento a la etapa dos, se examina y somete a prueba de realidad los pensamientos y sus respectivos sentimientos. El objetivo es que el paciente obtenga una visión más realista del mundo y de sí mismo, una interpretación de la realidad más apoyada en evidencias y datos objetivos.

- Lo anterior contribuirá a que la persona genere otras alternativas más adecuadas y adaptativas, a través de la re-atribución de esos pensamientos negativos. Este trabajo se debe validar conjuntamente entre terapeuta y paciente, para ello se pueden plantear nuevas respuestas racionales, argumentando evidencia a favor o en contra del contenido de los pensamientos automáticos que influyen negativamente sobre el estado afectivo del adulto mayor. Posteriormente el terapeuta se encargará de revisar conjuntamente con el paciente los registros, aplicando un sistema de refuerzo selectivo (es decir, premiando en el momento en que se realiza un comportamiento adecuado), con la consecución de este objetivo se logra el autocontrol cognitivo del paciente.

*Segunda etapa:*

El segundo de los objetivos se puede cubrir utilizando un enfoque conductual. Desde este modelo se trata de dotar a la persona de todas las habilidades de automanejo necesarias para enfrentar las diferentes situaciones conflictivas. Por lo que propone entrenar en:

- *Habilidades interpersonales y técnicas de resolución de conflictos:* para lograr incrementar las relaciones sociales y para que la persona sea capaz de afrontar los posibles problemas; en donde se entrena en áreas como comunicación (verbal y no verbal), entrenamiento asertivo y la empatía, solución de problemas, etc.
- *Técnicas de relajación:* con el fin de afrontar los posibles momentos de ansiedad.

En esta segunda etapa se logra dotar a la persona de un conjunto de habilidades de afrontamiento necesarias para devolver la confianza y seguridad en sí mismo.

*Tercera etapa:*

Por último se propone utilizar un modelo psicoeducativo, en donde se busca fomentar en la persona la planificación de sus propios recursos y habilidades ya adquiridas, reforzando la idea de que tiene que ser la propia persona la que asuma, de forma progresiva, un papel destacado como agente de su propio cambio.

Para ello se utilizan técnicas de planificación del tiempo libre y ocio, buscando en todo momento, realizar actividades placenteras y de interacción con los demás. En este último objetivo alcanzado se logra que la persona sea capaz de ver todo el proceso de intervención y sentirse partícipe de su propio cambio y alentado a planificar su futuro.

2.- Con relación al estado cognitivo se recomiendan **Las terapias cognitivas** las cuales se proponen para mejorar y/o mantener el rendimiento cognitivo y funcional, incrementando la autonomía personal en las actividades ocupacionales del sujeto. En las terapias cognitivas se pueden utilizar diferentes técnicas, estas intervenciones no son en absoluto excluyentes, más bien se pueden complementar y pueden ser utilizadas de forma combinada en un mismo programa de intervención. A continuación se mencionan algunas de las más utilizadas dentro de la gerontología:

Es así que se sugiere desarrollar **Talleres de psicoestimulación cognitiva** para rehabilitar o mantener las funciones mentales superiores; las actividades cognitivas se desarrollan repitiendo estímulos y acciones que faciliten al adulto mayor estimular sus habilidades mentales.

A continuación se mencionarán algunas técnicas de estimulación cognitiva que se utilizan dentro del enfoque gerontológico, y se hace mención dependiendo de la función mental que se desee trabajar:



**La orientación** en espacio, tiempo y persona, entendida como el conocimiento que el sujeto tiene del entorno espacial y temporal en el cual se desenvuelve, es una capacidad mental, la cual es importante estimular. Es así que se propone la **Terapia de orientación a la realidad (TOR)**, la cual constituye un método de tratamiento de la confusión y las alteraciones de la orientación y la memoria a través de la estimulación multimodal (oral y visual) de los pacientes con el objetivo de que compensen o reaprendan datos sobre sí mismos, así como la orientación espacial y temporal, la percepción del ambiente y del entorno en el que se encuentran. En este tipo de estimulación pueden realizarse algunos cuestionamientos (ver anexo 10).

Con relación al **Lenguaje** se proponen la siguiente serie de actividades de estimulación para restablecer o mantener esta capacidad tanto a nivel verbal y escrito.

- Tareas de producción verbal automática (evocación de los meses del año, días de la semana, series numéricas).
- Ejercicios de descripción de imágenes, situaciones y hechos.
- Denominación visuo-verbal (objetos, partes de objetos, partes del cuerpo humano, imágenes).
- Ejercicios de fluidez verbal, en los que se contemplan el número de palabras por minuto.
- Ejercicios de evocación (clave fonética/clave semántica) de situaciones.
- Ejercicios de repetición (letras, palabras, frases y números).
- Ejercicios de lectura (frases, palabras, sílabas y letras).
- Ejercicios de escritura: redacción (por ejemplo pedirle que escriba un refrán o poema que conozca), descripción (escribir las características de una imagen), dictado, copia de algún escrito.
- Fuga de letras: completar palabras.

- Razonamiento y otras funciones verbales: asociaciones de palabras, complementación de familias de palabras, resúmenes y opiniones personales de noticias de la prensa o hechos determinados.

Así mismo se sugiere orientar actividades de estimulación para mantener las funciones con relación a la **Apraxia** la cual es considerada como la dificultad para realizar actividades motoras coordinadas intencionadas, como: lavarse los dientes, realizar un saludo, copiar un dibujo, etc. Por tal razón se propone lo siguiente:

Utilización de objetos cotidianos:

- Una vez entregados una serie de objetos reales, pedir al paciente que los nombre, explique para qué se usan y haga uso de ellos, una muestra de algunos objetos son: peine, espejo, cerillos, reloj, calcetín, anillo, llave, martillo, clavo, botón, etc.

Ejercicios de motricidad fina:

- Ejercicios de coordinación visual y lineal: tomar un lápiz y unir todos los puntos, siguiendo la numeración, hasta conseguir que aparezca el dibujo de la figura.

Praxis constructiva:

- Dibujos a la orden y a la copia: pedir que dibuje alguna imagen o bien que copie alguna ilustración.
- Construcción de partes de dibujos: simetrías.

**Las agnosias** son las funciones cognitivas que se ponen en funcionamiento para percibir y reconocer la forma y las características físicas visuales, auditivas, somestésicas, olfativas, gustativas de las personas y de los objetos

del entorno. Para mantener esta capacidad en el adulto mayor se proponen las siguientes actividades:

Agnosias visuales:

- Reconocimiento de imágenes gráficas.
- Asociación de imágenes. Agrupar fichas por categorías, por ejemplo de animales y pedirles que los agrupen según el lugar donde viven.
- Búsqueda de diferencias en imágenes.
- Reconocimiento de letras y números.
- Asociación imagen-palabra.
- Identificar las personas o lugares de fotografías.

Reconocimiento de colores:

- Denominación del color: mostrar colores y que anciano los identifique.
- Reconocimiento de objetos asociados a su color habitual.

Reconocimiento facial:

- Reconocimiento de familiares y amigos (biografía personal).
- Personajes conocidos (famosos).

Organización espacial, percepción y lateralidad:

- Organización visual del espacio: mostrar imágenes de partes de una casa y que la persona identifique que lugar es, por ejemplo: la cocina.
- Organización espacial horaria: detectar la hora que marque los relojes.
- Resolución de laberintos
- Copiar dibujos en una cuadrícula.
- Localización de las partes del cuerpo.
- Entretenimientos: búsqueda de diferencias y similitudes entre dos imágenes.

- Ejercicios de conceptos espaciales (arriba, abajo, derecha, izquierda): pedirle que dibuje un rectángulo, un triángulo dentro del rectángulo, un círculo a la derecha del rectángulo y un cuadrado debajo del círculo.

#### Agnosias táctiles:

- Reconocimiento táctil de objetos cotidianos.
- Reconocimiento de letras y números en relieve.

#### Agnosias auditivas:

- Reconocimiento de sonidos.
- Evocación de sonidos (animales, objetos de la vida cotidiana).
- Imitación de sonidos.

**La memoria** es una capacidad cognitiva cuya estimulación y mantenimiento se considera prioritaria dentro del ámbito gerontológico, es así que se proponen las siguientes actividades:

- Evocación de los nombres de familiares, lugares (Con fotografías).
- Memorización de imágenes diferentes (animales, objetos de la vida diaria, alimentos, etc.).
- Juegos de memoria, por ejemplo: memorama.
- Memorización de palabras, grupos de palabras, frases.
- Recordar una información (noticia periodística, acontecimiento, etc.) y evocarla en un período de tiempo determinado.
- Recordar acontecimientos cotidianos (nombre de amigos o personas próximas al paciente, comida del día anterior, actividades del fin de semana anterior, etc.).

- Ejercicios relacionados con los datos personales o biográficos (recordar la dirección, nombre de los familiares más próximos, número de teléfono, etc.).
- Repetición de listas numéricas y/o ejercicios de repetición de palabras.

Con relación al **Cálculo** se sugieren las siguientes actividades de estimulación, sin embargo aquí es importante tomar en cuenta el nivel de escolaridad del adulto mayor:

- Clasificación de números pares e impares.
- Secuencias numéricas
- Ordenación de cifras de mayor a menor o viceversa.
- Resolución de operaciones aritméticas: suma, resta, multiplicación y división y problemas matemáticos.

Por otra parte también es importante implementar actividades como laberintos, sopas de letras y crucigramas, así como juegos de mesa como rompecabezas, memorama, lotería y dominó; ya que con ellos se ponen en práctica capacidades cognitivas como la memoria, concentración, organización visomotriz, razonamiento, las cuales son imprescindibles para el buen funcionamiento mental de la persona mayor.

Otro tipo de terapia cognitiva que se sugiere es la **Terapia de reminiscencia**, en esta técnica se trabaja con la memoria intacta o a largo plazo y los recuerdos del mayor, se utilizan fotografías, objetos, temas para debate y charlas. La revisión de la vida es una manera de recuerdo estructurado, que posibilita al adulto mayor narrar su experiencia vital y los hechos que marcaron su vida. Esta técnica facilita la comunicación, la autoexpresión, elevar la autoestima, ayuda a mantener la identidad propia y la interacción social y proporciona espacios de disfrute y entretenimiento.

Se estimula la evaluación de los recuerdos, sin embargo no se trata de que éstos sean perfectos, sino que sean lo más vivos posible, en toda su amplitud, y vayan acompañados de las emociones correspondientes. La reminiscencia se puede realizar de forma estructurada en una sesión preparada o en otros contextos de una manera informal.

### **ÁMBITO SOCIAL DE LA SALUD:**

Dentro de este ámbito las sugerencias de intervención se enfocan en el fortalecimiento de las redes de apoyo social de los adultos mayores, de igual modo a la inclusión y participación social de los envejecentes, repercutiendo positivamente en su salud física y mental, así mismo al bienestar y la calidad de vida de los mismos.

1.- Es así que se propone trabajar con el grupo de adultos mayores una serie de **Terapias socializadoras** que se utilizan dentro del ambiente gerontológico, que contribuyan a mejorar sus habilidades relaciones y también tener espacios de ocio y recreación:

**La musicoterapia**, es el uso de la música y/o de sus elementos constituyentes (sonido, ritmo, melodía y armonía), ya sea mediante técnicas receptoras (música aportada desde el exterior) o activas (el paciente es quien produce la música), la musicoterapia es muy aconsejable para incrementar la socialización, estabilizar los cambios de humor, potenciar la comunicación, el aprendizaje, y la expresión.

Con la técnica de la musicoterapia se intenta que el mayor, de acuerdo a sus posibilidades, explore, sienta, perciba e identifique las sensaciones y percepciones que se obtengan a partir de los movimientos del propio cuerpo, siguiendo unas secuencias de ritmo musical.

Otra actividad que se sugiere implementar es la **Ludoterapia**, o terapia recreativa, en la que el juego sirve para potenciar la comunicación entre los mayores, motivar la participación, la socialización y el disfrute. Los juegos deben de ser conocidos por la persona mayor, se engloban juegos de mesa (cartas, dominó, damas chinas, lotería, ajedrez, etc.), juegos colectivos tradicionales y/o competitivos.

Además se pueden realizar **Talleres ocupacionales**, con actividades como música, baile (por ejemplo danzón), canto, dibujo, pintura, manualidades, bordado en tela y/o listón, tejido, bisutería, corte y confección, panes y pasteles, carpintería, jardinería, por mencionar algunos, sin embargo es importante tomar en cuenta los intereses, gustos e historia ocupacional de la persona mayor. Siempre deben ser terapéuticos y significativos para el usuario, y se trabaja a nivel físico, cognitivo y relacional.

2.- Por otra parte es prioritario reforzar la red de apoyo familiar de las personas mayores pertenecientes al grupo de estudio, con el fin de mantener o establecer relaciones de apoyo y cuidado al anciano, y contribuir al soporte emocional, instrumental y material para el adulto mayor por parte de la familia y a través de la información cambiar la percepción negativa existente sobre el envejecimiento, mediante **Programas de intervención con familias**, dentro de los cuales se proponen las siguientes modalidades:

Realizar **Programas de información, orientación y asesoramiento**, los cuales se dirigirán a las familias con el fin de informar, orientar y asesorar sobre cuestiones generales relacionadas con los cuidados que precisan las personas mayores, este tipo de programas es siempre ocasional, con el fin de informar sobre cualquier enfermedad o trastorno en particular que el adulto mayor pueda estar presentando (depresión, pérdida de memoria, mal

de Parkinson, Osteoporosis, etc.). Los profesionales indicados para llevar a cabo la actividad serán los médicos o los psicólogos, según el tema a tratar.

También se pueden promover **Grupos psicoeducativos**, los cuales se planifican de forma más elaborada, aquí se propone una serie de sesiones temáticas organizadas que se desarrollan con una periodicidad semanal o quincenal. Los grupos psicoeducativos, se dirigen a grupos de familiares o de cuidadores (as) principales de las personas mayores, con el objetivo general de dotarles de los conocimientos necesarios referentes a la etapa del envejecimiento para así mejorar el cuidado y trato hacia las personas de edad avanzada. De esta manera se sugieren algunos contenidos para desarrollar en un programa de grupo psicoeducativo (ver anexo 11).

Así mismo se pueden desarrollar **Grupos de autoayuda o de ayuda mutua**, son reuniones de un grupo de familiares con el objetivo de ofrecerse apoyo de tipo emocional e informativo mediante la dotación de un espacio para compartir experiencias, sentimientos, opiniones y estrategias de afrontamiento y cuidado de los adultos mayores que tienen en casa.

El grupo debe ser creado por un profesional, para explicar sus objetivos, ofrecer pautas de trabajo con grupos.

3.- Por otra parte se propone fomentar actividades de participación de la gente grande en su entorno, potenciando el sentido de pertenencia dentro de la comunidad y estimulando su participación en la vida social, para lo cual se promueven el desarrollo de **Programas de participación e inclusión social** como los siguientes:

Promover la participación social de los mayores por medio de la **Creación de núcleos gerontológicos** en el municipio y que trabajen en coordinación con la Unidad Gerontológica Integral, los cuales pueden estar integrados por 10 a



15 adultos mayores agrupados por afinidad y cercanía geográfica entre sus domicilios. En donde se trabaje para fomentar un envejecimiento activo a nivel físico, mental y social. Y considerando que este tipo de grupos tienen que estar dirigidos por gente preparada, para ello es necesario alentar a personas de todas las edades y sobre todo es importante motivar a los adultos mayores para participar como voluntarios y capacitarse como promotores gerontológicos, en donde se instruyan formalmente sobre la etapa de envejecimiento desde un enfoque biopsicosocial, los núcleos gerontológicos están enfocados en la promoción de la salud y el autocuidado, apoyo mutuo y autogestión de servicios sociales y sanitarios disponibles dentro del municipio, así como a desarrollar actividades de ocio recreativo y ocupacional.

Se proponen también desarrollar **Programas de dinamización intergeneracional**, cuyo objetivo es mejorar el autoconcepto y la autoestima del adulto mayor y cambiar las ideas estereotipadas acerca del envejecimiento. Se considera que la integración de generaciones tanto a nivel familiar o comunitario constituye una forma de contrarrestar la discriminación social contra los ancianos, y fomentar el respeto y dignificación de esta etapa de vida. Las personas mayores transmiten conocimientos y experiencias, por ello se sugieren actuaciones en las que las propias personas mayores tomen el protagonismo convirtiéndose en guías trasmisoras de conocimientos, actuando así como modelos para generaciones más jóvenes, en actuaciones como:

- Talleres artesanales u ocupacionales de mayores (maestros) con niños (as) y jóvenes (aprendices).
- Incorporación a las aulas escolares por ejemplo “abuelos y abuelas maestros” (educación cívica e historia).

- Recuperación del patrimonio cultural (a través de exposiciones y/o talleres).
- Encuentros y fiestas intergeneracionales.

Por otra parte es importante aumentar las posibilidades de **Participación comunitaria en actividades de recreación, sociales, culturales y deportivas**; es otra línea de actuación de importancia, por lo que se sugiere la disponibilidad de mayor cantidad y variedad de actividades que fomenten la integración dentro del municipio. Algunas actividades que se recomiendan son concursos de canto y/o baile, caminatas, encuentros deportivos, festejos del día del adulto mayor, concursos de ajedrez, exposición de obras de teatro, concursos de danza folklórica y/o bailes de salón como el danzón, exposiciones de pintura o dibujo etc. Cuya difusión de actividades se haga a nivel comunitario para que tengan acceso la mayor cantidad posible de adultos mayores.

Otra opción de participación e inclusión social para el adulto mayor puede ser el **Fomento del voluntariado**, de esta manera se sugiere concebir el voluntariado en dos vertientes: las personas mayores tanto como receptoras y como actoras de voluntariado en su propia comunidad; es así que se propone invitar y motivar a la población en general para contribuir con diversos tipos de apoyo para los adultos mayores más vulnerables a través del voluntariado, ya sea por medio de apoyo material, emocional, informativo o instrumental. Por otra parte se sugiere promover una actitud favorable al desarrollo del voluntariado entre las propias personas mayores y a crear grupos específicos de personas mayores voluntarias relacionadas con diversas opciones de apoyo comunitario, por ejemplo a grupos desfavorecidos personas solas y/o enfermas, acompañamiento a gestiones, ayuda en actividades a personas con alguna discapacidad, etc.

Es de suma importancia también realizar **Grupos psicoeducativos en la comunidad**, este tipo de programas es de intervención familiar, con la finalidad sensibilizar a la familia de la importancia de inclusión del adulto mayor al ámbito familiar y de proporcionar conocimientos sobre la etapa de envejecimiento, que les permita asumir responsablemente el cuidado de sus mayores. Se sugiere al lector revisar el (anexo 11), en donde se dan a conocer las sugerencias de los contenidos que se pueden desarrollar en este tipo de programas, pero principalmente están enfocados en dotar de información sobre los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la vejez y la importancia de potenciar al máximo el envejecimiento activo en las personas de mayor edad, y en todos los miembros de la familia. Este tipo de programas deben ser impartidos por profesionales de la salud gerontológica señalado anteriormente. Así mismo este tipo de intervención ayuda a la erradicación de los mitos sobre la vejez, y disminuir las conductas de maltrato, violencia, abandono y discriminación a este grupo de edad, ya que fortalecen la responsabilidad intergeneracional de la familia y de la comunidad.

También se propone **Fomentar una imagen realista del envejecimiento** mediante publicidad amigable con la edad en los medios, se propone por ejemplo un programa de televisión que muestra a una persona joven relacionándose con una persona mayor, o de periódicos que publican perfiles de personas mayores que han hecho mucho por la comunidad. También se hace referencia a carteles y anuncios publicitarios que presenten el envejecimiento de manera atractiva y activa, y a la presentación de personas mayores en forma realista en lugar de caricaturesca y negativa. Contribuyendo con ello a disminuir la discriminación e ideas negativas en torno a la vejez por parte de la comunidad.

Por último es de suma importancia la **Inclusión de los adultos mayores a las instituciones de apoyo formal** disponibles dentro del municipio, para ello se propone la realización periódica de **Ferias de información** en donde las dependencias que tengan programas de beneficio a las personas de la tercera edad, promuevan los distintos tipos de servicios llámense estos de salud, sociales o económicos, con la finalidad de que los adultos mayores del municipio y/o sus familias se informen sobre los distintos apoyos y por medio de la gestión o autogestión se vean beneficiados con los distintos apoyos.

### **ÁMBITO ECONOMICO:**

Las acciones que se implementen para erradicar la pobreza en la vejez son un eje prioritario a favor del bienestar a nivel social, ya que las personas mayores económicamente vulnerables, tienen más posibilidades de perder su nivel de funcionamiento afectando así su calidad de vida. De esta manera con relación a este ámbito se sugiere lo siguiente:

1.- Se propone gestionar más **Oportunidades de acceso al trabajo remunerado** para las personas de la tercera edad, para ello se sugiere realizar convenios con los sectores públicos y privados del municipio, con el fin de establecer compromisos que lleven a cumplir dicho objetivo. Con la finalidad de que los mayores puedan participar laboralmente y obtengan la remuneración justa que permita cubrir su necesidades, contribuir a la productividad y mejorar su calidad de vida.

2.- Así mismo se sugiere la **Gestión de oportunidades en la economía informal** para las personas mayores como una forma de generar un ingreso y participar en la fuerza laboral, se sugiere gestionar financiamientos u otro tipo de apoyo como lo son los proyectos productivos con la finalidad de ofrecer oportunidades de empleo independiente, para ayudar a los ancianos de mayor vulnerabilidad económica del municipio. Otra forma de poder

emplearse de manera informal es capacitarse en alguno de los talleres ocupacionales referidos anteriormente por ejemplo: bisutería, corte y confección, panes y pasteles, carpintería, etc.; y que de esta manera puedan ofertar sus productos al público y estos sean remunerados.

3.- También se propone que el gobierno municipal y/o estatal desarrolle un **Programa de pensiones** para aquellas personas mayores que se encuentran en situaciones de riesgo, ya sea por pérdida de funcionamiento físico o mental, pobreza y/o desamparo, y que no tengan acceso a programas o apoyos económicos como por ejemplo el de 70 y más, el cual es un programa del Gobierno Federal a través de la Secretaria de Desarrollo Social (Sedesol), cuyo beneficio sólo es para personas mayores de 70 años de la zona rural del municipio, sin embargo dentro del área urbana existe adultos mayores vulnerables, que requieren de este apoyo para poder subsistir.

4.- Es importante **Asegurar la protección social de los mayores a través de la gestión de los apoyos del sector formal del municipio**, de esta manera se propuso anteriormente las ferias de información para que las dependencias implicadas en programas de protección a la tercera edad promuevan sus servicios, y de esta manera se incluya a la persona mayor en la mayor cantidad de programas con la finalidad única de erradicar la pobreza en este periodo de vida.

5.- Por último se sugiere **Ampliar la cobertura de convenios de descuentos para la credencial del INAPAM y la del Instituto para la atención de los adultos mayores del estado de Hidalgo**, ya que representan un apoyo para la economía muy importante para las personas de la tercera edad, y aunque existen varios establecimientos en donde ya se hacen válidos los descuentos, estos representan una parte realmente

minoritaria si se compara con la amplia gama de asociaciones del sector económico que pueden brindar este tipo de apoyo. Por lo que se propone realizar convenios con las empresas del municipio, que permitan beneficiar la economía de los mayores. En servicios como:

- Servicios de salud: laboratorios, farmacias, consultorios médicos y dentales.
- Mayor descuento en los servicios de predial y agua.
- Alimentación: restaurantes, cafeterías, panaderías, etc.
- Transporte: líneas autobuses y transporte público.
- Y establecimientos comerciales en general: abarrotes, tiendas de ropa, mueblerías, autoservicios, supermercados, etc.

#### **ÁMBITO DEL ENTORNO FÍSICO:**

Desarrollar sugerencias con relación a este ámbito es de suma importancia por el impacto importante sobre la movilidad y la independencia, ya que los obstáculos en el entorno inmediato de la persona mayor pueden favorecer los accidentes y caídas, los cuales son muy frecuentes en las personas de edad avanzada, desencadenando situaciones de discapacidad y afectando con ello la calidad de vida. De esta manera se propone lo siguiente:

1.- Dentro de este ámbito se tiene que prestar especial **Atención a la vivienda** y procurar que resulte accesible y segura, **a través de la eliminación de barreras arquitectónicas**, ya que debido a diversas enfermedades o como consecuencia del envejecimiento, las personas mayores presentan limitaciones físicas y sensoriales que a menudo dificultan su accesibilidad en determinados espacios. Por ello, es necesario eliminar las barreras arquitectónicas y adaptar los espacios físicos en los que se desenvuelve la persona para que ésta pueda llegar a todos los lugares sin sobreesfuerzos innecesarios y pueda hacer uso de las instalaciones. Las acciones irán dirigidas a minimizar factores de riesgo (pisos antideslizantes,

pasillos y puertas amplias, barras para la deambulaci3n en lugares de riesgo por ejemplo en la ducha, iluminaci3n adecuada, instalaciones el3ctricas seguras, equipadas para afrontar condiciones climáticas específicas), simplificar el ambiente (organizaci3n de espacios, electrodomésticos “inteligentes”, eliminar objetos innecesarios, etc.), favorecer la orientaci3n (relojes grandes, luz nocturna) y a potenciar la autonomía (objetos fácilmente localizables, ropa preparada en el orden adecuado).

2.- El entorno exterior y los edificios pú blicos tienen un impacto importante sobre la movilidad, la independencia y la calidad de vida de las personas mayores. Por ello algunas sugerencias a considerar con relaci3n a los **Espacios al aire libre y edificios**, son los siguientes:

- Mantener los espacios pú blicos y áreas verdes correctamente mantenidos y seguros, con baños y asientos de fácil acceso.
- Tener asientos al aire libre, en especial en los parques, las paradas de transporte y los espacios pú blicos.
- Que las aceras presenten un estado correcto de mantenimiento, sean lisas y estén niveladas, sean anti-deslizantes y lo suficientemente anchas para permitir el tránsito de sillas de ruedas.
- Cruces peatonales seguros.
- Los edificios sean accesibles y presentan las siguientes características: ascensores, rampas, señalizaci3n adecuada, escaleras que no sean demasiado altas ni empinadas, pisos antideslizantes, zonas de descanso con asientos cómodos, cantidad suficiente de baños pú blicos.
- La seguridad pú blica en todos los espacios abiertos y edificios es una prioridad y es promovida a través de patrullas policiales y aplicaci3n de reglamentos.

3.- Por otro lado **El transporte**, constituye un factor clave para el envejecimiento activo, ya que la habilidad de trasladarse por la ciudad determina la participación social y el acceso a servicios comunitarios y de salud. Por lo que se enuncian de manera general las siguientes sugerencias:

- Accesibilidad en cuanto a costos.
- Se recomienda realizar programas de capacitación de conductores sobre cortesía y trato hacia el adulto mayor en el transporte público.
- Se propone la existencia en el transporte público de asientos preferenciales para personas de edad.
- Mejorar el diseño, la ubicación y el estado de las paradas y las estaciones del transporte.
- Incorporar vehículos accesibles, que presenten escalones bajos, y asientos amplios, estén limpios y presentan buen estado de conservación y principalmente que exhiba señalización clara que indica el destino.

#### **ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN:**

Con relación al ámbito educativo, se proponen una serie de sugerencias que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida en la vejez, las cuales son:

1.- Se propone que las instituciones educativas: primarias, secundarias, de educación media superior y superior principalmente las relacionadas con las carreras en materia de salud, incluyan **Planes educativos actualizados sobre el tema de el envejecimiento**, con la finalidad de que las generaciones más jóvenes conozcan y adquieran conocimientos sobre la vejez, que permita la sensibilización hacia esta etapa de vida y erradicación de ideas erróneas que se tiene socialmente sobre el envejecimiento y de esta manera fomentar una cultura de cuidado e inclusión del adulto mayor.



2.- Dado que la población mayor va en aumento se considera necesario la **Formación de profesionales de la salud gerontológica** para dar atención a las necesidades de esta población, es así que se sugiere promover la capacitación y profesionalización principalmente de médicos geriatras, gerontólogos, enfermeros geriatras, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y psicólogos, las cuales son especialidades de gran demanda pero que hasta ahora han sido insuficientes.

3.- Así mismo, se propone erradicar las condiciones de analfabetismo en la población envejecida por medio de la **Inclusión de los adultos mayores al ámbito educativo**, para que tengan la oportunidad de estudiar, contribuyendo positivamente a su sentido de autosuficiencia y mejorar su autoconcepto, por lo que se propone motivar a los mayores a escolarizarse a través de los programas que ofrece el Instituto Hidalguense de Educación para los Adultos (IHEA).

## 5.2 CONCLUSIONES

El acelerado aumento de los índices del envejecimiento poblacional, invita a hacer consciencia de las crecientes necesidades y demandas que esta situación trae consigo, por ello es importante lograr que este aumento en la esperanza de vida en la senectud sea con calidad y con pleno bienestar. De ahí surge el interés y la relevancia de este trabajo de investigación pues determinar el nivel de calidad de vida con relación a la salud; el concepto de salud entendido como el completo bienestar físico, mental y social, lo que permita entender la situación actual desde un enfoque biopsicosocial y detectar las necesidades reales de los adultos mayores que forman parte del estudio. Lo que permita intervenir para lograr no sólo mayor cantidad de años si no que éstos sean vividos con calidad de vida.

De esta manera, se apuesta por el mejoramiento de la calidad de vida en la vejez a través de la promoción del envejecimiento saludable, ya que la vejez es una etapa de complejos cambios físicos, psicológicos y sociales, pero no necesariamente tiene que ser visto como un declinar en estas áreas, sino que puede considerarse como un despliegue positivo de funciones.

Es así que se concluye que con lo obtenido de la presente investigación se cumplen los objetivos planteados al inicio del trabajo, pues se determinó el nivel de calidad de vida con relación a la salud física, mental y social de las personas que formaron parte del estudio. Por lo que esta investigación se realiza con el propósito primordial de fomentar una cultura de envejecimiento saludable, y basados en los resultados del estudio expuestos en el capítulo IV, se sugieren intervenciones de promoción de la salud, encaminadas a mantener y/o recuperar la funcionalidad física, mental y social del grupo de personas mayores pertenecientes al Sistema DIF Huejutla y la población envejecida en general.

Hoy en día lograr un envejecimiento saludable es una de las metas primordiales de la disciplina gerontológica, de ahí que sus objetivos estén enfocados a optimizar el funcionamiento biopsicosocial en las personas de edad avanzada, manteniendo los niveles de bienestar psicológico, logrando la autonomía y la independencia en la vejez.

Todo lo anterior con la finalidad de cumplir con el principio gerontológico, mencionado a continuación:

“En la medida de lo posible el adulto mayor debe permanecer, en el medio físico, familiar y social, en el que ha desarrollado su vida; debe respetarse su forma personal de relación con los lugares, objetos y personas que han configurado su existencia, todo eso favorece su salud mental”.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

#### *I.- De la integridad, dignidad y preferencia:*

- a. A una vida con calidad. es obligación de las Instituciones Públicas, de la comunidad, de la familia y de la sociedad, garantizarles el acceso a los programas que tengan por objeto posibilitar el ejercicio de este derecho.
- b. Al disfrute pleno, sin discriminación ni distinción alguna, de los derechos que ésta y otras leyes consagran.
- c. A una vida libre sin violencia.
- d. Al respeto a su integridad física, psicoemocional y sexual.
- e. A la protección contra toda forma de explotación.
- f. A recibir protección por parte de la comunidad, la familia y la sociedad, así como de las instituciones federales, estatales y municipales.
- g. A vivir en entornos seguros, dignos y decorosos, que cumplan con sus necesidades y requerimientos y en donde ejerzan libremente sus derechos.

#### *II.- De la certeza jurídica:*

- a. A recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial que los involucre, ya sea en calidad de agraviados, indiciados o sentenciados.
- b. A recibir el apoyo de las instituciones federales, estatales y municipales en el ejercicio y respeto de sus derechos.
- c. A recibir asesoría jurídica en forma gratuita en los procedimientos administrativos o judiciales en que sea parte y contar con un representante legal cuando lo considere necesario.

- d. En los procedimientos que señala el párrafo anterior, se deberá tener atención preferente en la protección de su patrimonio personal y familiar y cuando sea el caso, testar sin presiones ni violencia.

*III.- De la salud, la alimentación y la familia:*

- a. A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.
- b. A tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4to Constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de la propia ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.
- c. A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.

Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores.

*IV.- De la educación:*

- a. A recibir de manera preferente el derecho a la educación que señala el artículo 3ero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de conformidad con el artículo 17 de esta ley.
- b. Las instituciones educativas, públicas y privadas, deberán, incluir en sus planes y programas los conocimientos relacionados con las personas adultas mayores; así mismo los libros de texto gratuitos y todo material educativo autorizado y supervisado por la Secretaria de

Educación Pública, incorporarán información actualizada sobre el tema del envejecimiento y los adultos mayores.

*V.- Del trabajo:*

- a. A gozar de igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo o de otras opciones que les permitan un ingreso propio y desempeñarse en forma productiva tanto tiempo como lo deseen, así como recibir protección de las disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de otros ordenamientos de carácter laboral.

*VI.- De la asistencia social:*

- a. A ser sujetos de programas de asistencia social en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia.
- b. A ser sujetos de programas para contar con una vivienda digna y adaptada a sus necesidades.
- c. A ser sujetos de programas para tener acceso a una casa hogar o albergue, u otras alternativas de atención integral, si se encuentran en situación de riesgo o desamparo.

*VII.- De la participación:*

- a. A participar en la planeación integral del desarrollo social, a través de la formulación y aplicación de las decisiones que afecten directamente a su bienestar, barrio, calle, colonia, delegación o municipio.
- b. De asociarse y conformar organizaciones de personas adultas mayores para promover su desarrollo e incidir en las acciones dirigidas a este sector.

- c. A participar en los procesos productivos, de educación y capacitación de su comunidad.
- d. A participar en la vida cultural, deportiva y recreativa de su comunidad.
- e. A formar parte de los diversos órganos de representación y consulta cotidiana.

*VIII.- De la denuncia popular:*

- a. Toda persona, grupo social, organizaciones no gubernamentales, asociados o sociedades, podrán denunciar ante los órganos competentes, todo hecho, acto u omisión que produzca o pueda producir daño o afectación a los derechos y garantías que establece la presente Ley, o que contravenga cualquier otra de sus disposiciones o de los demás ordenamientos que regulen las materias relacionadas con las personas adultas mayores.

La importancia de consignar en la Ley estos derechos es, por un lado, que guían la acción pública y por el otro, que los adultos mayores pueden hacerlas exigibles, a través de la denuncia popular, ante la autoridad competente y la Comisión de los Derechos Humanos.

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO GENERAL

**Instrucciones:** Se le pide que conteste las siguientes interrogantes siendo lo más honesto (a) posible. Marque con una X la respuesta que considere correcta.

- 1.- Nombre: \_\_\_\_\_ 2.- Sexo: M  F
- 3.- Edad: 60 - 74 ( ) 4.- Estado civil: Soltero ( )  
 75 - 84 ( ) Casado ( )  
 85 - 99 ( ) Viudo ( )  
 Mayores de 100 años ( ) Divorciado ( )
- 5.- Lugar de residencia: \_\_\_\_\_ 6.- Colonia: \_\_\_\_\_
- 7.- Nivel educativo: Sin estudios ( )  
 Primaria ( ) incompleta ( )  
 Secundaria ( ) incompleta ( )  
 Bachillerato ( ) incompleta ( )  
 Licenciatura ( ) incompleta ( )
- 8.- ¿Con quién vive actualmente?
- Solo (a)
  - Esposo (a)
  - Hijo (a) (s)
  - Amigo (a) (s)
  - Otros familiares. Especifique: \_\_\_\_\_



9.- Fuentes de ingreso económico:

- Aún trabaja ¿Cuál es su actividad? \_\_\_\_\_.
- Apoyo del esposo (a)
- Pensión de Jubilación
- Pensión de Invalidez
- Pensión de Viudez
- Apoyo familiar
- Otros: \_\_\_\_\_.

10.- ¿Cuál es el ingreso económico mensual aproximado que usted percibe?

- \$500.00 - \$1000.00
- \$1500.00 - \$2000.00
- \$2500.00 - \$3000.00
- \$3000.00 - \$4000.00
- Otro: \_\_\_\_\_.

11.- ¿Se siente satisfecho con sus ingresos económicos?

SI  NO

12.- ¿Sus ingresos económicos le permiten cubrir sus necesidades básicas, tales como comer, atender la salud, contar con una vivienda con un mínimo de comodidad, vestirse, trasladarse y acceder a actividades de esparcimiento (o distracción)?

SI  NO

**ANEXO 3**

**CUESTIONARIO DE AUTOPERCEPCION DE LA SALUD Y  
CAPACIDAD FISICA FUNCIONAL.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_.

**Instrucciones:** A continuación se plantean una serie de preguntas para conocer cómo se siente usted con respecto a su salud física, se le pide conteste honestamente cada pregunta subrayando la respuesta que considere adecuada.

1.- ¿Cómo calificaría su estado de salud física en este momento?

- a) Excelente      b) Bueno      c) Regular      d) Malo

2.- ¿Cuál de las siguientes enfermedades padece usted actualmente?

- a) Hipertensión arterial
- b) Diabetes Mellitus
- c) Trastornos Articulares (osteoporosis, artritis, artrosis, etc.)
- d) Padecimientos del corazón
- e) Enfermedades respiratorias
- f) Problemas visuales y/o auditivos
- g) Otro (s):\_\_\_\_\_.



## ANEXO 4



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

No.	Síntomas	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?		
5	¿Tiene esperanza en el futuro?		
6	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?		
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?		
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?		
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
10	¿Se siente a menudo abandonado(a)?		
11	¿Está a menudo intranquilo(a) e inquieto(a)?		
12	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?		
13	¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?		
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16	¿Se siente a menudo desanimado(a) y melancólico(a)?		
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?		
18	¿Está muy preocupado(a) por el pasado?		
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?		
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
21	¿Se siente lleno(a) de energía?		
22	¿Siente que su situación es desesperada?		
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24	¿Frecuentemente está preocupado(a) por pequeñas cosas?		
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
26	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?		
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?		
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?		

PUNTAJE TOTAL \_\_\_\_\_ Marque con una x diagnóstico probable

 Normal: de 0 a 10 puntos     Depresión de 11 puntos en adelante

## ANEXO 5



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA  
 MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_.

**Calificación Calificación** (Asigne un punto por cada respuesta  
**Máxima Obtenida** máxima obtenida que sea correcta)

## I.- Orientación

- 5 ( ) Pregunte: **¿Qué fecha es hoy?**  
 Después complete sólo las partes omitidas:  
 Formulando las siguientes preguntas:  
 ¿En qué año estamos? ( )  
 ¿En qué mes estamos? ( )  
 ¿Qué día del mes es hoy? ( )  
 ¿Qué día de la semana? ( )  
 ¿Qué hora es aproximadamente? ( )
- 5 ( ) Pregunte: **¿En dónde nos encontramos ahora?**  
 (Casa, consultorio, etc.) Para obtener la  
 información faltante haga las siguientes preguntas:  
 ¿En qué lugar estamos? ( )  
 ¿En qué país? ( )  
 ¿En qué estado? ( )  
 ¿En qué ciudad o población? ( )  
 ¿En qué colonia, delegación o municipio? ( )

**Calificación Calificación**

## II. Registro

**Máxima Obtenida**

- 3 ( ) Diga al sujeto la siguiente instrucción: "**Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita. Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo: papel, bicicleta y cuchara**", después pida al sujeto que las repita. Anote un punto por cada respuesta correcta del primer ensayo. Si no lleva a cabo la tarea en el primer ensayo repítalo

hasta que el sujeto se las aprenda (máximo 6 ensayos). Anote el orden de las palabras en cada ensayo.

	Ensayos					
	1	2	3	4	5	6
Papel	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Bicicleta	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Cuchara	( )	( )	( )	( )	( )	( )

Calificación

III. Atención y Cálculo

Máxima Obtenida

- 5 ( ) Pida al sujeto: Reste de 7 en 7, a partir del 100.  
**"Fíjese bien, se trata de contar para atrás restando 7 cada vez por ejemplo:  $100-7 = 93$ ;  $93-7 = 86$ ."** Continúe hasta que yo le diga que se detenga. Deténgalo después de 5 subtracciones (no proporcione ayuda)
- |    |     |
|----|-----|
| 79 | ( ) |
| 72 | ( ) |
| 65 | ( ) |
| 58 | ( ) |
| 51 | ( ) |

Calificación

IV. Memoria diferida

Máxima Obtenida

- 3 ( ) Pida al sujeto: **"Repita las tres palabras que Le pedí que recordara"**
- |           |     |
|-----------|-----|
| Papel     | ( ) |
| Bicicleta | ( ) |
| Cuchara   | ( ) |

Calificación  
Máxima Obtenida

V. Lenguaje

- 3 ( ) **Nombrar:** Muestre al sujeto un reloj y Pregúntele: ¿Cómo se llama esto? Repita lo mismo con un lápiz.
- |       |     |
|-------|-----|
| Reloj | ( ) |
| Lápiz | ( ) |

Repetición: Diga al sujeto la siguiente instrucción: "**Le voy a decir una frase y repítala después de mí. Sólo se la puedo decir una vez así que ponga mucha atención**".

**"NI NO, NI SI, NI PERO"**

(Sólo un ensayo) ( )

3 ( )

**Comprensión verbal:** Coloque una hoja de Papel sobre el escritorio e indíquele al sujeto: "**Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez**".

**"Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo"**

(Dé un punto por cada paso correctamente ejecutado).

Tome este papel con la mano derecha ( )

Dóblelo por la mitad ( )

Déjelo en el suelo ( )

1 ( )

**Comprensión escrita:** Muestre al sujeto la Instrucción escrita en la tarjeta: "Cierre los ojos" Pida al sujeto:

**"Por favor haga lo que dice aquí"** ( )

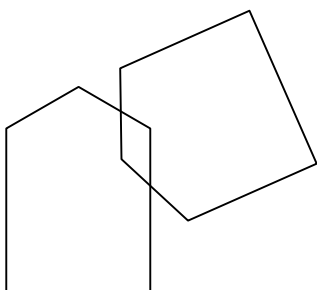
CIERRE LOS OJOS

1 ( )

**Escritura de una frase:** Presente al sujeto Una hoja en blanco. Pídale: **Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje**". ( )

**Calificación Calificación**  
**Máxima Obtenida**

1 ( )



**Copia de un dibujo:** Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados. Pida al sujeto, "**copie por favor, este dibujo en la hoja en blanco**". **No retire la tarjeta del modelo hasta que la persona termine.** Debe haber 10 ángulos, y dos intersectados. (No tome en cuenta temblor ni rotación).

Puntaje total \_\_\_\_\_

Normal

Deterioro Cognitivo



## ANEXO 6

### FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES Z A R A G O Z A UNIDAD DE INVESTIGACIONES EN GERONTOLOGIA ESCALA DE REDES DE APOYO SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES

Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha evaluación: \_\_\_\_\_

Marque con una cruz (x) la respuesta en el espacio que corresponda.

	SI	NO
¿Tiene esposo (a)?		
¿Tiene hijos (as)?		
¿Tiene "parientes": sobrinos(as), hermanos(as), primos(as), etc.?		
¿Tiene amigos(as)?		
¿Pertenece algún grupo de apoyo comunitario?*		
¿Cuenta usted con seguridad social o apoyo institucional? **		

\* ¿Cual(es)? \_\_\_\_\_

\*\* ¿Cual(es)? \_\_\_\_\_

#### I.- RED INFORMAL FAMILIAR (Marque con una X el número correspondiente).

Cónyuge	No lo(la) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más.(3)
1.- ¿Con que frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?				
2.- ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?	Apoyo emocional <sup>1</sup> (1)	Apoyo instrumental <sup>2</sup> (1)	Apoyo Material <sup>3</sup> (1)	Apoyo informativo <sup>4</sup> (1)
3.- ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporciona su cónyuge?	Nada <u>0</u> Poco <u>1</u> Regular <u>2</u> Mucho <u>3</u>	Nada <u>0</u> Poco <u>1</u> Regular <u>2</u> Mucho <u>3</u>	Nada <u>0</u> Poco <u>1</u> Regular <u>2</u> Mucho <u>3</u>	Nada <u>0</u> Poco <u>1</u> Regular <u>2</u> Mucho <u>3</u>

#### Hijos(as) ¿Cuántos hijos tiene? ( ) anote el numero

	No lo(la) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
1.- Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos (as)				
2.- ¿Qué tipo de apoyo le proporciona sus hijos?	Apoyo emocional <sup>1</sup> (1)	Apoyo instrumental <sup>2</sup> (1)	Apoyo Material <sup>3</sup> (1)	Apoyo informativo <sup>4</sup> (1)
3.- ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporciona sus hijos(as)?	Nada <u>0</u> Poco <u>1</u> Regular <u>2</u> Mucho <u>3</u>	Nada <u>0</u> Poco <u>1</u> Regular <u>2</u> Mucho <u>3</u>	Nada <u>0</u> Poco <u>1</u> Regular <u>2</u> Mucho <u>3</u>	Nada <u>0</u> Poco <u>1</u> Regular <u>2</u> Mucho <u>3</u>

1 Apoyo emocional: afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha, seguridad.

2 Apoyo instrumental: cuidado, transporte, labores del hogar.

3 Apoyo material: dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios.

4 Apoyo informativo: orientación, información, intercambio de experiencias.



**Familiares próximos ¿Cuántos tiene? ( ) anote el número**

1.- ¿Con que frecuencia ve y habla usted con sus familiares o parientes?	No lo(la) veo y/o hablo. <b>(0)</b>	Menos de una vez al mes. <b>(1)</b>	1 o dos veces al mes. <b>(2)</b>	1 vez a la semana o más. <b>(3)</b>
2.- ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	Apoyo emocional <sup>1</sup> <b>(1)</b>	Apoyo instrumental <sup>2</sup> <b>(1)</b>	Apoyo Material <sup>3</sup> <b>(1)</b>	Apoyo informativo <sup>4</sup> <b>(1)</b>
3.- ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus familiares o parientes?	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>

**II.- RED INFORMAL EXTRAFAMILIAR****Amigos (as) ¿Cuántos tiene? ( ) anote el número**

1.- ¿Con que frecuencia ve y habla usted con sus amigos?	No lo(la) veo y/o hablo. <b>(0)</b>	Menos de una vez al mes. <b>(1)</b>	1 o dos veces al mes. <b>(2)</b>	1 vez a la semana o más. <b>(3)</b>
2.- ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	Apoyo emocional <sup>1</sup> <b>(1)</b>	Apoyo instrumental <sup>2</sup> <b>(1)</b>	Apoyo Material <sup>3</sup> <b>(1)</b>	Apoyo informativo <sup>4</sup> <b>(1)</b>
3.- ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus amigos?	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>

**Apoyo comunitario**

1.- ¿Con que frecuencia acude al grupo comunitario?	No lo(la) veo y/o hablo. <b>(0)</b>	Menos de una vez al mes. <b>(1)</b>	1 o dos veces al mes. <b>(2)</b>	1 vez a la semana o más. <b>(3)</b>
2.- ¿Qué tipo de apoyo le proporciona este(os) grupo(s)?	Apoyo emocional <sup>1</sup> <b>(1)</b>	Apoyo instrumental <sup>2</sup> <b>(1)</b>	Apoyo Material <sup>3</sup> <b>(1)</b>	Apoyo informativo <sup>4</sup> <b>(1)</b>
3.- ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporciona el grupo con el que acude?	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>

**III.- RED FORMAL INSTITUCIONAL**

1.- ¿Con que frecuencia recibe este apoyo?	No lo(la) veo y/o hablo. <b>(0)</b>	Menos de una vez al mes. <b>(1)</b>	1 o dos veces al mes. <b>(2)</b>	1 vez a la semana o más. <b>(3)</b>
2.- ¿Qué tipo de apoyo(s) le proporciona la institución?	Apoyo emocional <sup>1</sup> <b>(1)</b>	Apoyo instrumental <sup>2</sup> <b>(1)</b>	Apoyo Material <sup>3</sup> <b>(1)</b>	Apoyo informativo <sup>4</sup> <b>(1)</b>
3.- ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que recibe?	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>

Observaciones: \_\_\_\_\_.

Evaluador: \_\_\_\_\_.

## ANEXO 7

### ESCALA DE REDES DE APOYO SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES FORMATO PARA CALIFICACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_

FAMILIAR			EXTRAFAMILIAR			INSTITUCIONAL			TOTAL	
<b>Contacto social</b>	<b>Puntaje Crudo</b>		<b>Contacto social</b>	<b>Puntaje Crudo</b>		<b>Contacto social</b>	<b>Puntaje Crudo</b>		<b>Puntaje Contacto social</b>	
Cónyuge			Amigo(s)			Institución			Crudo   Ponderado	
Hijos			Apoyo comunitario							
Familiares										
<b>Suma</b>			<b>Suma</b>							
<b>Apoyos recibidos</b>	<b>Puntaje Crudo</b>		<b>Apoyos recibidos</b>	<b>Puntaje Crudo</b>		<b>Apoyos recibidos</b>	<b>Puntaje Crudo</b>		<b>Puntaje Apoyos recibidos</b>	
Cónyuge			Amigo(s)			Institución			Crudo   Ponderado	
Hijos			Apoyo comunitario							
Familiares										
<b>Suma</b>			<b>Suma</b>							
<b>Satisfacción de apoyos recibidos</b>	<b>Puntaje Crudo</b>		<b>Satisfacción de apoyos recibidos</b>	<b>Puntaje Crudo</b>		<b>Satisfacción de apoyos recibidos</b>	<b>Puntaje Crudo</b>		<b>Puntaje Satisfacción de apoyos recibidos</b>	
Cónyuge			Amigo(s)			Institución			Crudo   Ponderado	
Hijos			Apoyo comunitario							
Familiares										
<b>Suma</b>			<b>Suma</b>							
<b>Total apoyo social familiar</b>	Crudo	Ponderado	<b>Total apoyo social extrafamiliar</b>	Crudo	Ponderado	<b>Total apoyo social institucional</b>	Crudo	Ponderado		
<b>Puntaje global</b>							Crudo	Ponderado		

Para obtener los puntajes ponderados ver los cuadros correspondientes.



## ANEXO 8

### FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL\* CALIDAD DE VIDA

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Nivel más alto de estudios (marque con una x)	Ninguno en absoluto	Primaria	Secundaria	Media Superior	Superior
No. de años de escolaridad (anote el número)					

Estado civil (Marque con una x)	Soltero	Separado	Casado	Divorciado	Con pareja	viudo
------------------------------------	---------	----------	--------	------------	------------	-------

**Instrucciones:** En este cuestionario se le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, considerando los aspectos de salud física, psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente en las **últimas dos semanas**. Si usted no entiende alguna pregunta, aclárela antes de responder, sólo podrá emitir una respuesta para cada una. Marque con una X la opción seleccionada.

1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	Muy pobre 1	Pobre 2	Ni Pobre ni Buena 3	Buena 4	Muy buena 5
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	Muy Insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5

12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	Nunca 5	Rara vez 4	Con frecuencia 3	Muy seguido 2	Siempre 1

\*Fuente: González- Celis R A L. Tesis de doctorado México. Facultad de Psicología UNAM 2001.

Observaciones: \_\_\_\_\_.

Evaluador: \_\_\_\_\_.

**ANEXO 9**  
**INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL**  
**CALIDAD DE VIDA**  
**FORMATO PARA CALIFICACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_.

REACTIVOS								Puntaje Crudo	Calidad de vida (alta, promedio, baja)	Puntaje Ponderado	
SALUD FÍSICA (SF)	3	4	10	15	16	17	18				
Anote el puntaje para cada reactivo											
ASPECTOS PSICOLÓGICOS (AP)	5	6	7	11	19	26					
Anote el puntaje para cada reactivo											
RELACIONES SOCIALES (RS)	20	21	22								
Anote el puntaje para cada reactivo											
MEDIOAMBIENTE (M)	8	9	12	13	14	23	24	25			
Anote el puntaje para cada reactivo											
Puntaje Global (Sume el puntaje obtenido en SF, AP, RS, M y el puntaje de los reactivos 1 y 2)											

Para obtener los puntajes ponderados ver los cuadros correspondientes.

## ANEXO 10

### CUESTIONAMIENTOS EN LOS QUE SE APOYA LA TERAPIA DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD (TOR)

*Orientación temporal:* ¿Qué día de la semana es hoy?, ¿En qué fecha estamos?, ¿En qué mes estamos?, ¿En qué año?, ¿En qué estación del año?, ¿Qué hora es?, ¿En qué momento del día estamos?

*Orientación espacial:* ¿Dónde estamos?, ¿Qué es este sitio?, ¿En qué calle estamos?, ¿En qué planta estamos?, ¿En qué barrio estamos?, ¿En qué ciudad estamos?

*Orientación de la persona:* ¿Cómo se llama?, ¿En qué año nació?, ¿Qué edad tiene?, ¿Está casado/a?, ¿Cómo se llama su esposo/a?, ¿Tiene hijos?, ¿Cómo se llaman?, ¿Y nietos?, ¿Cómo se llaman?, ¿Qué edades tienen?, ¿Cuál es su número de teléfono?

## ANEXO 11

### SUGERENCIA DE CONTENIDOS PARA UN PROGRAMA DE GRUPO PSICOEDUCATIVO (INTERVENCIÓN FAMILIAR)

- Propiciar el conocimiento sobre la vejez desde un enfoque biopsicosocial y de los factores que determinan el envejecimiento activo y saludable, tanto para los senectos, como para las generaciones más jóvenes.



- Programa de salud: enfermedades más comunes durante la vejez (síntomas y maneras de abordarlos), nutrición, prevención de caídas, salud bucal, etc.
- Manejo y afrontamiento de conductas difíciles.
- Detección y prevención de depresiones y demencias.
- Recursos sociales y sanitarios disponibles en la comunidad (cuales son, que ofrecen, como solicitarlos).
- Entrenamiento en habilidades interpersonales (comunicación, asertividad, empatía y resolución de conflictos) que permitan afrontar adecuadamente la relación con el anciano.
- Habilidades para la negociación familiar en el reparto de las tareas de cuidados al adulto mayor.
- Importancia de la inclusión del adulto mayor al los ámbitos familiar y social.
- Conocimiento y difusión de la ley de los derechos de las personas adultas mayores.
- Erradicación de los mitos y estereotipos alrededor de la vejez.

## GLOSARIO

**Afasia:** trastornos del lenguaje. Si es en la capacidad de comprensión se denomina afasia de Wernicke, si lo es en la reproducción se denomina, afasia de broca.

**Agnosia:** alteración cognitiva caracterizada por la incapacidad para reconocer lugares, personas, objetos, sonidos, olores, etc.

**Apraxia:** dificultad significativa para realizar actividades motoras coordinadas intencionadas.

**Apoyo social:** constituye la forma de ayuda que una persona puede recibir proveniente de sus redes sociales

**Asteatosis:** comezón intensa en la espalda, piernas y otras partes del cuerpo, producida por la pérdida de los aceites de la piel.

**Autocuidado:** comportamiento que permite decidir y actuar en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, así como el mantenimiento de la salud y el disfrute máximo de la calidad de vida, acorde con su contexto sociocultural, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social.

**Autonomía:** es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones sobre como la persona vive su vida cotidiana.

**Bienestar:** percepción de satisfacción con la propia vida, la cual se expresa o concreta en la correspondencia entre las metas obtenidas y deseadas.

**Calidad de vida:** la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.

**Capacidad física funcional:** es el grado de independencia que tiene el adulto mayor en la realización de las actividades de su vida cotidiana.

**Degeneración macular:** enfermedad que consiste en la pérdida de la visión central, pero mantiene la visión lateral, los síntomas incluyen visión borrosa y gris, y un punto ciego central.

**Depresión:** es una alteración del estado afectivo, percibido por la persona como tristeza intensa que le evita o dificulta llevar a cabo su vida cotidiana con satisfacción. La persona puede presentar alteraciones físicas, también insomnio o somnolencia, llanto frecuente, descuido personal, falta de interés y deseos de morir, por mencionar algunas.

**Deterioro cognitivo:** caracterizado por alteraciones en las funciones cerebrales superiores, caracterizados por problemas de la memoria, alteraciones de lenguaje, problemas significativos de agnosia y apraxia, así como desorientación en espacio, tiempo y persona.

**Envejecimiento activo:** surge como una ampliación del envejecimiento saludable. Y se define como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

**Envejecimiento demográfico:** es el incremento en números absolutos y porcentuales de personas envejecidas, de tal manera que se observan consecuencias sociales y económicas de consideración.

**Envejecimiento patológico:** está caracterizado por la pérdida de las capacidades físicas y psíquicas de un individuo, las cuales se pierden a consecuencias de enfermedades. Está directamente relacionado a la dependencia y la discapacidad.

**Evaluación gerontológica:** se refiere a la medición de las capacidades físicas, mentales y sociales de los adultos mayores, por medio de instrumentos de tamizaje clínico, los cuales tienen fundamento y validez científica.

**Geriatría:** especialidad médica encargada del estudio y atención (preventiva y curativa) de las principales enfermedades propias de la vejez.

**Gerontología:** ciencia que estudia el envejecimiento en sus aspectos biológico, físico, psicológico y social.

**Independencia:** se entiende como la capacidad de efectuar funciones de la vida diaria.

**Núcleo gerontológico:** grupos de autoayuda, integrados por 10 a 15 adultos mayores agrupados por afinidad y cercanía geográfica entre sus domicilios. Surgen con el propósito de establecer estrategias de promoción de la salud, por medio del autocuidado, ayuda mutua y autogestión.

**Redes de apoyo social:** se refieren a los contactos personales, comunitarios e institucionales, a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo.

**Salud:** es el completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia

**Salud gerontológica:** un estado aceptable de salud para el adulto mayor, la capacidad de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad. Por lo tanto se consideran adultos mayores sanos, aquellas personas con o sin enfermedades crónicas no terminales controlados médicamente, y que mantengan funcionalidad física, mental y social de acorde a su edad, género, escolaridad y ámbito sociocultural.

**Salud mental:** se refiere al bienestar emocional y psicológico del individuo, en el cual éste puede utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, funcionar en sociedad y resolver las demandas ordinarias de la vida diaria.

**Transición demográfica:** se refiere al incremento en la proporción de adultos mayores respecto a la población joven.

**Vulnerabilidad:** predisposición para sufrir alteraciones por problemas de índole físico, psicológico o social.

## BIBLIOGRAFIA

Arbonés, G; Roset, A. *Nutrición y envejecimiento*. Manual de maestría en Gerontología. Fundación Universitaria Iberoamericana

Arronte, A; Beltrán, A; Correa, E; Martínez, M.L; Mendoza, V.M; Rosado, J; Sánchez, M; Vargas, L.A; Vélez, F. (2008). *Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad*. (2ª, ed.). México: Editado por la facultad de estudios superiores Zaragoza. UNAM

Asili, N. (2004). *Vida plena en la vejez*. México: Editorial Pax México

Belart, A; Ferrer, M. (1998). *El ciclo de la vida. Una visión sistémica de la familia*. Bilbao: Desclée de Brouwer

Cabodevilla, I; (2002). *Vivir y morir conscientemente*. (3ª, ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer

Castro, M.C. (2007). *Tanatología. Inteligencia emocional y el proceso de duelo*. (2ª, ed.). México: Trillas

Castro, M.C. (2009). *Tanatología. La familia ante la enfermedad y la muerte*. México: Trillas

Creagan, M.D. (2004). *Guía de la clínica mayo sobre el envejecimiento saludable*. México: Trillas

Cruz, A.J. (2006). *La vejez positiva*. Madrid: Ed. La esfera de los libros

Fernández – Ballesteros, R; Moya, R; Iñiguez, J; Zamarrón, M.D. (2007). *Qué es la psicología de la vejez*. (3ª, ed.). Madrid: Biblioteca nueva

García, A; Rabadán, J.A; Sánchez, A. (2006). *Dependencia y vejez. Una aproximación a un debate social*. México: Ed. Arán

Ham – Chande, R. (2003). *El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica*. México: Ed. Colegio de la frontera norte, A.C

Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4ª, ed.). México: Mc Graw Hill

Martos, A; Sánchez, M.P; Camps, M; García, M.D. *Aspectos psicosociales del envejecimiento*. Manual de maestría en Gerontología. Fundación Universitaria Iberoamericana

Méndez, F; Tepetla, A; Zarrabal, L. (2002). *Relación entre el proceso de envejecimiento y los contenidos del currículo de plan 90 y modelo educativo flexible e integral para dar cuidados al anciano en la facultad de enfermería de Xalapa, ver.* Trabajo de licenciatura. Universidad Veracruzana.

Papalia, D.E; Wendkos, S; Duskin, R; (2004), *Desarrollo Humano*. (9ª, ed.). México: Mc Graw Hill

Reynoso, L; Seligson, I. (2002). *Psicología y salud*. México: Edición facultad de psicología de la UNAM

Rodríguez, N. (2006). *Manual de sociología gerontológica*. Barcelona: Ediciones de la universidad de Barcelona

Rodríguez, P. *Planificación y organización de servicios para personas mayores*. Manual de maestría en Gerontología. Fundación Universitaria Iberoamericana

Rubio, R; Sánchez, M.P. *Programas de intervención para mayores*. Manual de maestría en Gerontología. Fundación Universitaria Iberoamericana

Sánchez, C.D. (1990). *Trabajo social y vejez. Teoría e intervención*. Buenos Aires: Editorial Humanitas

Sánchez, M.P; Rubio, R; Rodríguez, P; Japón, M. *Política social para personas mayores*. Manual de maestría en Gerontología. Fundación Universitaria Iberoamericana

Bautista, J. (2009). *Por una vida plena en la vejez*. [Tesis de Licenciatura en Psicología]. Centro universitario Vasco de Quiroga. Hidalgo, México.

Hernández, B.E. (2009). *La enfermedad corporal como alternativa a la salud mental*. [Tesis de Licenciatura en Psicología]. Centro universitario Vasco de Quiroga. Hidalgo, México.

Guzmán, J.M; Huenchuan, S; Montes de oca, V. (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: Marco teórico conceptual*. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social en el 51 Congreso Internacional de Americanistas. Documento consultado el 15 de abril en:

[http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9\\_JMGSHNVMO.pdf](http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_JMGSHNVMO.pdf)

Jaspers, D. (2006). *Manual sobre indicadores de calidad vida en la vejez*. Documento presentado por el centro latinoamericano y caribeño de demografía – división de población de la comisión económica para América latina y el Caribe. Documento consultado el 10 de abril en:

[http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/28240/W113\\_1.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/28240/W113_1.pdf)

[http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/28240/W113\\_2.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/28240/W113_2.pdf)

[http:// www.eclac.org/publicaciones/xml/0/28240/W113\\_3.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/28240/W113_3.pdf)