



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROPUESTA DE UN TALLER PARA LA CREACIÓN DE UN
PROYECTO DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MIREYA CONTRERAS VILLALOBOS

DIRECTORA DE TESINA:

LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDOÑEZ



Facultad
de Psicología

CIUDAD UNIVERSITARIA, D.F.

NOVIEMBRE, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi madre.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

Mis hermanas.

Por estar conmigo y apoyarme siempre, las quiero mucho.

A mis maestros.

Lic. María Eugenia Gutiérrez por su apoyo ofrecido en este trabajo, por su tiempo compartido y por impulsar la elaboración de esta tesina; al Dr. Felipe Cruz por su gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales.

Todos aquellos familiares y amigos que no recordé al momento de escribir esto. Ustedes saben quiénes son.

ÍNDICE

RESUMEN.....1

INTRODUCCIÓN.....2

CAPÍTULO 1.

ENVEJECIMIENTO Y ADULTEZ TARDÍA

1.1 Envejecimiento.....5

1.1.1 Concepto de Envejecimiento

1.1.2. Antecedentes Históricos del Envejecimiento

I. Fase de arranque en la investigación sobre el envejecimiento (Geriatría)

II. Fase de desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento
(Gerontología)

III. Fase de eclosión en la investigación sobre el envejecimiento
(Psicogerontología)

1.1.3 Teorías del Envejecimiento

I. Teorías Biológicas

II. Teorías Sociológicas

II. Teorías Psicológicas

1.2 Adulterz Tardía.....19

1.2.1 Concepto de Adulterz Tardía

1.2.2 Adulterz tardía dentro del proceso de envejecimiento

CAPÍTULO 2.

CAMBIOS QUE SE PRODUCEN DURANTE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO:

2.1 Cambios propios durante el Proceso de Envejecimiento.....23

2.1.1 Cambios Físicos

2.1.2 Cambios Cognitivos

2.1.3 Cambios en la Personalidad

2.1.4 Cambios Sociales

2.2 Factores de riesgo y enfermedades durante el Proceso de Envejecimiento..	41
2.2.1 Factores de Riesgo	
2.2.2 Enfermedades más frecuentes durante el Envejecimiento	
I. Enfermedades infecciosas	
II. Enfermedades crónicas	
III. Problemas sensoriales	
2.3 Transición Demográfica en el Proceso de Envejecimiento.....	54
2.3.1 Transición Demográfica en México	

CAPÍTULO 3.

PROYECTO DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

3.1 Definición de Proyecto de Vida.....	60
3.2 Características del Proyecto de Vida.....	62
3.3 Importancia de la construcción de un Proyecto de Vida.....	65
3.4 Proyecto de Vida en el Adulto Mayor.....	66
3.5 Proyecto de vida: Planeación del tiempo del Adulto Mayor.....	69

PROPUESTA.....	73
-----------------------	-----------

ALCANCES Y LIMITACIONES.....	86
-------------------------------------	-----------

CONCLUSIÓN.....	88
------------------------	-----------

REFERENCIAS.....	90
-------------------------	-----------

RESUMEN

El presente trabajo muestra una revisión teórica acerca de las características de los adultos tardíos, en donde a través de la información se propone un taller para la construcción de un proyecto de vida en los adultos mayores, por medio de la ocupación del tiempo libre y ocio, con la finalidad de favorecer su autonomía, mejorar su salud mental y física; así como lograr una mayor satisfacción hacia la actividad y la vida en general, lo cual trascenderá en un envejecimiento más satisfactorio.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los últimos años y desde distintos niveles, se han realizado diversos análisis sobre la estructura de la población, que permiten confirmar lo que actualmente se conoce como transición demográfica. Además de esta constatación que se produce a ritmos distintos en función de las características de cada territorio, las diversas proyecciones realizadas permiten comprobar que esta tendencia se mantendrá e incluso aumentará en las próximas décadas. El grado de consciencia respecto a la realidad de esta tendencia evolutiva, y la convicción de que la transición demográfica es un fenómeno estructural que nuestra sociedad debe asumir en su globalidad, tendrá por lo tanto a generalizarse en los próximos años.

En México, diariamente, 799 personas cumplen 60 años, según el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2004), se estima que para el año 2050, una de cada cuatro personas será adulto mayor.

Una explicación al fenómeno de la transición demográfica, de perfiles predominantemente jóvenes a otros caracterizados por el predominio de la población adulta y de edades avanzadas, se atribuye principalmente al avance en el área médica, pues gracias a éste el índice de mortalidad ha disminuido y la esperanza de vida ha aumentado, permitiendo por un lado, una muerte a una edad más avanzada y, por otro, una menor mortalidad infantil.

Así en México, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2005), la expectativa de vida en 1930 era de 34 años y para 2005 se incrementó más de 75 años. Sin embargo, el que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que las condiciones en que una persona vive hayan mejorado, aunado a que vivir mayor número de años, implica más riesgo para la salud y no siempre implica una satisfacción completa.

Además se debe tener en cuenta al proceso evolutivo que ha sufrido este sector y que implica la necesidad de considerar su creciente heterogeneidad. Así, es previsible que las personas jubiladas tiendan a ser cada vez más instruidas, más urbanas, más calificadas, más informadas y, en general, más independientes, con lo cual su nivel de exigencia aumentará.

Por otra parte, el previsible incremento del número de personas que llegará a edades muy avanzadas provocará un aumento significativo de las situaciones de fragilidad que precisarán atención.

Es a partir de este tipo de planteamientos que las intervenciones Psicológicas surgen para conocer y dar mejor atención a las necesidades de la persona, es este caso específicamente del adulto mayor, ya que por los cambios físicos, cognitivos y sociales asociados al proceso de envejecimiento constituyen una población particularmente vulnerable que requiere de estrategias que les garantice una vida digna.

Por ende, un aspecto importante de este sector es diseñar estrategias de intervención que contribuyan a que los adultos mayores vivan satisfactoriamente de acuerdo a un plan de vida trazado durante la adultez tardía.

Así, el propósito de esta Tesina es proporcionar una semblanza del proceso de envejecimiento hablando específicamente de la adultez tardía, así mismo presentar la propuesta de un taller para la elaboración de un proyecto de vida que les permita a los adultos mayores vivir satisfactoriamente.

En el primer capítulo, se recopilan los antecedentes históricos del proceso de envejecimiento, se mencionan las principales teorías de dicho proceso; así como las definiciones que se han elaborado acerca del proceso de envejecimiento y de la adultez tardía.

En el segundo capítulo, se describe el proceso de envejecimiento y los cambios que surgen a nivel físico, cognitivo y social en la adultez tardía, así como los factores de riesgo y enfermedades más frecuentes que padecen en esta etapa de la vida, por último se aborda el fenómeno de transición demográfica.

En el tercer capítulo se habla de la definición, características e importancia del proyecto de vida así como la planeación del tiempo libre del adulto mayor.

Posteriormente, se propone un taller para la elaboración de un proyecto de vida en el adulto mayor.

CAPÍTULO 1.

ENVEJECIMIENTO Y ADULTEZ TARDÍA

Factores como el aumento de la esperanza de vida, el descenso de la natalidad y los avances en la ciencia, la tecnología y medicina explican el incremento de adultos mayores que paralelamente a la mayor presencia e importancia social que éstos están alcanzando, las actuales teorías apuntan a un concepto de envejecimiento más positivo y optimista. Esto ha dado lugar a un incremento de investigaciones, estudios y publicaciones sobre la adultez tardía, a un mejor concepto social sobre la misma y a la mejora del autoconcepto del adulto mayor.

De acuerdo con lo anterior el objetivo de este capítulo es presentar las temáticas y algunos de los principales conceptos con los que trabajan los investigadores y profesionales interesados en el proceso de envejecimiento. Se expondrán los antecedentes históricos, las teorías que se han utilizado en este ámbito de estudio y por último se mencionará la última etapa dentro del proceso de envejecimiento: adultez tardía.

1.1 Envejecimiento

Es necesario distinguir al envejecimiento de la adultez tardía ya que existen vocablos similares o equivalentes para ambos términos; el primero se entiende como un proceso universal, continuo y progresivo, que lleva finalmente al deterioro, el agotamiento y la muerte de los organismos biológicos; en cambio el segundo término es un concepto social que difiere en las distintas culturas y épocas. Dicho de otro modo, mientras que el envejecimiento es un proceso continuo, paralelo al de evolución y desarrollo, la adultez tardía es un estado que se alcanza cuando se cumplen determinados parámetros y condiciones definidas por cada una de las

sociedades y culturas en su devenir histórico. A continuación se expondrán los conceptos más destacados de los últimos tiempos.

1.1.1. Concepto de Envejecimiento:

Aun considerando lo anterior, definir al envejecimiento y a la adultez tardía resulta una tarea compleja debido a como los diferentes enfoques los abordan y que ambos términos van de la mano. Como bien menciona Vizcaíno (2000) que al hacer referencia al envejecimiento implica necesariamente referirse a la etapa de la vida que se denomina adultez tardía.

Mishara y Riedel (2000), refieren al envejecimiento como un proceso evolutivo gradual, donde las transformaciones físicas son lentas, casi imperceptibles; asimismo de manera gradual los factores psicológicos evolucionan. Por otro lado, consideran al envejecimiento como una serie de estadios que se organizan en torno a ciertas características de orden físico, psicológico, social y material.

Por otra parte Stuart-Hamilton (2002) menciona que el envejecimiento se puede analizar desde el punto de vista de los procesos que han afectado al desarrollo de una persona. Dichos procesos los divide en acontecimientos, conocidos como: efectos distales del envejecimiento (carecer de movilidad en piernas por causas de la poliomielitis) y efectos próximos del envejecimiento (carecer de movilidad en piernas por fractura de hueso). Así mismo define el envejecimiento desde el punto de vista de la probabilidad de adquirir una característica particular de la edad avanzada. Tomando como características a los rasgos de envejecimiento universal y los rasgos de envejecimiento probabilístico, el primero hace mención a aquellos rasgos que todas las personas mayores comparten (arrugas en la piel), mientras que el segundo hace mención a que los rasgos son probables pero no universales (artritis).

Muñoz (2006) se refiere al envejecimiento como el conjunto de procesos que sigue un organismo después de su fase de desarrollo. Estos procesos implican un cambio, transformaciones biológicas, psicológicas y sociales del organismo en función del tiempo. Considerándolo como un proceso de evolución en el cual las modificaciones psicológicas profundas del individuo aparecen a lo largo de todo el ciclo vital.

Papalia (2010) menciona dos clasificaciones del envejecimiento: el envejecimiento primario, el cual es un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal que empieza en una edad temprana y continua a lo largo de los años, sin importar lo que se haga para aplazarlo; el envejecimiento secundario es resultado de la enfermedad, el abuso y la inactividad, no son causados por la edad sino por un covariante de esta.

1.1.2 Antecedentes Históricos del envejecimiento

El interés por los procesos del envejecimiento se ha producido a lo largo de toda la historia de la humanidad aunque no siempre con un carácter científico como se verá a continuación.

Carbajo (2008) considera la existencia de tres fases históricas que se corresponden con el nacimiento y desarrollo de tres disciplinas distintas y claves en el estudio del envejecimiento.

I. Fase de arranque en la investigación sobre el envejecimiento (Geriatría)

En esta fase Carbajo (2008) considera necesario mencionar las concepciones y consideraciones que se han producido sobre la adultez tardía a lo largo de la historia según las culturas ya que todas estas aportaciones de pensadores, literatos y científicos son los antecedentes del desarrollo de la investigación posterior y especialmente del nacimiento de la Geriatría. No obstante, algunas aportaciones

también pueden ser consideradas como antecedentes de la disciplina de la Gerontología.

Comenta que en la literatura bíblica del Antiguo Testamento la adultez tardía es considerada de una forma positiva, en la cual se destaca constantemente la dignidad y la sabiduría de las personas mayores junto a las especiales cualidades de la adultez tardía para cargos elevados. De esta manera, las personas mayores se convierten en ejemplo o modelo, así como en guía y enseñanza.

En la cultura griega se ofrece multitud de actitudes y cambios sobre los roles, atributos y expectativas acerca de las personas mayores a través de los diferentes modelos culturales que jerarquizan las edades del individuo y las capacidades propias de cada edad. Fundamentalmente, destaca la concepción platónica y la concepción aristotélica que se diferencian en el sentido que otorgan a las personas mayores. Platón (427-347 a.C) elogia a la vejez como etapa de la vida en la que las personas alcanzan la máxima prudencia, discreción, sagacidad y juicio, y las ofrece en la comunidad como funciones de gran divinidad y responsabilidad, directivas, administrativas y jurisdiccionales y superiores en estima social. Hace resaltar, sobre todo, los agentes individuales del envejecimiento, considera que las vivencias del final de la vida están muy determinadas por la forma en la que se vive durante la juventud y en la adultez, explicando cómo habría que prepararse para la vejez. Así pues, Platón es un antecedente de la visión positiva de la vejez. Por el contrario, Aristóteles (384-322 a.C.) presenta una imagen más negativa de la vejez y la proyecta como una etapa de debilidades, digna de compasión social e inútil socialmente. Además, visualiza a las personas mayores como desconfiadas, inconstantes, egoístas y cínicas; en su escrito *De generatione animalium* asocia la vejez con la enfermedad.

Cicerón (106-43 a.C.) en su obra *Cato Maior de senectute* presenta una imagen positiva de la vejez, describe el relevante papel que desempeña la sociedad al determinar las vivencias y el proceso de envejecimiento; además, valora a la persona

mayor al destacar que debemos aproximarnos a ella con respeto y veneración, no animados por el afán de ayuda, sentimientos de compasión, ni por prejuicios acerca de su capacidad de responsabilidad y rendimiento. La forma de envejecer depende en gran medida del rol de la persona mayor que determina la sociedad. (Leibbrand, 1968).

En la época renacentista, se rechaza lo “*senil*” y lo “*viejo*”, se evade el tema de la muerte, se da una imagen melancólica de la persona mayor e incluso se le atribuyen artimañas, brujerías y enredos. Se configura así un perfil renacentista mínimamente contrarrestado por la permanencia del estereotipo de la sabiduría.

En cambio, durante el período barroco adquieren la máxima actualidad y cultivo los temas del control de los vicios y pasiones, el perfeccionamiento constante en la vida y en la vejez, y el problema de la muerte.

Estas aportaciones filosóficas y otras manifestaciones humanas relevantes acerca de la vejez son los antecedentes, principalmente, de la Geriatria y constituyen la fase de arranque en la investigación sobre el envejecimiento.

II. Fase de desarrollo en la investigación sobre el envejecimiento (Gerontología)

Birren (1961), ubica el nacimiento de la investigación psicológica científica de la adultez tardía en 1835 con las publicaciones de Quetelet (1835).

La fase de desarrollo en la investigación sobre el envejecimiento está formada por las aportaciones de Quetelet 1835 (citado en Carbajo, 2008) quién publicó en su obra “*Sur l’homme le développement de ses facultés*”, la importancia que tiene establecer los principios que rigen el proceso por el que el ser humano nace, crece y muere. La importancia de Quetelet para la investigación del envejecimiento se encuentra, por una parte, en que se opuso a la generalización de las

comprobaciones aisladas y propugnó la realización de investigaciones científicas rigurosas; por otra, en que destacó la relación entre las influencias biológicas y sociales, incluso en el proceso de envejecimiento.

Francis Galton (1832-1911) influido por Quetelet (1835) captó las modificaciones que el organismo o la constitución sufren en la vejez y correlacionarlas con cambios comprobables eventualmente en la esfera de la psicomotricidad, de los procesos de percepción y de los procesos mentales más elevados; destacando la importancia de la repetición de estas investigaciones comparadas durante el curso de la vida para verificar en cada caso el coeficiente de incremento del desarrollo o la rapidez del cambio. A partir de este momento, se consideró a Galton como uno de los primeros representantes de la investigación longitudinal del conjunto de disciplinas afines.

Stanley Hall (1844-1924) uno de sus descubrimientos empíricos fue el de haber resaltado que las diferencias individuales en la adultez tardía son significativamente mayores que las que aparecen en otras edades de la vida.

Otro autor considerado como el precursor de la Gerontología es Pavlov (1894-1936) descubrió que si se administraba una serie demasiado rápida de determinados estímulos, los animales de experimentación más mayores reaccionaban con un estado de confusión a causa de la menor conductibilidad de las vías nerviosas, porque las huellas del último estímulo influían todavía sobre la reacción a los estímulos siguientes. Es una teoría que, hoy día, todavía se toma para explicar los procesos de envejecimiento en el proceso de aprendizaje.

En el año 1939, apareció el libro de Cowdry: *Problems of Aging* (Problemas del envejecimiento), concebido primordialmente desde un punto de vista médico, pero que posteriormente fue ampliado con aspectos sociales, psicológicos y psiquiátricos. Esta obra puede ser considerada el primer tratado de gerontología.

Muy poco tiempo después y gracias a la intervención del U. S *Public Health Service*, se creó una sección de gerontología en el *National Advisory Committee* que se interesó ampliamente por las orientaciones fisiológica y psicológica (Birren, 1961). Así, las problemáticas concernientes al proceso de envejecimiento fueron abordadas cada vez más sistemáticamente. A partir de 1918 se inicia, según Birren (1961), un periodo de investigación sistemática que concluye en 1940.

III. Fase de eclosión en la investigación sobre el envejecimiento (Psicogerontología)

En esta última fase Carbajo (2008) planteó que la disciplina de la Psicogerontología surgió durante el desarrollo de la Gerontología y es considerada una parte de ella por lo que resalta la idea de que el autor Hall 1922 (citado en Carbajo, 2008) puede ser considerado el antecesor histórico de la Psicogerontología.

Hall 1922 (citado en Carbajo, 2008) pretendió demostrar que la juventud y la vejez poseen su propio y específico modo de “sentir, pensar y querer”. Además, se basa en los resultados de sus investigaciones para señalar que las diferencias individuales de la vejez son mucho mayores que las de la juventud. Este descubrimiento apoyado por los resultados de investigaciones recientes pone de manifiesto la problemática del límite cronológico de las edades. Intentó corregir por medio de investigaciones empíricas algunas estereotipias relativas a la vejez como que con los años, crece el miedo a la muerte y se vuelve más firme la vinculación a la religión.

Las investigaciones experimentales posteriores realizadas en Estados Unidos e Inglaterra estudiaron el proceso de envejecimiento desde el comienzo de la edad adulta.

Miles 1928 (citado en Carbajo, 2008) fundó en la Universidad Stanford, el primer gran Instituto destinado especialmente al estudio de los problemas del envejecimiento. La investigación se centraba en las alteraciones en la capacidad del

rendimiento mental. Las pocas investigaciones existentes hasta entonces y los resultados de las investigaciones de Miles mostraron coincidencia con los estudios al señalar que con el aumento de edad se producía una disminución de la capacidad intelectual.

El psiquiatra Gruhle 1938 (citado en Carbajo, 2008) en su investigación titulada *Das seelische Altern* (El envejecimiento psíquico) reunió algunas consideraciones sobre las dificultades de adaptación, de asimilación de nuevos contenidos del pensamiento, sobre la facilidad de olvido de las cosas y la actitud de terquedad, así como la creciente irritabilidad de las personas que envejecen, todo lo que caracterizaría el proceso típico del envejecimiento.

A partir de 1940 se entra, según Birren (1961), en un periodo de expansión en las investigaciones sobre la adultez tardía, las cuales empiezan a hacerse cada vez más numerosas y a liberarse de los prejuicios tradicionales. Dentro de este contexto se citan trabajos del mismo Birren (1961) y de Welford (1958).

Posteriormente surge la investigación psicogerontológica de la adultez tardía, la cual se dirige a las aptitudes mentales, al funcionamiento de la memoria, a las habilidades y estrategias de aprendizaje, a la elasticidad o rigidez del carácter, al autoconcepto, la afectividad y movilidad emocional, a la regresión de la personalidad en situaciones de inseguridad o a la creatividad excepcional en la vejez.

A partir de los años sesenta se produce una reconceptualización en el estudio de la adultez tardía ya que empieza a consolidarse un modelo integral biopsicosocial que aglutina todas las perspectivas posibles, biológicas, sociales y psicológicas. Sin embargo, quizás la perspectiva más interesante en la investigación contemporánea del envejecimiento sea la psicológica, siendo los psicogerontólogos los que más aportaciones han producido a través de investigaciones de tipo longitudinal y diseños generacionales. Estas aportaciones han contribuido al reconocimiento científico de la Gerontología.

1.1.3 Teorías del Envejecimiento

Las teorías del envejecimiento se refieren al proceso de envejecimiento que implican cambios graduales e inevitables relacionados con la edad que aparecen en todos los miembros de una especie. Éste tipo de envejecimiento es normal y sucede a pesar de la salud, el estilo de vida activo y el carecer de enfermedades.

Autores como Fernández- Ballesteros (2000), Schaie y Willis (2003) dividen a las teorías del envejecimiento en: biológicas, psicológicas y sociales. Añadiendo que ninguna de estas teorías explican adecuadamente el proceso de envejecimiento, ya que los cambios que el tiempo conlleva en el organismo son de todo tipo y las razones para dichos cambios son múltiples, por tanto, no permiten dar cuenta del producto interactivo de tales cambios complejos.

I. Teorías Biológicas:

Un planteamiento básico en todas las teorías biológicas es que el organismo individual experimenta tres etapas esenciales, la primera es el crecimiento y desarrollo, después madurez y por último involución y declive. Estas tres etapas se suceden inexorablemente a menos que exista error biológico o muerte por accidente del organismo o una alteración plástica o funcional que precipite la muerte del organismo. Un segundo planteamiento postula que durante el proceso de envejecimiento se producen dos procesos difícilmente separables: el declive fisiológico y la mayor frecuencia de enfermedades. Teniendo en cuenta estos planteamientos, se mencionaran algunas teorías biológicas sobre el proceso de envejecimiento.

- Teorías Genéticas

Postulan que existen genes programados para determinar cuánto va a vivir un determinado organismo.

- Teorías celulares

Postula que las células, bajo condiciones positivas, no se duplican eternamente, infiriéndose que en una limitación puede estar en lo que los telómeros de sus cromosomas pierden el fragmento de repetición y por tanto, los cromosomas se convierten en inestables y no operativos.

- Teorías sistémicas

Estas teorías comprometen a los grandes sistemas de regulación biológica: sistema nervioso, sistema endocrino, el sistema inmunológico y, el equilibrio intersistémico.

- Teorías de los eventos vitales biológicos

Estas teorías sostienen que la acumulación de eventos vitales biológicos como traumatismos craneales, anestesia entre otras, produce estrés en los sistemas vitales y, a la larga, provoca el fallo de todos los sistemas.

Craig (2001) agrupa en dos categorías las teorías del envejecimiento: Una de las clasificaciones más extendidas son las teorías estocásticas y la otra clasificación son las preprogramadas o de reloj biológico. En el primer caso, los procesos que determinan el envejecimiento ocurrirían de modo aleatorio y se irían acumulando en el transcurso del tiempo como consecuencia de la acumulación de "agresiones" procedentes del medio ambiente hasta alcanzar un nivel incompatible con la vida. En el caso de las teorías preprogramadas, el proceso de envejecer se establecería de acuerdo con unas normas predeterminadas genéticamente.

Papalia (2010) hace referencia a que la mayor parte de las teorías sobre el envejecimiento biológico caen en dos categorías: teorías de la programación genética y teoría de tasa variable.

➤ Teorías de la programación genética

- Teoría de la senectud. El envejecimiento es el resultado de la conexión y desconexión en consecuencia de ciertos genes. La senectud es el momento en que se hacen evidentes los déficits resultantes relacionados con la edad.
- Teoría endocrina. Los relojes biológicos actúan a través de las hormonas para controlar el ritmo del envejecimiento.
- Teoría inmunológica. El deterioro programado de las funciones del sistema inmunológico da lugar a una mayor vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas y por ende al envejecimiento y la muerte.
- Teoría evolutiva. El envejecimiento es un rasgo evolucionado que permite que los miembros de una especie vivan solo el tiempo suficiente para reproducirse.

➤ Teorías de tasa variable

- Teoría del desgaste. Las partes vitales de células y tejidos se desgastan
- Teoría de los radicales libres. El daño acumulado por los radicales del oxígeno hacen que dejen de funcionar las células y, a la larga, los órganos.
- Teoría autoinmune. El sistema inmunológico se confunde y ataca a sus propias células corporales.

II. Teorías Sociológicas:

Las teorías sociológicas consideran la posición del individuo respecto al calendario social que consiste en normas de edad sobre las que hay un acuerdo consensuado en la sociedad, pero que puede variar debido a cambios sociales. Sugiere que el envejecimiento está influido por los cambios históricos en las normas culturales. Las teorías más sobresalientes son:

- Teoría de la desvinculación

Relacionadas con la capacidad de interacción del individuo con su medio social. A medida que el individuo envejece se produce una reducción de su interés vital por las actividades y objetos que lo rodean, lo cual va generando un sistemático alejamiento de toda clase de interacción social.

- Teoría de la Subcultura

Plantea que a medida que el ser humano envejece conlleva un cierto aislamiento.

- Teoría de la Modernización

Marcan el impacto de la organización social sobre el envejecimiento.

Destaca la descalificación de los adultos mayores en el ámbito laboral debido a las nuevas tecnologías que generan mayor competitividad y mejor formación en las tecnologías de vanguardia.

III. Teorías Psicológicas:

Estas teorías hacen referencia a como ciertas funciones psicológicas aumentan con la edad y otras funciones muestran grandes diferencias individuales en los diferentes estadios de la vida. Por otro lado esta perspectiva psicológica niega que los decrementos físicos ligados a la edad acarreen la muerte psicológica de los individuos. Por ejemplo, Bandura 1977 (citado en Muñoz, 2006) interpreta el desarrollo cognitivo como un cambio cuantitativo determinado por el entorno en el cual se desarrolla el individuo. Por su parte Baltes y Dixon 1984 (citado en Muñoz, 2006) interpretan el envejecimiento como un proceso en el cual se producen interacciones bidireccionales entre el organismo y su entorno; esta relación determina la naturaleza y desarrollo del sistema cognitivo de los individuos. Birren, 1988 (citado en Schaie & Willis, 2003) ofrece una definición alternativa que incluye los factores que pueden interesar en el ámbito psicológico: *“El envejecimiento se refiere a una transformación con el tiempo ordenada y regular de organismos*

representativos que viven bajo entornos representativos". Cabe señalar que la condición de esta postura de que los cambios para que se consideren envejecimiento deben ocurrir en organismos representativos bajo condiciones representativas. Esta concepción tiene en cierta forma una limitante ya que los estudios de laboratorios con humanos pueden imponer condiciones que alteran las conductas que se podría ver en un campo determinado.

De acuerdo a lo anterior se despliegan diversas teorías que explican el punto de vista psicológico las cuales se mencionan a continuación:

- Teorías del desarrollo

Postulan la existencia de una serie de etapas o estadios. La mayor parte de ellas ocupan las etapas primeras de la vida, desde el nacimiento a la adolescencia.

- Enfoque del ciclo vital

Parte de la idea de que el desarrollo no es exclusivo de la infancia y la juventud, sino que se da a lo largo de todas las edades, incluyendo la adultez tardía. Aunque no niega un cierto declive con la edad, si cuestiona que se dé en todas las personas y de igual forma. Este planteamiento parte de la idea de que el declive, por ejemplo, cognitivo no es generalizado y que capacidades como la inteligencia y la memoria en ciertas dimensiones decrecen pero en otras continúan desarrollándose toda la vida. El desarrollo no está relacionado solo con la edad, también con otros factores, como el momento histórico en que vive cada persona y las circunstancias personales que concurren en cada individuo. Esta teoría también defiende que el desarrollo en cualquier etapa de la vida siempre está sujeto a intervención, y en consecuencia, también durante la vejez las personas tienen la posibilidad de seguir progresando con la intervención adecuada.

- Teoría de la actividad

Promueven en el individuo que envejece, la reconstrucción de su propia imagen que ha sido deteriorada por las mismas pérdidas. Actividades sociales que tienen sentido para él y no la actividad por sí misma.

- Teoría de la continuidad

Plantea el hecho de que a pesar de los cambios de salud, cognitivos y sociales que sufren los adultos mayores muestran considerable consistencia en sus patrones de pensamiento y, sobre todo, en el perfil de sus actividades y en sus relaciones sociales.

Montañez y Latorre (2004) mencionan que entre los nuevos enfoques teóricos que han contribuido a desarrollar el interés por el estudio del proceso de envejecimiento y adultez tardía son:

- Teoría del Procesamiento de la Información

Postula la existencia de un desarrollo positivo hasta edades muy tardías. Dudan que existan diferencias estructurales entre el niño y el adulto y hacen hincapié, para explicar el desarrollo cognitivo, en la importancia que tienen todas las edades el aprendizaje, los conocimientos previos, la familiaridad con las tareas y el uso eficaz de estrategias. El desarrollo o el deterioro cognitivo durante la vejez estaría condicionada por la práctica y el entrenamiento previos, por el nivel educativo y demás que haya tenido por toda su vida.

- Teoría Ecológica

Se interesa por el estudio de los comportamientos humanos en los medios naturales y ordinarios, donde habitualmente se dan, frente a los planteamientos experimentalistas que se consideran que el marco de estudio más idóneo es el laboratorio.

Es normal que hoy en día se intente estudiar el desarrollo de las capacidades de los mayores a partir de tareas que le son ordinarias y cotidianas para que, realmente, demuestren cual es su verdadero desarrollo.

- Teoría Histórico-Cultural

El motor del desarrollo es el aprendizaje en un contexto de relaciones sociales con los demás. La vejez es lo suficientemente plástica, y en ella existe una reserva de desarrollo y una capacidad de aprendizaje tal, que no se puede negar a las personas mayores la posibilidad de desarrollo de las funciones psicológicas superiores y de una vida cognitivamente competente. El desarrollo siempre permite avanzar a un paso más a cualquier edad, también en la vejez.

1.2. Adultez Tardía

La representación que se tiene de la adultez tardía está a veces relacionada con la experiencia o la sabiduría de los adultos mayores. Otras veces la adultez tardía es vista como una edad de enfermedad o de dificultades. Estas imágenes que se tienen del adulto mayor no están dadas por naturaleza sino que responden a las representaciones que circulan en las conversaciones cotidianas, en las calles y espacios públicos, en la información de los medios de comunicación y en lo que se publica de la ciencia. Sin embargo, la historia nos da cuenta de que las concepciones de la adultez tardía nunca han sido uniformes, aunque sí se han mantenido algunas por períodos prolongados. (Moscovici 2003, citado en Ramos & cols. 2009). Por ello a continuación se mencionarán las concepciones más sobresalientes sobre la adultez tardía.

1.2.1 Concepto de Adulthood Tardía:

Fernández- Ballesteros (2000) define a la adultez tardía como un estado del individuo, supone una etapa de la vida: la última; por tanto esta definición hace referencia a una condición temporal y, concretamente, a una forma de tener en cuenta el tiempo y la consecuencia del tiempo en el individuo, es decir, a la edad. Entonces, está en función del tiempo que transcurre para un determinado organismo frecuentemente mediado según su edad.

Vizcaíno (2000) Considera en la adultez tardía que los criterios que permiten delimitarla varían en función del momento histórico y del contexto sociocultural

Yuste (2004) la refiere como el estado de una persona en la cual sufre una decadencia biológica en su organismo disminuyendo su participación social derivado del crecimiento en su edad.

Triadó y Villar (2006) hacen hincapié en la idea de que en la adultez tardía hay un límite en el optimismo y de que en ciertas edades la pérdida se convierte en inevitable y dominante, refieren a la adultez tardía como un período con características diferentes mucho menos benévolas.

1.2.2 La Adulthood Tardía dentro del proceso de envejecimiento:

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han establecido convencionalmente los 60 años como edad de inicio de la adultez tardía, aunque cabe mencionar que se hacen serios cuestionamientos en relación a la convivencia de establecer una edad fija como medida estándar.

Craig (2001) plantea que la adultez tardía es un periodo importante por su propia naturaleza. Comienza al inicio de los sesenta años aproximadamente, y en algunos

casos puede abarcar hasta 40 años. Siguiendo esta línea Papalia (2010) marca de manera arbitraria a los 65 años como inicio de la adultez tardía.

Es difícil establecer la frontera de la adultez tardía, es por ello que autores como Fernández-Ballesteros (2000), Mishara & Riedel (2000), Schaie & Willis (2003) entre otros, plantean que hay otras formas de determinar la posición de una persona en el proceso de envejecimiento:

- Edad cronológica: considera a la edad como elemento definidor en el caso de la adultez tardía sería a los 65 años.
- Edad psicológica: Plantea que existen algunas funciones que a una determinada edad se estabilizan, otras experimentan crecimiento a todo lo largo del ciclo vital y otras que declinan y se comportan isomórficamente.
- Edad funcional: Es el conjunto de indicadores que permiten predecir un envejecimiento óptimo, situando al individuo evaluado en un punto de un espacio multidimensional de funciones biopsicosociales.
- Edad física: El ser humano sufre diversos cambios durante su ciclo vital y plantea que después de una etapa relativa de desarrollo viene un periodo de meseta para después un declive en las capacidades físicas, va perdiendo eficiencia biológica en la medida en la que pasa el tiempo.

Hay que tomar en cuenta que establecer una frontera de la adultez tardía es muy distinto a determinar una tipología o una clasificación de la misma. Con base a la edad cronológica Ebersole y Monea 1979 (en Stuart-Hamilton 2002) dividen esta etapa en categorías:

- mayor joven (60-69 años),
- mayor de mediana edad (70-79 años),
- mayor mayor (80-89 años) y
- mayor muy mayor (más de 90 años).

Lo anterior nos introduce a sinónimos empleados por Irene Burnside 1979 (citado en Craig, 2001) para sexagenario, septuagenario, octogenario y nonagenario.

Posteriormente Riley 1988 (en Fernández-Ballesteros, 2000) plantea los siguientes rangos de edad para las siguientes categorías:

- jóvenes viejos (55 a 75 años),
- viejos viejos (75 a 85 años) y
- considerando a las personas mayores de 85 años como viejos más viejos.

Los autores Triadó y Villar (2006); emplean otro método y la división queda de la siguiente manera: en tercera edad y cuarta edad, la primera se refiere a un periodo activo e independiente y la segunda se refiere a un periodo (final) de dependencia.

Hay que tener en cuenta que las clasificaciones con base a la edad cronológica dicen muy poco respecto a la forma de envejecimiento, no es un indicador viable de la calidad de vida y experiencia del adulto mayor.

Independientemente del enfoque desde el cual se aborde la adultez tardía; la nueva vertiente a considerar es que es una etapa más dentro del proceso de envejecimiento la cual se debe analizar de forma dinámica, contemplando las experiencias personales, el contexto sociocultural donde este inmerso el adulto mayor. Desde esta perspectiva, los adultos mayores deben ser considerados sujetos con posibilidades de constante desarrollo, reconstrucción y aprendizaje.

Sánchez (2009), redacta que se debe hacer referencia a dos factores de gran importancia que condicionan los rasgos propios de la adultez tardía: los cambios físicos que, a pesar de que se dan a lo largo del ciclo vital, en la adultez tardía se acentúan y, por otro lado, los factores sociológicos que van a ser precursores de los rasgos psicológicos del adulto mayor y que a la vez influyen en su relaciones sociales.

CAPÍTULO 2

CAMBIOS QUE SE PRODUCEN DURANTE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona; pero, además, también se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado esa persona.

Sin duda, los cambios que antes se ponen de manifiesto durante el envejecimiento son los cambios físicos que, en realidad, son una continuación de la declinación que comienza desde que se alcanza la madurez física, aproximadamente a los 18 o 22 años. A esa edad finaliza la etapa de crecimiento y empieza la involución física. Pero no todos los cambios se producen en la misma época y con el mismo ritmo.

En este capítulo se mencionaran los cambios que durante el proceso de envejecimiento se dan, así mismo se mencionan las enfermedades o complicaciones más frecuentes que se producen a consecuencia de estos cambios; así mismo se incluye la transición demográfica.

2.1 Cambios propios del Proceso de Envejecimiento

Por cuestiones prácticas, se mencionarán los cambios que se van dando durante el proceso de Envejecimiento por secciones: cambios físicos, cambios cognitivos, cambios en la personalidad, cambios en la sexualidad y sociales. Posteriormente se mencionarán los factores externos o sociales.

2.1.1 Cambios Físicos

Craig (2001) indica que el cuerpo cambia en muchas formas, se producen modificaciones en el aspecto físico, en los sentidos, en los músculos, en los huesos, en la movilidad y en los órganos internos. También cambian los ciclos diarios, aunque no siempre por el envejecimiento.

Gonzalo (2002), menciona que la primera causa del proceso de envejecimiento es el deterioro por el uso. Uno de los efectos del uso es la muerte celular, la cual es debida, unas veces, a factores extrínsecos a la célula (traumatismos, hipoxia, etc.), otras a alteraciones en la propia célula. Comenta que una de las principales causas del envejecimiento celular es la genética: unas células están programadas para una vida muy corta y otras para que pervivan durante toda la existencia del individuo.

Los aspectos físicos del envejecimiento rigen muchos de los cambios y de las limitaciones propias de la adultez tardía. Muchos de los efectos no se perciben, ya que el proceso de envejecimiento es gradual y los sistemas físicos poseen una gran capacidad de reserva. Es por ello que la mayoría de los adultos mayores pueden hacer casi todo lo que necesitan o quieren hacer.

Los cambios físicos que se producen durante el proceso de envejecimiento se describen a continuación:

- Cambios en el sistema tegumentario

Los cambios observados en la adultez tardía con respecto a la piel son: adelgazamiento de las capas celulares de la epidermis, la reproducción celular es más lenta, se presenta disminución de la función fotoprotectora; disminución de la inmunidad celular cutánea y la sensibilidad a antígenos. Se llega a presentar reducción del número de capilares dando lugar a la palidez cutánea y dificultando los procesos de cicatrización.

Es característico ver en los adultos mayores arrugas y flojedad, esto se debe a la pérdida de las características elásticas de la elastina y la rigidez del colágeno. De igual modo las glándulas sudoríparas disminuyen en tamaño, número y función contribuyendo a la sequedad de la piel y a una disminución funcional de la termorregulación.

Pelo

Se presenta claramente la disminución en el diámetro del pelo que emerge de la piel y en el crecimiento del mismo. Hay una disminución de la producción de melanina lo que lleva a la aparición de canas.

Uñas

En los adultos mayores hay una disminución en la velocidad del crecimiento, también se observa reducción del aporte vascular al lecho ungueal dando lugar a uñas mates, quebradizas, duras y gruesas.

- Cambios del sistema nervioso

Entre todos los cambios relacionados con la adultez tardía, los del sistema nervioso tienen un protagonismo especial. Puesto que estos cambios determinan la longevidad y la calidad de vida durante el proceso de envejecimiento en la adultez tardía. (Salvador-Carulla, 2004)

Papalia (2010) plantea que en la adultez tardía se observan disminuciones graduales del volumen y peso del cerebro, sobre todo en la corteza frontal, la cual controla las funciones ejecutivas, otro cambio típico es la disminución del número, o densidad, de los neurotransmisores dopamínicos debido a las pérdidas de sinapsis, hay un adelgazamiento de la capa de mielina.

En el diagrama I se exponen los principales cambios en el sistema nervioso:

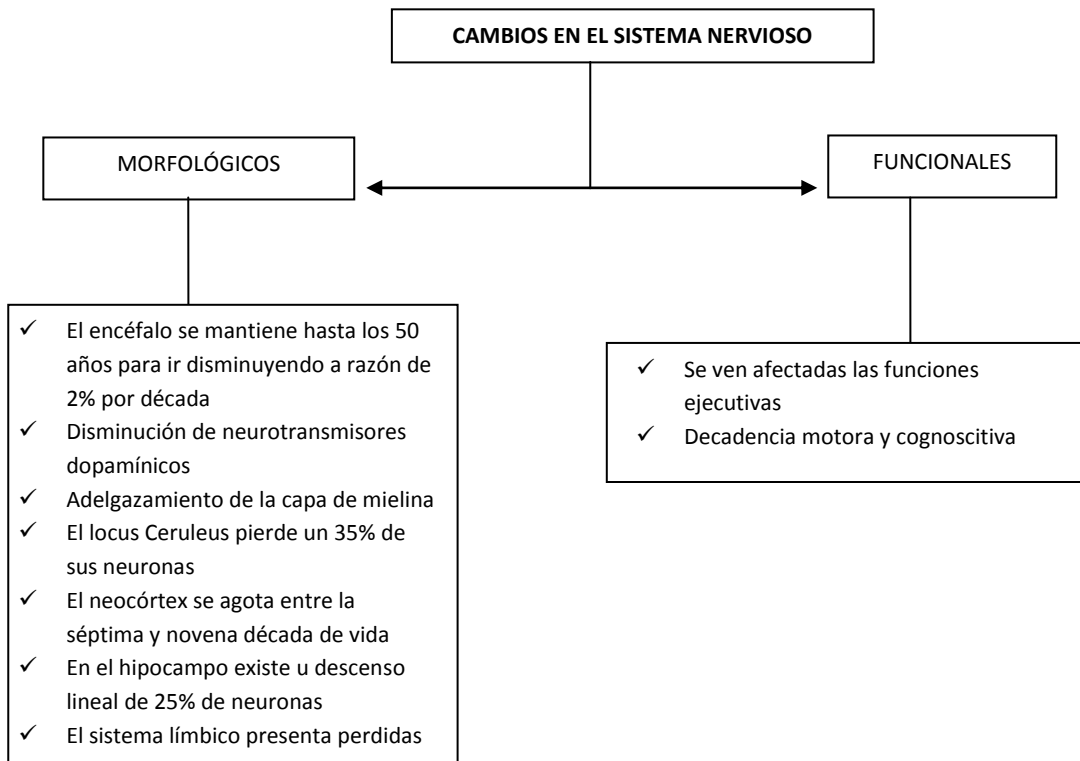


DIAGRAMA I. CAMBIOS EN EL SISTEMA NERVIOSO

- Cambios sensoriales

Aunque algunos adultos mayores experimentan declinación aguda en el funcionamiento sensorial y psicomotor, otras no experimentan casi ningún cambio en la vida diaria. Entre los adultos mayores de edades más avanzadas los trastornos tienden a ser más severos y les impiden cada vez más sus actividades, la vida social y la independencia.

Entre las capacidades sensoriales que experimentan un deterioro importante con la edad cabe destacar la visión y la audición. La necesidad de atender prioritariamente a estos dos sentidos viene dada tanto por la magnitud de su deterioro como por la importancia que tienen en el proceso de relación de las personas con el entorno exterior. (Salvador-Carulla, 2004)

Vista

En los adultos mayores un problema común es la disminución en la acomodación (capacidad para enfocar a distancias diferentes), que lleva a la presbicia, caracterizada por la hipermetropía. Al envejecer, la lente pierde parte de su elasticidad y, por lo tanto, de su poder de enfoque. La deficiencia visual más importante que sufre la mayoría de las personas es una pérdida de agudeza (capacidad para ver objetos claramente a distancia). Además, el umbral visual (la luz más tenue que se puede ver) aumenta con la edad; es decir, los adultos mayores no son capaces de ver luces tan tenues. Se incluye una disminución en la expansión máxima de la pupila, y un peor metabolismo de las células receptoras. Del mismo modo, la velocidad de ajuste a condiciones de bajo nivel de iluminación disminuye con la edad. La inversa (capacidad de recuperación del deslumbramiento) también está reducida. Otra consideración importante es el cambio en la percepción del color: los adultos mayores perciben el mundo más amarillo.

Los adultos mayores son también más lentos en el procesamiento de estímulos visuales y necesitan verlos durante más tiempo antes de poderlos identificar con precisión.

El tamaño del campo visual disminuye. Un problema más grave es la pérdida de la visión periférica.

Los problemas anteriores pueden ser intensos e incómodos para las personas mayores, pero no son necesariamente incapacitantes. Las causas principales de estos cambios son las cataratas (la lente se vuelve opaca), el glaucoma (un exceso de fluidos se acumula en el globo ocular, y la presión resultante destruye permanentemente los nervios y las células receptoras), la degeneración macular y la retinopatía diabética (daño en los vasos sanguíneos de la retina a consecuencia de la diabetes).

Estas enfermedades no se limitan a la edad avanzada pero, sin duda alguna, son mucho más comunes en ella. Es importante advertir que los peores efectos se pueden prevenir o al menos atemperar si se identifican tempranamente. (Stuart-Hamilton, 2002)

Oído

Avanzando al interior del oído, se pueden advertir diversos cambios relacionados con la edad. El pabellón auditivo aumenta con la edad; el canal auditivo del adulto mayor se puede bloquear más fácilmente con cerumen, causando pérdida auditiva. Los cambios en el oído medio son más graves. Los huesos en el oído medio tienden a volverse rígidos con la edad por la calcificación o la artritis. Esto afecta a la transmisión del sonido, más particularmente para las frecuencias altas. La pérdida auditiva más común en las personas de edad avanzada es una afección conocida como presbiacusia, sus características son: es de progresión lenta, bilateral y simétrica, los tonos que comienzan afectándose son los agudos. Esta condición se puede producir de varias maneras, pero todas tienen en común una pérdida proporcionalmente mayor en la percepción de los sonidos de alta frecuencia que en los de baja frecuencia. Así, la presbiacusia hace muy difícil seguir el habla. La presbiacusia no es el único problema auditivo. Por ejemplo, hay un empeoramiento de la discriminación de tono, la localización de sonidos y también en la percepción de la información de la situación correcta en el tiempo. Además algunos adultos mayores sufren acúfenos (zumbidos en los oídos).

Gusto y olfato

Con frecuencia el gusto depende del olfato. La pérdida de estos dos sentidos puede ser consecuencia normal del envejecimiento. La sensibilidad a sabores agrios, salados y amargos puede estar más afectada que la sensibilidad a lo dulce.

- Fortaleza, resistencia, equilibrio y tiempo de reacción

Aunque los adultos mayores pueden realizar con más lentitud la mayoría de las actividades que ejecutan las personas jóvenes, tienen menos fortaleza de la que tuvieron y están limitados en actividades que requieren resistencia o capacidad para transportar cargas pesadas. Los adultos pierden casi 10 a 20% de fortaleza a los 70 años. A los 70 u 80 años algunas personas tienen sólo la mitad de fortaleza que tenía a los 30.

- Cambios músculo esquelético

También se observan cambios en el sistema músculo esquelético, del cual se mencionaran las articulaciones, huesos y músculos.

Articulaciones

Cambia la proporción de sus componentes aumentando la rigidez del colágeno. Así se observa fibrosis local periférica; pérdida de elasticidad y artrosis en el 80% de los mayores de 55 años; hay cambios en la geometría y en la distribución de fuerza en la articulación. Las articulaciones vertebrales sufren una serie de cambios a nivel del disco intervertebral que van a causar una serie de transformaciones físicas: aumento de la densidad por pérdida de agua, se vuelve más duro, consistente y delgado lo que, a su vez, origina la disminución de la estatura.

Las articulaciones de los miembros superiores son las que presentan menos alteraciones. Las articulaciones de los miembros inferiores son las que soportan mayor presión y desgaste, y por tanto mayores cambios: esta zona se torna más frágil y quebradiza lo que explica las frecuentes fracturas de fémur y cadera.

La pérdida de fuerza en los músculos y ligamentos dan lugar a un pie plano con un giro hacia afuera y los centros de presión se desplazan al borde interno del pie, los

arcos de la bóveda planar se desequilibran dando lugar a la aparición de callosidades y a la dificultad en el equilibrio corporal, la alineación y la marcha.

Huesos

Durante la adultez tardía se presenta pérdida de masa ósea causando la disminución del peso del esqueleto, hay desmineralización, trama ósea más delgada, se presenta aumento de la esponjosidad en huesos compactos y osteoporosis.

La consecuencia principal de las alteraciones osteoarticulares es la modificación de la silueta, y el adelgazamiento de los huesos puede ocasionar cifosis, llamada comúnmente joroba de la viuda, (Papalia, 2010)

Músculos

En los adultos mayores se observa un descenso en el número de fibras musculares, presentan un aumento extracelular de líquido intersticial, grasa y colágeno. A nivel celular hay un intenso depósito de lipofuscina y a nivel funcional hay una pérdida gradual de fuerza muscular; prolongación del tiempo de contracción y de relajación; descenso en el desarrollo máximo de tensión.

- Cambios en el sistema endocrino

Los cambios que se observan en el sistema endocrino son los siguientes: en las gónadas se presenta una atrofia gradual. En la tiroides, la atrofia celular que interfiere en el proceso de oxidación de los tejidos. En el páncreas se producen cambios en el mecanismo de producción de insulina, disminución gradual en la tolerancia a la glucosa y cambios en la velocidad de respuesta de los mecanismos anteriores. En las glándulas suprarrenales hay una insuficiencia de función suprarrenal reflejada en astenia general, digestión difícil, aumento de pigmentación cutánea. En la glándula paratiroides cuando se presenta ya sea una hipo o hiperfunción de estas glándulas, se altera la fisiología del tejido óseo, la regulación del calcio y el fósforo en la sangre.

- Cambios en el sistema gastrointestinal

Dentro de los cambios morfológicos hay una disminución de la producción de saliva, erosión de dentina y esmalte y retracción de la encía, atrofia en la mucosa gástrica, aumento de tejido conectivo en el intestino grueso, descenso en el tamaño hepático, pérdida del tejido funcional del páncreas que puede enmascarse por un aumento de tejido graso.

En personas de muy avanzada edad se ha detectado reducción en la amplitud de las contracciones esofágicas, también disminución del tono muscular intestinal y la incontinencia fecal aumenta por la disminución del tono del esfínter y heces semilíquidas; la secreción del ácido gástrico desciende. Los adultos mayores pueden ser propensos a reacciones farmacológicas adversas debido al deterioro de función enzimática hepática.

- Cambios en el sistema cardiovascular

En la adultez tardía hay una disminución del gasto cardíaco en respuesta al estrés o ejercicio, también se presenta una disminución en la frecuencia cardíaca en respuesta al estrés y ejercicio. La capacidad de respuesta del sistema simpático disminuida explica la reacción alterada del corazón al ejercicio. También se observa disminución del flujo sanguíneo coronario; aumento de la duración de la contracción ventricular; aumento de la duración de la contracción ventricular; disminución del tono vasomotor; aumento de la presión arterial, mayor en la sistólica; aumento de la velocidad de la onda de pulso.

- Cambios en el sistema respiratorio

La disminución en la movilidad de las costillas y contracción parcial de los músculos respiratorios debido a los cambios vertebrales, la osteoporosis y la calcificación de los cartílagos costales; la reducción de la adaptabilidad de la pared torácica y el

pulmón se vuelve más rígido; la atrofia de las paredes alveolares y reducción en el número de alveolos provocan a su vez cambios funcionales como son: aumento del 50% de la capacidad residual funcional; disminución del flujo respiratorio forzado; disminución de la capacidad respiratoria máxima; reducción de la fuerza de los músculos respiratorios que a su vez pueden originar complicaciones médicas e infecciosas.

- Cambios en el sistema renal

Los cambios morfológicos son: pérdida e hipertrofia de nefronas y disminución del peso del riñón.

Al presentarse estos cambios morfológicos puede también provocar cambios funcionales como son: la tasa de filtración disminuye; el flujo plásmico renal también disminuye; la reabsorción de glucosa desciende, se presenta una menor capacidad para reabsorber el sodio; menor capacidad de excreción y una disminución moderada en la capacidad de concentración de la orina.

- Cambios en el aparato reproductor

En la Mujer

El monte de venus pierde grasa, los labios mayores y los menores se adelgazan; la vagina se adelgaza y pierde elasticidad y puede presentarse hipertrofia uterina. Las mujeres también presentan deficiencia estrogénica, cambios de pH vaginal, la secreción vaginal es escasa y el cambio más notorio es la menopausia.

En el Hombre

En los adultos mayores varones el pene y los testículos disminuyen su tamaño, los túbulos seminíferos de los testículos se engrosan y hay hipertrofia prostática. Del mismo modo hay declinación en los niveles de testosterona, la erección es más lenta y hay disminución en cantidad, calidad y fuerza de expulsión de semen.

En ambos

Los cambios que comparten tanto varones como mujeres son: las glándulas mamarias adquieren una apariencia pendular y consistencia blanda; la piel de todo el cuerpo se atrofia perdiendo humedad y elasticidad, hay pérdida del vello pubiano y cambios notorios en la forma del cuerpo.

Años recientes se ha dado cada vez mayor importancia a la expresión sexual, al comprobar que ésta no sólo sirve a propósitos físicos, sino que también a asegurar a ambos miembros de la pareja el amor del otro, así como su comprensión y la sensación de que sigue estando vigente su vitalidad, lo que en definitiva contribuiría a elevar la autoestima de cada miembro de la pareja. (Papalia, 2010).

De esta manera, los estereotipos populares que plantean que los años de la vejez son asexuados, son infundados puesto que en la práctica, existe un número elevado de personas adultas, que después de los sesenta y cinco años permanecen interesadas y activas sexualmente. En definitiva, si bien es cierto que las relaciones sexuales en la tercera edad son diferentes en frecuencia e intensidad, las cuales disminuyen producto de signos biológicos y físicos, la satisfacción y consistencia de la misma se deberá principalmente a como haya sido el comportamiento sexual durante la juventud. (Monedero, 1986)

2.1.2 Cambios Cognitivos

Con la edad aparece un cierto enlentecimiento en la comprensión de la información que depende de los órganos de los sentidos, y un enlentecimiento a la hora de dar respuesta a la información recibida, sobre todo si las tareas exigen mucha atención y velocidad de reacción. También se enlentece el aprendizaje de nuevas tareas. Así mismo, hay un declive de los mecanismos básicos de la inteligencia, otras funciones tienden incluso a incrementarse, como la sabiduría.

A continuación se mencionarán los cambios cognitivos más característicos dentro del proceso de envejecimiento:

- Consciencia

En el envejecimiento normal esta función se mantiene. Cabe señalar que cuando se presenta un envejecimiento patológico la consciencia se ve alterada.

- Atención

Con la edad se mantiene la capacidad de concentración en tareas simples, pero la concentración se deteriora cuando se trata de realizar tareas más complejas, sobre todo si implican prestar atención de manera simultánea a dos o más cosas.

- Lenguaje

Aparecen problemas de denominación, pero esta dificultad ya se presenta en la adultez. La capacidad para describir la función de las cosas o decir sus características se mantiene intacta.

- Memoria

La memorización es un proceso complejo que implica varios pasos. Debido a los déficits sensoriales que puede tener, la persona mayor puede tener dificultades a la hora de descodificar la información. Es habitual que afirme que ha perdido la memoria. A pesar de que se notan pérdidas leves de memoria en la adultez, a partir de los 60-70 años son más frecuentes, por culpa de la falta de atención y de un registro inadecuado. La memoria reciente se deteriora un poco. En cambio, la memoria remota se ve poco afectada con la edad.

La sensación de pérdida de memoria puede provocar angustia a la hora de gestionar la información, y puede jugar malas pasadas a la persona, que no encuentra la manera de recuperar una información que necesita. Además, dificulta el aprendizaje y aumenta el miedo de tener alguna enfermedad del cerebro como la enfermedad de Alzheimer.

- Funciones ejecutivas

Se entiende por funciones ejecutivas la capacidad de planificar, organizar y ejecutar la secuencia para llevar a cabo de forma satisfactoria una tarea en un tiempo razonable y de forma correcta. A pesar de que con la edad se observa un cierto deterioro de estas funciones, esto no afecta mucho a la independencia de la persona. A partir de los 70 años hay una menor tolerancia a los cambios, que no tiene por qué afectar la toma de decisiones.

- Praxias

Con la edad no se modifican, salvo que aparezca alguna alteración, sólo se enlentece su ejecución. La persona mayor aprende los movimientos igual que la joven excepto cuando hay velocidad motora o se tiene que procesar mucha información. Por ejemplo, le será más difícil aprender a bailar un rock que un vals.

2.1.3 Cambios en la Personalidad

Los cambios en la personalidad, son cambios que afectan a la forma de sentir, expresar afecto y a la forma de interpretar los hechos de la realidad. Por lo general, los rasgos de personalidad se mantienen estables a lo largo del ciclo vital. En caso de producirse cambios, éstos suelen asociarse a acontecimientos de tipo pérdida, fundamentalmente de salud y de soporte social, más que a la edad cronológica. Estas pérdidas hacen a los adultos mayores más prudentes y cautelosos ante los problemas. (Papalia, 2010)

Tradicionalmente viene aceptándose que los adultos mayores presentan una modificación de su personalidad en el sentido de una mayor prudencia, conservadurismo, pasividad, introversión, perseverancia, rigidez, egocentrismo, dependencia, servilismo, conformidad, necesidad de orden, sensiblería, intolerancia, autoritarismo, irritabilidad, etc. Se sabe que estos rasgos de personalidad, cuando se

dan, están más relacionados con condicionamientos ambientales o, en su caso, con proceso de deterioro cognitivo. (Monedero, 1986)

Para explicar esos cambios, algunos teóricos han dirigido su atención a las discontinuidades del desarrollo. Como se verá a continuación, los trabajos de Erik Erikson (1902-1994), Robert Peck (1968), Daniel Levinson (1986,1992) han examinado las modificaciones del carácter provocadas por los nuevos desafíos que aparecen en la edad adulta tardía. (Feldman, 2007)

Erik Erikson 1902-1994 (citado en DiCaprio, 1989) afirmó que el desarrollo no se detiene a los 20 años, sino que se prolonga de la infancia a la vejez. Supone que en cada etapa de la vida, se hace frente a una tarea, cuyo resultado puede ser un logro o un fracaso. Cada etapa psicosocial de la vida incluye su propia crisis vital, un período crucial en que el individuo realiza un giro decisivo en un sentido u otro, y que proporciona nuevas oportunidades para desarrollar fuerzas del “yo” o virtudes básicas; supone que en cada nivel superior, la personalidad se vuelve más compleja.

Las etapas psicosociales de Erikson 1902-1994 son las siguientes:

- Primera edad: Infancia temprana (Confianza contra Desconfianza)
- Segunda edad: Infancia última (Autonomía contra Vergüenza)
- Tercera edad: Niñez Temprana (Iniciativa contra Culpa)
- Cuarta edad: Niñez Media (Industria contra Inferioridad)
- Quinta edad: Pubertad y adolescencia (Identidad del ego contra Confusión del rol)
- Sexta edad: Juventud (Intimidad contra Aislamiento)
- Séptima edad: Madurez (Fecundidad contra Estancamiento)
- Octava edad: Edad adulta última (Integridad contra Desesperación)

La última etapa de Erikson 1902-1994 (citado en Feldman, 2007) integridad del ego contra desesperación atañe a la adultez tardía y abarca de los 60 años a la muerte, la tarea principal de este periodo es la integridad del ego e implica una unificación de

toda la personalidad y se caracteriza por un proceso de mirar la vida en retrospectiva, evaluarla y llegar a un acuerdo con ella. La perspectiva de llegar al final de la vida puede producir profunda angustia a muchas personas, pero no lo es para quienes han cumplido con éxito las tareas de las etapas previas. Así, cada logro obtenido en las etapas anteriores prepara a la persona para la tarea final de la vida: la capacidad de encarar la muerte sin desesperación y con el sentimiento de haber llevado una vida plena, vivida como tenía que ser. Habiendo aprovechado las experiencias de la vida, el adulto mayor encara este último periodo con sabiduría, la virtud que Erikson atribuye a esta etapa. Aquellos que encuentran la muerte totalmente incomprensible y terrible han fracasado en los logros anteriores en su vida.

Robert Peck 1968 (citado en Feldman, 2007) sugiere que el desarrollo de la personalidad en los adultos mayores es ocupado por tres tareas o desafíos importantes. La primera tarea consiste en volver a definirse sin basarse en los roles laborales u ocupaciones, una etapa a la que llama redefinición del “yo” a preocupación por el rol laboral. La segunda tarea importante del desarrollo en la adultez tardía, es la trascendencia del cuerpo frente a preocupación por el cuerpo, en esta etapa el individuo debe aprender a afrontar y superar los cambios en las capacidades físicas como resultado del envejecimiento. Por último la tercera tarea del desarrollo enfrentada por los adultos mayores es la de trascendencia del yo frente a preocupación por el yo, en la cual deben avenirse a su futura muerte.

La teoría de Daniel Levinson 1986,1992 (citado en Feldman, 2007) mira el proceso que da lugar al cambio de personalidad mientras envejecemos. Durante ese período de transición, el individuo llega a darse cuenta de que ya no está en la etapa central de la vida, sino que desempeña partes cada vez más pequeñas.

En la reorganización que hace el individuo cuando se enfrenta a los múltiples cambios del envejecimiento, interviene su personalidad previa, es decir, la forma priora de comportarse y ser. De cómo interrelacionan los efectos de los nuevos

cambios y la personalidad previa surge la adaptación que cada persona realiza respecto a su nueva etapa, la adultez tardía. Muchos de los acontecimientos a los que se enfrenta la persona en esta etapa además de poder transformar su personalidad pueden generar estrés en la persona que los vive, el cual puede repercutir en una enfermedad física o mental. Estos acontecimientos pueden acompañarse con pérdida de la autoestima y de aislamiento lo cual repercute en la red de apoyo social y en oportunidades de participación en actividades.

2.1.5 Cambios sociales

Los cambios sociales que se producen durante el envejecimiento se refieren principalmente al cambio de rol del adulto mayor, tanto en el ámbito individual como en el marco de la propia comunidad. Así mismo considera las diferencias generacionales existentes a nivel de comportamiento social, y la dificultad de adaptación e integración que suele presentar el adulto mayor ante estos cambios.

Triadó y Villar (2006) al hablar de cambios sociales, consideran que algunas de sus tareas y roles característicos de los adultos mayores parecen implicar una progresiva reducción de la actividad social como consecuencia de las pérdidas, entre las que destacan:

- La jubilación (pérdida del rol de trabajador/a)

Esta pérdida de rol lleva consigo una serie de consecuencias que repercuten en la situación económica e incluso en la salud física y psíquica. Las relaciones sociales se reducen de forma importante al dejar el ambiente laboral; los recursos económicos disminuyen en casi todos los casos, siendo en general insuficientes; el exceso de tiempo libre exige una reorganización de la vida cotidiana y una utilización de los recursos personales y culturales para evitar la angustia que produce el “no tener nada que hacer”.

- Viudez (pérdida del rol de esposo/a)

La ayuda mutua que las parejas mayores se proporcionan es muy importante, hasta el punto de convertirse en la principal fuente de apoyo, y la muerte de uno de ellos puede poner en una situación de fragilidad al miembro de la familia que se queda solo. Las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres y, por lo tanto, hay más viudas que viudos. Hay muchos factores que influyen en la aceptación de la viudedad, como por ejemplo la edad, la cultura, la situación financiera, la relación con la pareja y la calidad del apoyo que proporcionaba. Asumir el papel de viudo o viuda conlleva diferentes aprendizajes, como saber moverse en la sociedad con una identidad propia y no conjunta con la de la pareja, ser capaz de administrar solo las áreas domésticas, reorganizar la rutina, plantearse la posibilidad de tener una nueva pareja, analizar si conviene cambiar de residencia e ir a vivir con algún hijo o en una residencia, etc.

- La independencia de los hijos (cambios en el rol de padre/madre)

Las condiciones familiares de los adultos mayores cambian cuando los hijos abandonan la casa paterna para formar nuevos hogares, y entonces hay una transición que se denomina nido vacío, de igual modo, se producen cambios en los roles de padre y madre.

El nido vacío

El nido vacío no representa el final de la paternidad. Es una transición a una nueva etapa: la relación entre los padres y sus hijos adultos. Ahora pueden seguir sus propios intereses mientras disfrutan de los logros de sus hijos adultos. No obstante, el nido vacío es más difícil para las parejas cuya identidad depende del papel paternal, o que ahora deben enfrentar problemas matrimoniales que habían dejado de lado bajo la presión de las responsabilidades paternas. (Papalia, 2010)

Rol de abuelo

El papel de los abuelos depende de varios factores, como la edad, el sexo, la tradición cultural y la situación económica y familiar de los hijos. Los abuelos son un

modelo alternativo al de los padres y maestros y proporcionan una continuidad con el pasado y entre las generaciones de la familia. Los abuelos pueden ser una fuente importante de afecto, responsabilidad y estatus dentro de la familia. Hay que tener en cuenta que no todas las personas que son abuelos y abuelas quieren o pueden ejercer este papel.

Actualmente muchos abuelos y abuelas juegan un papel importante en la sociedad como cuidadores, ya que se trata de personas activas y con salud que ocupan su tiempo ayudando a los hijos a cuidar a sus nietos y, a menudo, haciendo algunas tareas domésticas, mientras los hijos trabajan fuera de casa.

Rol de bisabuelo

La figura del bisabuelo en la sociedad actual tiene una función principalmente afectiva, sobre todo porque que son los que más fácilmente puede presentar algún tipo de incapacidad para llevar a cabo cualquier tarea de ayuda.

- Pérdida de autonomía

Con la edad aumenta el riesgo de perder autonomía y ello sitúa a la persona en una posición vulnerable y hace que tienda a dejar de hacerse responsable de sí misma, tenga más miedo al deterioro y deje en manos de los profesionales de la salud y de los servicios sociales su supervivencia.

- Pérdida de relación con los amigos

La pérdida de la relación con los amigos se debe en parte a la muerte de los integrantes de la red de relaciones o por institucionalización.

Papalia (2010) menciona que los vínculos sociales pueden ser literalmente un salvavidas, puesto que las relaciones sociales van de la mano con la salud, es por ello la importancia de la red social, la cual está formada por el conjunto de personas a las que el adulto mayor se siente vinculado de algún modo (hijos, hermanos, vecinos, etc.) y a través de las cuales se siente integrado a la sociedad. Le sirve para

evitar el aislamiento y constituye un canal de afecto que potencia los sentimientos de seguridad y en el que encuentra personas en que puede confiar y que lo ayudan a resolver problemas.

El primer nivel de red social lo forma la familia y las personas con las que se mantiene una estrecha relación, y da un sentimiento de seguridad. Un segundo nivel lo forma su entorno social más próximo, como por ejemplo los vecinos, de los cuales recibe apoyo y que le dan un sentimiento de vinculación al grupo. Los vecinos llegan a ser considerados sustitutos de la familia y esto sirve a ciertas personas para atenuar la sensación de abandono que pueden tener. Y un tercer nivel lo forman las instituciones sociales y comunitarias que facilitan las redes formales e informales de apoyo al adulto mayor, como por ejemplo los hogares de jubilados, el voluntariado, las residencias, los servicios de ayuda a domicilio, etc.

Contar con una red social favorece la vinculación social, mejora la autoestima, promueve estilos de vida saludables, proporciona el acceso a recursos, aumenta las relaciones interpersonales y asegura la ayuda instrumental, y todo ello provoca efectos positivos sobre la salud.

2.2 Factores de riesgo y enfermedades durante el Proceso de Envejecimiento

Todavía no es posible distinguir qué cambios son verdaderamente un resultado del envejecimiento y cuáles derivan de la enfermedad o de distintos factores ambientales y genéticos. En este aspecto, las diferencias individuales son tan notables que hacen difícil la extracción de conclusiones sobre el tema.

2.2.1 Factores de riesgo

Se sabe que algunas personas se hallan en mayor riesgo de enfermedad y discapacidad que otras. Lemme (2003) considera que un factor de riesgo es una característica biológica o conductual que aumenta la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad. La presencia de factores de riesgo no indica que un individuo desarrolle en manera inevitable un determinado problema de salud, sino que señala que la probabilidad aumenta en la medida que haya más factores presentes.

La ocupación, el trabajo que una persona desempeña, las condiciones en las cuales lo hace y el salario que percibe, determinan en gran parte las circunstancias de su vida: la casa que habita, la ropa que usa, los alimentos que ingiere y las actividades recreativas. Por lo tanto las ocupaciones de las personas es uno de los factores más importantes para la salud y longevidad.

El círculo social y familiar también puede ser un factor de riesgo al crearle problemas psicológicos o de inestabilidad emocional a la persona. La jubilación, la inseguridad social y económica, el abandono, el aislamiento y la soledad, entre otros, hacen más sensible a la gente a desarrollar úlceras, infarto al miocardio, neurodermatitis, colitis nerviosa, hipertensión arterial, entre otras.

De acuerdo a Lemme (2003) los factores de riesgo se dividen en:

1. Factores de riesgo biológicos.

Los factores de riesgo biológicos más importantes son la edad, el sexo y el historial familiar (que es un indicador de características genéticas). La herencia genética es un factor para desarrollar enfermedades como diabetes, osteoporosis, cáncer, entre otras.

2. Factores de riesgo conductual

Los patógenos conductuales son comportamientos tóxicos, es decir, actitudes, hábitos y estilos de vida personales que contribuyen a la ocurrencia de enfermedades, discapacidades y muerte; muchos de los factores de riesgo conductual se relaciona con más de una enfermedad; entre los principales factores de riesgo conductual se hallan el consumo de tabaco; el cual, es uno de los principales factores contribuyentes al desarrollo de la cardiopatía isquémica (ataques al corazón), la enfermedad cerebrovascular (accidente cerebrovascular), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la bronquitis y la neumonía o ambas, y muchos cánceres. El consumo de tabaco incrementa la magnitud potencial de enfermedad y sufrimiento y determina el tipo de muerte.

A medida que la persona envejece parece que es más sensible a los efectos del alcohol. Abusar del alcohol deteriora siempre la función hepática, pero el envejecimiento fisiológico hace que haya baja tolerancia y aumente su toxicidad secundaria, con el consiguiente riesgo de confusión transitoria, accidentes y caídas. Otras complicaciones que se pueden derivar del consumo abusivo es un empeoramiento de la tensión arterial y de la diabetes. También puede alterar los efectos de las medicinas, que al mezclarse con el alcohol pueden ser peligrosas e incluso mortales. Socialmente, provoca problemas de soledad y aislamiento. El alcoholismo se caracteriza por la dependencia de la persona hacia el alcohol, provocando los siguientes resultados: es una de las principales causas de muerte y reduce la esperanza de vida; destruye la estructura familiar y produce grandes problemas que inciden en la educación, superación, producción y calidad de vida de las personas.

El consumo sin prescripción de drogas, entendidas como sustancias que pueden provocar dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, con consecuencias físicas en la conducta, en la percepción y en la conciencia, no es recomendable en ninguna etapa de la vida. En la vejez aumenta el riesgo de tener accidentes y provoca fragilidad, aislamiento social y soledad.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, en la República Mexicana, 3.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años han usado drogas sin incluir al tabaco y al alcohol, mencionando que el consumo de drogas es más frecuente entre los hombres con una proporción de 4 varones por cada mujer, así mismo reporta que la droga de mayor consumo es la mariguana, en una proporción de 7.7 hombres por cada mujer. La cocaína ocupa el segundo lugar dado que por cada 4 hombres que la consumen hay una mujer; siguen en orden de preferencia, los inhalables y los estimulantes de tipo anfetamínico y en último lugar la heroína y los alucinógenos.

Quezada (2002) menciona que la alimentación es un factor muy importante para mantener el estado nutricional del adulto mayor. Los cambios que se presentan en la adultez tardía provocan que el adulto mayor se incline más por dietas poco nutritivas. Las dietas ricas en grasa elevan el riesgo de cáncer de colon y próstata y, quizás, de otros cánceres. También influyen de forma determinante en la aparición de la aterosclerosis, que se expresa en forma de ataques al corazón y trombosis cerebrales.

La desnutrición, es decir, la falta o escases de nutrimento en el cuerpo, hace propensa a la persona a padecer enfermedades infecciosas, paralelamente, ocasiona que la respuesta para la recuperación sea más débil, lo que puede ocasionar demora en la recuperación o bien la muerte.

La obesidad sobrecarga al corazón y a los pulmones. Eleva la presión arterial y se asocia a un ascenso de las lipoproteínas de baja densidad (colesterol malo); favorece el desarrollo de la diabetes mellitus de aparición adulta. También incrementa el riesgo de cáncer de colon, riñón y endometrio. Además, al poner un peso excesivo en las piernas, agrava la artritis de sus articulaciones.

Praagh (1999) considera que la falta de ejercicio (sedentarismo) puede provocar enfermedades como encogimiento y debilitamiento muscular; además, la

incapacidad para hacer un esfuerzo físico vigoroso, aumenta los niveles de colesterol, glucosa, insulina y triglicéridos en la sangre, por tanto, mayores probabilidades de padecer arteriosclerosis, hipertensión arterial y diabetes.

2.2.2 Enfermedades más frecuentes durante el envejecimiento

La razón por la que se considera a la persona mayor como vulnerable es porque su organismo tarda más tiempo en recuperarse de cualquier proceso que afecte a su normalidad. Pero al mismo tiempo que aparecen esas vulnerabilidades, la mayoría de las personas de edad avanzada desarrollan una serie de mecanismos de adaptación y de estrategias que compensan las carencias. Eso les permite llevar su vida diaria con relativa autonomía. Es por ello que parece importante mencionar las enfermedades más frecuentes que se dan en la adultez tardía las cuales son: Infecciones respiratorias, Infecciones intestinales, problemas de huesos y articulaciones, lesiones por accidentes y envenenamientos, afecciones en los dientes, problemas de salud mental, hipertensión arterial y otros problemas de circulación, diabetes, alteración de la visión.

Algunos de los problemas anteriores, debido a sus complicaciones, provocan la muerte de muchos adultos mayores; por eso es importante darlos a conocer para prevenir o evitar que evolucionen.

Padilla (2002), divide los problemas de salud en cuatro apartados:

1) Enfermedades infecciosas

Este tipo de enfermedades se caracterizan por su capacidad de contagio y la posibilidad de curarse completamente. Entre las enfermedades infecciosas están los padecimientos que afectan las vías respiratorias, las cuales pueden ser desde un catarro hasta una neumonía.

Estas enfermedades son producidas por virus o bacterias que se contagian de persona a persona a través de estornudos, besos o por contacto directo. La forma más grave de las infecciones respiratorias es la neumonía, comúnmente conocida como pulmonía.

Otro tipo de enfermedades infecciosas son las del aparato digestivo. La diarrea es una de las más frecuentes y puede ser ocasionada por parásitos, alimentos caducos, nerviosismo y por microbios que causan infecciones. La complicación más frecuente de las diarreas y que puede ocasionar la muerte es la deshidratación.

También existen las enfermedades infecciosas del aparato urinario; en las mujeres suele suceder la caída de la vagina; siendo esta la causa más frecuente de infecciones. En los varones el crecimiento de la próstata causa dificultad para orinar, en algunos casos el problema es tan grave que la persona no puede orinar aunque lo desee y tiene que acudir al hospital para que le pongan una sonda.

2) Enfermedades crónicas

Este tipo de padecimientos se presentan desde la edad adulta y como su nombre lo dicen son crónicos, es decir, duran mucho tiempo. Hasta la fecha no se ha encontrado cura para este tipo de padecimientos, solo el adecuado control es la mejor opción para mejorar el estado de salud de los adultos mayores.

Las enfermedades crónicas que se presentan con mayor frecuencia en la adultez son:

- Enfermedades cardiovasculares

Se presenta en los varones con más riesgo que en las mujeres, esto se debe a las diferencias biológicas. Dentro de estas enfermedades destacan las enfermedades coronarias del corazón (ECC), o cardiopatía isquémica: Se caracterizan por un

aporte limitado de oxígeno al músculo del corazón, un flujo sanguíneo coronario insuficiente para llevar el oxígeno y los nutrientes necesarios, el músculo del corazón, por tanto, cuenta con un suministro inadecuado.

La hipertensión arterial es la enfermedad que en mayor medida contribuye al accidente cerebrovascular (tanto hemorrágico como trombótico), facilita los infartos de miocardio y, cuando es lo bastante grave, lesiona también a los riñones.

- Cánceres malignos

Al no existir una cura total para el cáncer solo se dan tratamientos paliativos.

- Diabetes

Es un trastorno crónico del metabolismo que se caracteriza por la presencia de hiperglucemia y déficit de insulina. Se llama hipoglucemia a la disminución de la glucosa en sangre. La diabetes aumenta con la edad siendo más frecuente por encima de los 60 años. La actividad física tiene un efecto importante en la evolución del diabético, así como en la mejora de su control metabólico. Pero también existen una serie de riesgos: hipoglucemias, cetosis, infarto, arritmias, aumento de la presión arterial durante el ejercicio, hemorragias retinianas, proteinuria, úlceras del pie, principalmente.

3) Problemas Sensoriales

Estos problemas aunque son resultado del proceso de envejecimiento, requieren atención médica para evitar que evolucionen y existan complicaciones. Los problemas más frecuentes en ojos son: conjuntivitis, cataratas, presbicia, dificultad para ver de lejos y letras pequeñas; en oídos la presbiacusia y otitis; en olfato y gusto hay disminución de la capacidad de percibir sabores, lo que hace que el adulto mayor pierda el deseo de comer.

4) Lesiones por accidentes

Los accidentes, no se consideran enfermedades pero las lesiones pueden causar incapacidad. En México los accidentes son la sexta causa de muerte entre los adultos mayores. Estos accidentes comúnmente ocurren por atropellamientos en la vía pública y caídas, que en la mayoría de los casos suceden en el hogar.

Independientemente de la división propuesta por Padilla (2002) cabe señalar la existencia de otros padecimientos como son:

- Osteoporosis:

La osteoporosis es una enfermedad en la que los huesos se vuelven frágiles y es más probable que se rompan. Si no es prevenida o se deja sin tratar la osteoporosis puede progresar de una manera silenciosa e indolora hasta que algún hueso se rompa (fractura), lo que ocurre con mayor frecuencia en la cadera, columna vertebral y muñeca. Comienza con leves dolores de espalda que se van intensificando, se presentan fracturas frecuentes, es una enfermedad común entre las mujeres mayores de 50 años, y en la edad adulta a hombres y mujeres mayores de 75 años.

- Artrosis:

Es una enfermedad articular que se produce por fibrosis o degeneración de la misma. Se presenta en personas de edad avanzada y afecta a las articulaciones de la columna vertebral, las caderas, rodillas, manos... La mayoría de las personas mayores de 70 años presentan síntomas de artrosis en alguna articulación por lo menos, siendo el dolor y la alteración de la movilidad los síntomas principales. La degeneración del cartílago articular por la edad es la principal causa, aunque la presencia de alteraciones de ciertas proteínas que se transmiten de forma hereditaria producen una degeneración prematura del cartílago. La artrosis afecta más a las mujeres que a los hombres y a partir de los 75 años casi todas las personas tienen

artrosis en alguna articulación. La obesidad y la falta de ejercicio son factores predisponentes para la artrosis.

- El Accidente Cerebro Vascular (ACV) o Ictus o Ataque Cerebral:

Es una enfermedad vascular que afecta a las arterias del cerebro o que llegan al cerebro que se vuelven rígidas, en un proceso progresivo que consiste en la acumulación de colesterol, calcio y otras grasas en la pared de las arterias.

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Es un trastorno pulmonar que se caracteriza por la existencia de una obstrucción de las vías aéreas generalmente progresiva y en general no reversible. Está causada, principalmente, por el humo del tabaco y exposición al humo de leña, produce como síntoma principal una disminución de la capacidad respiratoria, que avanza lentamente con el paso de los años y ocasiona un deterioro considerable en la calidad de vida de las personas afectadas y muerte prematura.

Las entidades que se producen a consecuencia de las alteraciones de la circulación sanguínea del cerebro se han dividido en dos grandes grupos:

1. Isquémicos:

Aquellas causadas por la obstrucción al paso de la sangre en las arterias cerebrales, usualmente por trombos que viajan desde sitios lejanos al cerebro. En la mayor parte de los casos la obstrucción está producida por la presencia de placas de ateroma, lo que se conoce como arterioesclerosis. Una enfermedad consistente en la progresiva formación de placas lipídicas en las arterias grandes y medianas que riegan el corazón es a menudo la responsable. Con síntomas como dolor de piernas, especialmente en las pantorrillas y en los pies, que se desarrolla cuando uno está en movimiento y cede con el reposo, hormigueo en los pies cuando se está en reposo, úlceras o gangrena de los pies. En otros casos se debe a la

llegada de un trombo desde otras zonas del organismo, generalmente desde el corazón (embolia). Si en la zona obstruida por placas de ateroma se pegan acúmulos de plaquetas, se llegan a formar coágulos (trombos), lo que llamamos trombosis cerebral. Estas causas obstructivas producen:

Infarto cerebral: Se llama así a un área del cerebro que ha quedado lesionada irreversiblemente cuando, por alguna situación, no le llegó suficiente cantidad de sangre después de varios minutos.

Isquemia cerebral transitoria: Son los episodios transitorios de déficit neurológico (sin convulsión). Son debidos a la obstrucción transitoria de la circulación sanguínea en un área definida del cerebro.

2. Hemorragias:

Aquellas causadas por hemorragia dentro del cráneo. Puede producirse el sangrado que sucede entre el cerebro y la capa que lo rodea. La causa más común es por la ruptura de un aneurisma (alteración en la estructura de una arteria que toma la forma de un pequeño globo con predisposición a romperse) o como forma de hemorragia masiva o de pequeños sangrados. La causa más frecuente es la hipertensión arterial. Usualmente la persona es mayor de 50 años, con hipertensión arterial y generalmente ocurre después de un esfuerzo físico.

- Demencia:

La demencia describe una pérdida de las funciones mentales, generalmente asociada con la edad avanzada, que implica problemas de memoria. Es una pérdida de las habilidades mentales tan grave que interfiere con la habilidad de la persona para funcionar con normalidad en el trabajo o el entorno social. La demencia es un síndrome que se caracteriza por el deterioro de las funciones cerebrales superiores, en cuyo curso la conciencia permanece clara. Es un proceso, habitualmente progresivo y ocasionalmente reversible que interfiere con el desempeño en las

actividades de la vida diaria, laborales y sociales. Se caracteriza por perjudicar la memoria a corto y a largo plazo, y desintegrar la personalidad debido a que afecta la perspicacia y el juicio. Los síntomas de la demencia incluyen: la incapacidad para aprender nueva información; la incapacidad para recordar información que se sabía en el pasado; problemas con el pensamiento abstracto; desajuste del criterio; trastornos en otras funciones cerebrales como la capacidad para hablar eficazmente, llevar a cabo las actividades motoras o reconocer o identificar los objetos; un cambio de personalidad; interferencia con la capacidad para trabajar o llevar a cabo las actividades sociales usuales. Otros síntomas que pueden acompañar la demencia incluyen la ansiedad, la depresión o la suspicacia, el deterioro de la memoria, daño del funcionamiento o comprensión intelectual, deterioro de la capacidad de juicio y de la capacidad de orientación y decaimiento de esas funciones.

Las principales demencias que se presentan durante el proceso de envejecimiento son:

Demencia tipo Alzheimer

La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad progresiva, degenerativa e irreversible de la corteza cerebral que provoca el deterioro de la memoria, orientación, juicio, lenguaje, personalidad y conducta, interfiriendo con la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Evoluciona por etapas; el deterioro es insidioso y lento. La mayoría de las víctimas de esta enfermedad son personas mayores de 65 años; sin embargo, puede atacar a edades mucho más tempranas. Es muy difícil diagnosticarla, ya que su comienzo es lento, casi imperceptible y con frecuencia se atribuye a otras enfermedades. Su origen es incierto y afecta a cualquier persona independientemente de sexo, escolaridad, ocupación, raza, clase social, etc. Su comienzo es impredecible y evoluciona de manera diferente en cada caso. Un diagnóstico temprano de la enfermedad de Alzheimer ayuda a los pacientes y a sus familias a planear el futuro. Asimismo, les da tiempo para considerar las opciones de atención.

Demencia vascular

Se define como el deterioro cognitivo secundario a lesiones cerebrales causadas por enfermedad cerebrovascular, con intensidad suficiente para interferir las actividades de la vida diaria. Los requisitos básicos para el diagnóstico de demencia vascular son los siguientes: el paciente debe cumplir criterios de demencia, debe existir evidencia de enfermedad cerebrovascular por historia, exploración física y técnicas de neuroimagen y ambos requisitos deben estar razonablemente relacionados.

Enfermedad de Pick

La enfermedad de Pick es una demencia localizada de tipo cortical, se considera una demencia primaria ya que se desconoce su origen. Consiste en una degeneración neuronal que afecta al lóbulo frontal y a los temporales de forma simétrica. En sus comienzos puede confundirse con la enfermedad de Alzheimer pero a medida que va evolucionando será la atrofia la que diferencie estas dos enfermedades ya que la enfermedad de Alzheimer consiste en una degeneración más generalizada.

La enfermedad de Pick es una demencia progresiva que se caracteriza por iniciarse con una serie de cambios precoces y continuos del comportamiento, así como de la personalidad. La evolución de la enfermedad pasa por un deterioro en las habilidades sociales, de la inteligencia, de la memoria al igual que del lenguaje. Aparece una desinhibición comportamental (apatía, euforia). A partir de los dos primeros años de la aparición de la enfermedad es cuando más se agravan los problemas de memoria, de lenguaje como el deterioro del mismo, empobrecimiento, estereotipas verbales, aparece la apraxia y otros síntomas típicos de la demencia. Siempre se presentan con anterioridad las alteraciones de personalidad que las cognitivas. Las funciones que mejor se mantienen son la memoria autobiográfica, la orientación espaciotemporal, el aprendizaje, el cálculo, el reconocimiento y las praxias gestuales manipulativas.

Enfermedad de Parkinson

Consiste en un desorden crónico y degenerativo de una de las partes del cerebro que controla el sistema motor y se manifiesta con una pérdida progresiva de la capacidad de coordinar los movimientos. Se produce cuando las células nerviosas de la sustancia negra del mesencéfalo, área cerebral que controla el movimiento, mueren o sufren algún deterioro. Presenta varias características particulares: temblor de reposo, lentitud en la iniciación de movimientos y rigidez muscular.

El Parkinson es difícil de diagnosticar en sus etapas iniciales, ya que se confunde con los síntomas propios de otras patologías. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se efectúa a partir de los síntomas del paciente, ya que no existe ningún marcador químico. Para confirmar el diagnóstico se realiza una tomografía axial computarizada que detecta las lesiones cerebrales en el mesencéfalo. Asimismo, son habituales los exámenes de los reflejos. Sin embargo, el mejor medio para detectar esta patología es la observación, ejercida tanto por el médico como por los familiares del enfermo, ya que el contacto permanente les permite confirmar la continuidad o progresión de los síntomas y los posibles cambios tanto físicos como emocionales. En la enfermedad de Parkinson es esencial el diagnóstico precoz, ya que cada tipo de parkinsonismo tiene un tratamiento diferente.

- Depresión

La depresión es un trastorno de salud mental que genera ansiedad y baja autoestima, manifestado por cambios en el estado de ánimo que interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado. En la mayoría de los casos se presentan síntomas depresivos como tristeza, decaimiento, debilidad, pensamiento suicida y sus acompañantes como la anorexia, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnía, pérdida del libido entre otros.

La depresión no es algo normal en el proceso de envejecimiento y la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en adultos mayores,

puede pasarse por alto porque en la adultez tardía se muestran síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer, sentimientos de pena o tristeza (Gallo y Rabins, 1999).

Los adultos mayores suelen padecer condiciones médicas, tales como enfermedades cardíacas, derrames cerebrales o algún tipo de cáncer, que pueden provocar síntomas de depresión. Igualmente, pueden estar tomando medicamentos cuyos efectos secundarios contribuyen a la depresión; más de 15% de adultos mayores con un problema crónico de salud padecen de depresión (Gallo y Coyne, 2000). Es común que los adultos mayores se encuentren tomando varios medicamentos, recetados por distintos médicos o, lo que es peor, automedicados. Algunos medicamentos o combinaciones de ellos ocasionan alteraciones físicas o mentales, al igual que alteraciones en el estado de ánimo. El riesgo de suicidio es más grande en adultos mayores hombres que en mujeres. Se sabe que muchos de ellos sufren de alguna enfermedad depresiva que los médicos no fueron capaces de detectar, ya que un porcentaje relevante de estas víctimas de suicidio a menudo visitaron a sus médicos en el mes anterior a su muerte (Conwell, 2001).

2.3 Transición Demográfica en el Proceso de Envejecimiento

En el pasado, en la actualidad o en el futuro, todas las sociedades han enfrentado el problema del envejecimiento demográfico. La transición demográfica y epidemiológica en la cual se encuentra inmerso nuestro país, ha contribuido a que la esperanza de vida al nacimiento se incremente, de 44 años en la década de los cuarenta, a 75 años en el 2000, lo que ha propiciado un paulatino envejecimiento de la población, el cual se agudizará en los años venideros, con lo que se espera que para el año 2050 uno de cada 4 mexicanos sea mayor de 60 años (CONAPO, 2004). En años recientes, se ha venido observando que la población de adultos mayores viene en ascenso, ello en parte se ha debido a que la pirámide de la población se está invirtiendo y las personas mayores se están convirtiendo en un sector de la

población cada vez más influyente desde el punto de vista social, político, sanitario, económico, etc. (Montañés y Latorre, 2004)

Estos cambios demográficos se deben a tres causas principales que son el descenso de la natalidad, de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida.

El factor principal del aumento de la esperanza de vida y, por consiguiente, el descenso de la mortalidad, es principalmente los avances en la medicina, aunque podría deberse también a otros factores que en conjunto tienen influencia en el aumento de la esperanza de vida y dentro de estos factores se encuentran los económicos, biológicos, psicológicos, sociales, ecológicos, el estado de ánimo positivo, los contactos sociales, la actividad, escolaridad, satisfacción laboral, estatus económico, etc. (Leher, 1995, Limon 2000 citado en Pérez y Malangón 2006).

Las principales características son género y la edad. Las diferencias por género son importantes ya que la longevidad en la mujer es superior a la del hombre y la segunda característica marca que con el aumento de la esperanza de vida se tendrá una mayor población de personas que tengan una edad de más de 85 años.

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (O. M. S, 2000), en el siglo XX se produjo una revolución de la longevidad. La esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950 y llega ahora a 66 años, y se prevé que para 2050 haya aumentado 10 años más. Este triunfo demográfico y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XXI significan que el número de personas de más de 60 años, que era de alrededor de 600 millones en el año 2000, llegará a casi 2.000 millones en el 2050, mientras que se proyecta un incremento mundial de la proporción del grupo de población definido como personas de edad del 10% en 1998 al 15% en 2025. Así mismo la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2000 reportó que había en el mundo 210,000 adultos mayores de 100 años y se estima que para el 2050 la cifra se incremente 15 veces (Mendoza, 2005).

Ese aumento será más notable y rápido en los países en desarrollo, en los que se prevé que la población de edad se cuadruplicará en los próximos 50 años. En Asia y América Latina, la proporción del grupo clasificado como personas de edad aumentará del 8% al 15% entre 1998 y 2025, mientras que en África se prevé que esa proporción aumente sólo del 5% al 6% durante ese período, y que después se duplique para el año 2050. Una transformación demográfica mundial de este tipo tiene profundas consecuencias para cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional. Todas las facetas de la humanidad (sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas y espirituales) experimentarán una transformación. (ONU 2002; SEDESOL-INAPAM, 2005; CONAPO 2004).

2.3.1 Transición demográfica en México

Zetina (1999), plantea que en México la transición demográfica está caracterizada por un incremento acelerado de la población de adultos mayores lo cual provoca una serie de ajustes sociales, los cuales no se han dado al mismo ritmo de los cambios en la estructura de la población; lo cual conlleva a problemáticas tanto para el sistema económico como para las prestaciones de servicios médicos y sociales.

Actualmente en México existe un número importante de adultos mayores. En 2010 la población en edad avanzada representó el 6.3% de los habitantes del país. En contraste, en el año 2000 la participación de estos grandes grupos de edad era 5.0%. México se encuentra en proceso de envejecimiento demográfico, las generaciones más numerosas nacieron entre 1960 y 1980 e ingresarán al grupo de 60 ó más años a partir de 2020, se estima un cambio de 12.5% a 28.5% para el 2050, con una expectativa de vida mayor a 80 años, lo que significa que uno de cada cuatro mexicanos será un anciano. (CONAPO, 2004)

Padilla (2002), menciona que en México, durante las últimas décadas, la población por grupo de edades se ha modificado a un ritmo muy acelerado, debido a los factores sociodemográficos antes mencionados; caso específico es el Distrito Federal, en donde se concentra 10% de la población con más de 60 años de edad, en contraste con las demás entidades del país, lo que equivale a poco más de 700 mil individuos de los cuales la gran mayoría son mujeres.

De acuerdo con el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal (IAAM-DF, 2009) en 1995 había 651,126 mayores de 60 años (8% de la población) para el año 2005 el número aumentó a 876,623 personas adultas mayores (8.5 de la población), un punto porcentual arriba de la media nacional que es de 7.5. De ellos, 403,511 son adultos mayores de 70 años. Las personas adultas Mayores de 70 años han tenido un incremento poblacional en el Distrito Federal de 3.8% en el año 2000 a 4.6% en el 2006.

El predominio de mujeres en las edades avanzadas es una característica mundial lo cual tiene implicaciones para la sociedad y los propios individuos. (Gráfico 1).

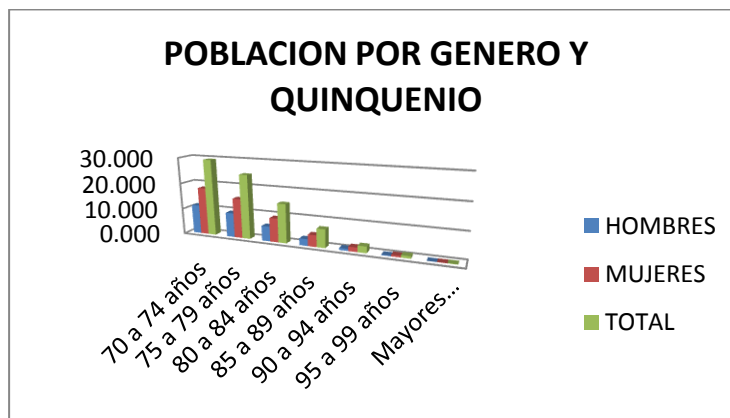


Gráfico 1. Tomado de IAAM-DF 2009.

La relación entre géneros es de 1.64 a 1; es decir por cada hombre casi existen dos mujeres. Lo anterior se encuentra en concordancia con lo reportado en diversas cohortes internacionales; y forma parte del fenómeno conocido como feminización del envejecimiento, uno de cuyos componentes es precisamente la mayor proporción

de mujeres con respecto a los hombres. Esta relación se acentúa conforme se incrementa la edad, donde en el primer quinquenio hay una relación de 1.63 a 1; contrastando la relación en el último quinquenio donde la relación es de 2.31 a 1 mujeres/ hombres. No obstante lo anterior, también es sabido, que parte de esta feminización del envejecimiento conlleva un peor estado de salud para las mujeres, aunque sobrevivan mas. Dada la feminización del envejecimiento, las políticas públicas deben orientarse hacia este grupo en particular, ya que se trata de población vulnerable.

El incremento de la relación Mujer/Hombre, de los 85 a los 89 años de edad, es un reflejo del aumento de la mortalidad en el género masculino, con la reducción de la población masculina del 51% con respecto al quinquenio anterior. Este fenómeno se continua observando y aumenta en los siguientes quinquenios hasta llegar a un 90% de mortalidad de los hombres y del 85% en las mujeres en el quinquenio de 95 a 99 años y en el de mayores de 100 años.

Con respecto al estado civil la proporción de casados es mayor en hombres que en las mujeres y se mantiene a lo largo del tiempo. La grafica de proporción de viudez es en espejo con relación a la proporción de casados. En este caso son los hombres los que tienen menor frecuencia de viudez. (Gráfico 2).

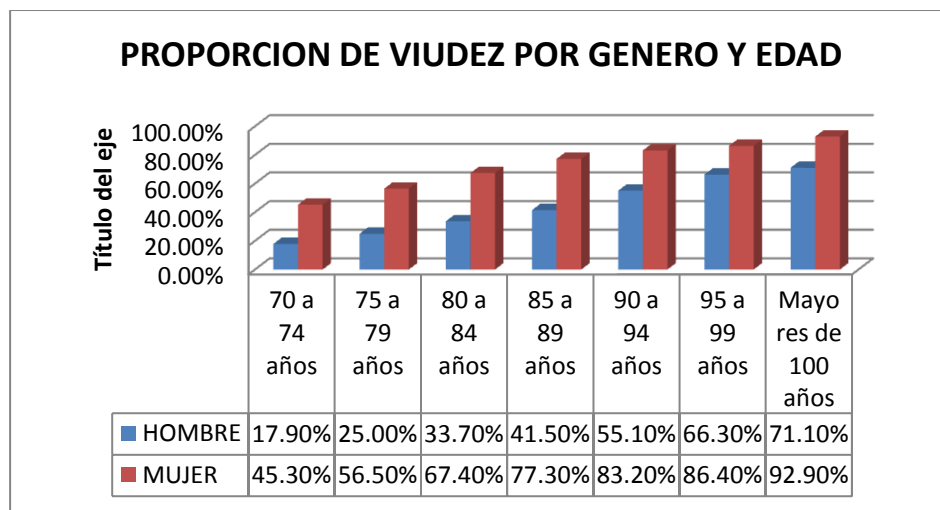


Gráfico 2. Tomado de IAAM-DF 2009

Se sabe que ser viudo o soltero es un factor de riesgo para muchos desenlaces adversos, tales como las disfuncionalidad y la muerte. Los adultos mayores que viven solos suelen tener una precaria red de apoyo, que los pone en una situación de vulnerabilidad, lo cual hace necesario implementar programas para este tipo de personas.

Con respecto a la escolaridad el 25% de las mujeres cursaron hasta el tercer grado de primaria en comparación al 33% de los hombres. Terminando solo la primaria el 2% de las mujeres y el 3% de los hombres. Los altos niveles de analfabetismo y el menor grado de escolaridad de los adultos mayores ponen de manifiesto las menores oportunidades que tuvieron con respecto a las generaciones más jóvenes para asistir a la escuela y completar una formación académica. Estos rasgos representan un obstáculo para el desarrollo y realización personal y por lo tanto para el bienestar del adulto mayor (INEGI, 2005).

CAPÍTULO 3

PROYECTO DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

Cuando se llega a la adultez tardía, muchos de los adultos mayores no saben cómo ocupar el tiempo libre que antes ocupaban con el trabajo. El tema se puede abordar desde una perspectiva múltiple: por el lado de las posibilidades, en cuanto se piensa que la persona está en condiciones de hacer aquellas actividades que deseó toda su vida pero que no tuvo oportunidades de concretar y; dificultades en tanto todo toma valor a partir de lo que produce económicamente.

Tras la desvinculación del mundo laboral con la jubilación, la disponibilidad de tiempo representa uno de los bienes más preciados. La ocupación del tiempo libre y el tipo de actividades que se realizan son fuentes de bienestar y satisfacción. Es importante que la planificación de las actividades para el tiempo libre de los mayores deba ser muy estudiada y programada, teniendo en cuenta las características de las personas a quienes van dirigidas: entorno social, cultural, exigencias personales, exigencias de la comunidad, intereses individuales, aspiraciones, etc.

3.1 Definición de proyecto de vida

De acuerdo con D' Angelo 1995 (citado en Jiménez, 2008) el proyecto de vida es un subsistema psicológico principal de la persona en sus dimensiones esenciales, es decir; un modelo ideal sobre lo que el individuo espera o quiere ser y hacer, que adquiere forma concreta en la disposición real y sus posibilidades internas y externas de lograrlo, definiendo su relación hacia el mundo o hacia sí mismo, su razón de ser como individuo en un contexto y tipo de sociedad determinada.

Es decir, el proyecto de vida determina las posibilidades que posee el individuo y sus limitaciones, que de una u otra forma se encuentra en una permanente comunicación individuo - sociedad.

Por su parte Arboleda (2000) considera que el proyecto de vida se funda en el espíritu emprendedor, que exige la satisfacción de necesidades básicas, permitiendo el cumplimiento de metas de todo tipo, personal, profesional y familiar entre otras. En consecuencia, es indispensable el planear, ejecutar y ejercer control, además de conectar de forma explícita las dimensiones del desarrollo humano considerando la construcción del individuo en el interés por sí mismo, por los demás y por su medio ambiente, involucrando en sus realizaciones a los demás (familia, escuela, comunidad, etc.).

López y Pérez (2001) mencionan que el proyecto de vida no es limitante e inflexible, al contrario, la persona debe mantenerse flexible en toda circunstancia, cuando contemple aquellas cosas que le beneficiarán para desarrollar su proyecto, así como aquellas cosas que se presentarán y podrán dificultar el logro de sus metas. Sin perder de vista a dónde se va y qué se quiere conseguir. Así mismo comentan que el proyecto de vida es la brújula que permite a la persona llegar al lugar que quiere y alcanzar lo que quiere, pero sobre todo le permite ser plena y feliz.

Fernández (2009) considera que el concepto de proyecto de vida resulta de las perspectivas de análisis integrativo de construcción de la experiencia y la praxis personal y social, con la intención de contribuir a la comprensión y formación de las dimensiones del desarrollo humano integral, expresa la apertura de las personas hacia el dominio del futuro, en sus direcciones significativas y en las áreas críticas que requieren de decisiones vitales, tanto en su expresión actual como en una perspectiva anticipada de los acontecimientos futuros, de sus zonas de desarrollo próximo abiertas a la definición de su lugar y tareas en una determinada sociedad.

Con todo lo anterior, el proyecto de vida implica el reconocimiento de las condiciones del sujeto desde su contexto, sus relaciones familiares y sociales, con lo cual se debe configurar un ejercicio racional de toma de decisiones bajo la motivación permanente y que origina la planeación consciente en el tiempo desde las dimensiones laborales, sociales y/o profesionales, entre otras, con la necesidad de llevar un seguimiento frente a lo planeado.

3.2 Características del proyecto de vida.

D' Angelo (2000) plantea que todo proyecto de vida se distingue por su carácter anticipatorio, modelador y organizador de las actividades principales del comportamiento del individuo, que contribuye a delinear los rasgos de su estilo de vida personal y los modos de existencia característicos de su vida cotidiana en todas las esferas de la sociedad:

- Orientaciones de sentido de personalidad (valores morales, estéticos, sociales)
- Programación de tareas, metas, planes, acción social
- Autodirección personal (procesos y mecanismos psicológicos de regulación y de acción que implica estrategias y formas de autoexpresión e integración personal y autodesarrollo)

López y Pérez (2001) plantean que para efectuar un proyecto de vida se requiere, en primer lugar, tener misión personal y objetivo, los cuales delimitarán el camino a seguir; en la vida personal estos elementos son válidos para el proyecto de vida, porque marcarán el camino a seguir por cada persona.

Misión personal

La misión la definen como la función o tarea fundamental de cada persona dentro del marco social, considerando que los individuos crecen y se desarrollan dentro de

grupos sociales. Su importancia radica en que ésta determina toda la planificación de vida, porque lo que se está buscando resolver en esta parte es la incógnita de por qué estoy aquí y cuál mi función en la vida.

Los objetivos personales

Definen a un objetivo como el fin que se desea alcanzar, considerando un periodo de tiempo definido, de tal modo que existen objetivos inmediatos, a corto, mediano y largo plazo. Los objetivos tienen varias características, entre las que destacan las siguientes: realistas, lo que implica que se puedan alcanzar; medibles y cuantificable, para su evaluación; y deben abarcar periodos determinados.

Así mismo plantean que para desarrollar un proyecto de vida es importante que la persona considere:

- Sentido de vida. Propósito o finalidad de su existencia.
- Recursos internos. Aquello positivo y negativo que caracteriza a la persona y que puede beneficiar o afectar el logro de sus metas (fortalezas y debilidades).
- Recursos externos. Aquello que hasta cierto punto es ajeno a la persona y que puede beneficiar o perjudicar el logro de sus metas (oportunidades y amenazas).
- Saberes. Conjunto de aprendizajes que la persona requiere adquirir para que sus metas sean viables.
- Plantearse metas en todas las áreas que contempla la vida de una persona. Estas áreas contemplan los espacios de interacción de la persona y se revisarán en el siguiente subtema.

De acuerdo con Horna 2005 (citado en Jiménez, 2008), el proyecto de vida consta de cuatro dimensiones:

La primera se refiere a la identidad, orientada a explorar la conciencia sobre sí mismo. De esta manera, la persona puede llegar a formular aquello que aspira ser y hacer en corto, mediano y largo plazos a partir de la conciencia de sí mismo y proyectarse al futuro.

La segunda explora los vínculos afectivos y las redes de soporte social de la persona, los cuales son los intercambios de apoyo y ayudas dentro de una red de personas e instituciones que ellos perciben como cercanas, quienes pueden proporcionarles ayuda concreta en forma de consejo, ayuda material y apoyo moral.

La tercera dimensión indaga acerca de los deseos y como lograrlos, ésta busca la proyección de deseos y anhelos, sueños e ilusiones, para luego confrontarlos con la realidad cotidiana y las oportunidades que la vida les ofrece, remitiéndolos a hechos concretos para que sean percibidos como metas realizables,

La cuarta dimensión cuestiona el tipo de dificultades y plantea maneras de superarlas. Coloca a la persona ante una situación difícil con dilemas que resolver y potencia la emergencia de las estrategias de afrontamiento que serán utilizadas. Entrena a las personas a obtener una perspectiva en el análisis de los problemas desde distintos puntos de vista, apelando a su capacidad de resiliencia e inteligencia emocional en la resolución de situaciones problema.

Por otra parte Fernández (2009) considera que elaborar un proyecto de vida conlleva a pequeñas y grandes decisiones, el planear se convierte en una necesidad, donde cada persona debe aclarar sus objetivos, los cuales no son propiamente los ideales, son más realistas, concretos, aquellos para los cuales se prepara, se trabaja, se le dedica tiempo y esfuerzo; están relacionados con la vida familiar, social y laboral. Así mismo, plantea que la elaboración de un proyecto de

vida debe considerar aspectos tales como: el entorno y el conocimiento de la persona; es decir, el autoconocimiento, la búsqueda de la información para satisfacer las inquietudes y posibilidades que la rodean para alcanzar las metas propuestas, tomando en cuenta que los resultados no dependen de la persona. De igual modo, considera que la construcción de un proyecto de vida, debe cumplir con ciertas condiciones básicas. Dichas condiciones surgen de la interacción hombre mundo.

De acuerdo a lo anterior se puede concluir que las características del proyecto de vida son principalmente que es personal, objetivo y flexible.

3.3 Importancia de la construcción de un proyecto de vida

La importancia de realizar un proyecto de vida no sólo radica en la identificación de aquello que se quiere lograr, sino que a través del establecimiento de metas permite identificar o generar los recursos o medios para su cumplimiento. Cuando se tiene claro el qué quiero y el cómo lo voy a obtener, es más sencillo retomar el rumbo cuando se presenten dificultades u obstáculos en la vida, o bien cuando las actividades y responsabilidades diarias impidan ver y trabajar por aquello que se desea. Esto también posibilita que se alcance la realización y satisfacción personal.

De acuerdo con López y Pérez (2001) el contar con un proyecto de vida ofrece ventajas, como que permite preparar a la persona para asegurar su futuro al mismo tiempo que va ubicando las cosas en su justa dimensión, tomando en cuenta que el plan es falible ya que no existen los planes perfectos, pero sí existen los planes flexibles; es importante señalar que el hecho de comenzar a elaborar la planificación de vida no implica que esta planificación no se pueda modificar, al contrario, este plan de vida debe ser revisado en forma constante para efectuar las correcciones y ajustes necesarios. Otra ventaja más es que involucra y compromete las partes más sensibles del ser humano, porque observa la atención que pone al cuidar el futuro y atender, por un lado, requerimientos actuales y, por el otro, necesidades futuras. Se

trata, pues, de apropiarse de nuestro destino único, y luchar para darle la orientación que se desea. Así mismo mencionan otras ventajas que se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Importancia de la Construcción de un Proyecto de Vida	
Genera estabilidad:	Permite a la persona dar pasos seguros y firmes para ir aproximándose a lo que desea.
Repercute en:	La seguridad y confianza de la propia persona, en la eficacia en las tareas y la cultura del logro.
Permite saber:	Qué se quiere. Qué conviene. Qué se puede.
Permite a la persona:	Proyectar su futuro: varios escenarios y acciones a realizar para seguir adelante.

La importancia que deviene de efectuar un proyecto de vida parte de los cambios abruptos y constantes del contexto en el cual se vive actualmente, este cambio le ha exigido al hombre brindar respuestas inmediatas y continuas, especialmente en lo que se refiere a la postura ante la vida y el trabajo, el hombre vive en continuo reto, búsqueda del propio sentido de vida y los cambios a su alrededor. (Solís, 2008)

3.4 Proyecto de vida en el adulto mayor

Una de las grandes reflexiones tardías en la vida es acerca del por qué no se hicieron las cosas que realmente se querían hacer y que en algunas situaciones ya no se pueden lograr o es tarde para comenzar, e incluso se llega a tener una forma de vida totalmente distinta e incómoda en relación con lo deseado, lo que provoca frustración e insatisfacción personal.

Feldman (2007) opina que la historia no es la misma para todos los adultos mayores, muchos, sino es que la mayoría, encuentran que la vida después del trabajo (jubilación) es feliz y apasionante.

Menciona que algunas maneras en que transcurre la vida en la adultez tardía son las siguientes:

- Trabajo y jubilación

Feldman (2007) plantea que los adultos mayores desean trabajar cuanto tiempo puedan porque disfrutan la recompensa intelectual y social que trae consigo o porque necesitan trabajar por razones financieras; otros se jubilan en cuanto las circunstancias financieras lo permiten.

Así mismo, refiere que muchos individuos experimentan con gran dificultad el cambio de trabajador a jubilado; pero para otros, la jubilación representa una gran oportunidad que les ofrece llevar una vida de ocio y con mucho tiempo libre de por medio. En este punto hay que dejar claro la distinción entre los conceptos de tiempo libre y tiempo de ocio, frecuentemente usado como sinónimos cuando en realidad no lo son.

Triadó y Villar (2006) menciona que el tiempo de ocio es solo una parte del tiempo libre y es solo aquel que se usa de forma sabia, el ocio es cualquier actividad que se realiza por interés propio, para divertir, entender y lograr un mayor desarrollo personal; es aquello que se hace por el placer de hacerlo. Por otra parte, definen el tiempo libre como la realización de actividades que, si bien están fuera del ámbito de lo laboral, no están exentas de obligación.

La motivación al ocio y realizar actividades de tiempo libre depende de los siguientes factores:

➤ Tener buena salud y posibilidades de movilidad: algunos adultos mayores no tienen buena salud o tienen dificultades para sus cuidados personales, otros sin embargo, aunque tengan buena salud, tienen problemas para andar o moverse de forma autónoma.

➤ Factores medioambientales: la forma en que se vive la adultez tardía, es muy diferente según se viva en un ambiente rural o urbano, en un ambiente donde haga frío o calor, donde las posibilidades para desplazarse de un lugar a otro sean mejores o peores, etc.

➤ La percepción que cada uno tenga de sus capacidades y limitaciones: si se percibe a sí mismo incapaz de cualquier actividad, difícilmente se va a implicar en ella. Por el contrario, cuando percibe que una determinada actividad le ofrece oportunidades y es capaz de llevarla a cabo, su motivación será mayor.

➤ La satisfacción personal que se obtiene al realizar actividades de tiempo libre, va a determinar la participación posterior en dicha actividad. Si al realizar actividades de ocio, el sujeto obtiene gran satisfacción, es muy probable que se implique cada vez más en dicha actividad.

La implicación en estas actividades hace que la persona mantenga redes de relación con diferentes grupos y conozca gente nueva. Se produce también una mejora en la capacidad para comunicarse e integrarse con los demás. Mejora la autoestima (contribuyen a potenciar la propia imagen y la seguridad en uno mismo). Además estas actividades favorecen la autonomía y por lo tanto se produce una mejora tanto de la salud mental como física se presenta una mayor satisfacción hacia la actividad y la vida en general. La calidad de vida es mayor y se recupera el equilibrio psicoafectivo, ayuda a mejorar el estado de ánimo y la ilusión por todo lo que les rodea.

- Vivienda

Feldman (2007) afirma que la mayoría de los adultos mayores pasan toda su vida en ambientes hogareños, por lo general en compañía de al menos otro miembro de la familia, las consecuencias pueden ser muy variadas, dependiendo del entorno; para las parejas casadas, vivir con el conyugue representa continuidad con la vida anterior; por otro lado, para la persona que se muda con sus hijos, el ajuste a la vida

en un escenario multigeneracional llega a ser irritante porque hay una pérdida potencial de independencia y privacidad.

Un gran número de adultos mayores viven solos y se ven menos beneficiados, por cuestiones económicas y de salud.

Para la minoría de los adultos mayores, el hogar es una institución, en donde son bien atendidos en diversos ámbitos (alimentación, actividades lúdicas, atención médica, etc.)

- Economía

Feldman (2007) comenta que los adultos mayores experimentan una mayor presión económica como resultado de la creciente esperanza de vida, lo que significa que es muy probable que se agoten sus ahorros. Así mismo plantea que presentan vulnerabilidad financiera tanto que confían en un ingreso fijo para mantenerse como por los elevados costos de los cuidados de salud.

3.5 Proyecto de vida: planeación del tiempo del adulto mayor

El ocio y la actividad en la adultez tardía, son una parte obligada para una vejez productiva y sana, en la que, según Vega 1988 (citado en Sáez y cols 1994), existirían tres condiciones fundamentales a tener en cuenta: la calidad de vida del anciano, el ocio y el aprovechamiento del tiempo libre y la última condición requiere una preparación física y espiritual inseparables e imprescindibles.

La Psicogerontología tiene un amplio conocimiento del importante papel del ocio y la actividad en el bienestar y en la satisfacción de la vida de los ancianos. Por ello, para dar sentido a los modelos de ocio y tiempo libre, debe hacerse desde una perspectiva del curso de la vida, e interpretarlos en términos individuales y desde una relación del sujeto con el resto de los miembros del grupo.

Son muchas las actividades que se pueden realizar, todo va a depender de las características individuales y el entorno del adulto mayor. Pero, a pesar de todo existen innumerables actividades para adaptarlas a cada individuo:

- Actividades sociales: pasear con amigos, visitar amigos, visitar a familiares, cuidar de los nietos, acudir a asociaciones, peñas de amigos, tertulias, bailes, asistir a fiestas, etc.

- Actividad física: está demostrado que la actividad física no solo retrasa el envejecimiento sino que además favorece el bienestar físico y psicológico. Por lo tanto se podrían diseñar programas de ejercicios adaptados a cada persona y menos exigentes, andar al aire libre, hacer excursiones, etc.

- Actividades recreativas: son actividades que divierten y resultan agradables mientras las están realizando, es decir actividades que proporcionan una satisfacción inmediata. Por ejemplo los juegos de mesa (cartas, dominó, etc.), manualidades, pintura, cuidar las plantas, etc.

- Actividades culturales: ir al teatro, museos, conciertos, conferencias, asistir a hogares y clubes de jubilados, viajes, etc.

- Prestar algún servicio de voluntariado.

Berger (2009) plantea las siguientes actividades como viables para integrarlos en el proyecto de vida del adulto mayor:

- Continuar con la educación

El retiro ofrece tiempo y oportunidades para tomar clases, la mayoría de los adultos mayores estudian oficios y se encuentran motivados por el deseo de desarrollo personal o social, por medio de dichas habilidades, como dominar algún hobby, administrar los ingresos, aprender sobre sus raíces o comprender a sus nietos.

Generalmente suelen obtener buenas calificaciones, por la motivación, el trabajo a conciencia y la inteligencia cristalizada que compensa la disminución del tiempo de reacción y la inteligencia fluida. Disfrutan de la experiencia que les deja el aprendizaje activo.

- Trabajo voluntario

El trabajo voluntario ofrece las ventajas sociales de trabajar sin las compensaciones financieras del empleo pago, generalmente los adultos mayores que se ofrecen a este tipo de actividades son las que tienen pensiones apropiadas o bien otra fuente de ingresos. El voluntariado les permite ganar estatus, se encuentran entusiasmados, alertas e inspirados y con sentimiento de logros reconocidos, tienden a vivir más años que otras personas, sobre todo si se comprometen con una sola organización. El deseo de interacción social y apreciación es una motivación fuerte para elegir ser voluntarios.

- Compromiso religioso

La fe aumenta con la edad, al igual que las oraciones y otras prácticas religiosas, lo cual implica que los adultos mayores tengan un mayor compromiso religioso lo que les permite tener mejor salud física y emocional, así como una vida larga, esto se debe a que la fe alienta a las personas a llevar estilos de vida más saludables, a conectarse con otras personas y a sufrir menos estrés. Sin importar cual sea su fe particular, afrontar la muerte y asegurar la continuidad histórica son cruciales para la salud psicológica.

- Activismo político

Los adultos mayores son más activos en política que los adultos más jóvenes, tienden a estar mejor informados, a escribir a sus representantes electos, a votar en elecciones menores, a identificarse con un partido político y a apoyar grupos que

apoyen ciertos intereses. Sin embargo, tienden a ser menos activos cuando se trata de reuniones o campañas de puerta en puerta.

Con independencia de todo lo anterior, el ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, se encuentran directamente unidos al significado de la jubilación. Corresponde a nuestra sociedad el promover y fomentar todo tipo de alternativas para los adultos mayores.

La idea predominante, tanto a nivel preventivo como terapéutico, es que una de las mejores formas de envejecer consiste en que, después de la jubilación, se inicien aprendizajes que abran la curiosidad hacia otros horizontes.

PROPUESTA

Justificación

Debido al incremento acelerado de los adultos mayores nos enfrentamos con diferentes cambios multidisciplinarios que a su vez desarrolla nuevas intervenciones integrales. Una de las problemáticas a las que nos enfrentamos actualmente es la ocupación del tiempo después de la jubilación ya que no es común encontrar en los adultos mayores, al menos en la mayoría, un proyecto de vida definido y previamente pensado para todo aquello que habían siempre deseado hacer para cuando llegaran o rebasaran la sexta década de la existencia, de modo que valdría la pena ir formando esa conciencia en ellos, porque aspirar a la consecución de algo es volver a vivir.

Al no contar con un proyecto de vida, puede desencadenar desde padecimientos físicos hasta cognitivos, por ello la importancia de la presente propuesta.

Objetivos

Objetivo general.

Proporcionar la información adecuada a fin de que el adulto mayor desarrolle un proyecto de vida actualizado y acorde a la etapa de vida que cursa.

Objetivos específicos

1. Proporcionar información que otorguen conocimientos sobre los cambios que se dan durante el proceso de envejecimiento
2. Desarrollar en los participantes hábitos de vida saludables y promover el autocuidado
3. Dar a conocer elementos teóricos y técnicos para que los adultos mayores puedan desarrollar un nuevo proyecto de vida.

Población

El taller está dirigido a un grupo de 10 a 15 personas cuyos criterios de inclusión son los siguientes:

- personas mayores de 60 años
- estudios mínimos de primaria
- actualmente no laboren
- no presenten diagnóstico de psicopatología,
- no padezcan enfermedades crónicas o físicas que impidan su participación en el taller.
- La participación de los integrantes de cada grupo debe ser voluntaria.

Escenario

La aplicación del taller se puede realizar en un aula que cuente con los siguientes servicios:

1. Iluminación adecuada
2. conexiones de luz
3. sillas
4. ventilación

Materiales

- Cañón
- Computadora
- Rotafolio
- Hojas de rotafolio

- Plumones (no tóxicos)
- Presentaciones en formato PowerPoint alusivos a los temas
- Grabadora
- Cd. Con música relajante
- Sellos de cera
- Pegamento blanco
- Pergaminos
- Tarjetas blancas
- Bolígrafos
- Hojas blancas
- Material para manualidades (pinturas, plastilina, masa, diamantina, etc.)

Duración del taller

La propuesta del taller consiste en 10 sesiones de 2 horas cada una, las cuales se llevarán a cabo cada ocho días.

Perfil del Instructor

El taller está diseñado para ser impartido por Psicogerontólogos, Psicólogos con nociones del tema, Médicos gerontólogos o Personal de Salud interesados en el tema.

Cartas descriptivas

A continuación se detallarán las cartas descriptivas del taller.

OBJETIVO:

Lograr la integración del grupo, así como que los participantes conozcan los lineamientos del taller y motivarlos para su futura participación; así, como dar a conocer los cambios que se dan durante la Adulthood Tardía

SESIÓN	Actividad	Procedimiento	Material	Duración
<p style="text-align: center;">1 "La Tercera NO es la vencida"</p>	Bienvenida	La Psicóloga (o) recibirá a los participantes y les dará la bienvenida al grupo presentándose y posteriormente los integrará por medio de la dinámica "la telaraña"	Una silla más que participantes, una madeja de estambre	30 minutos
	Presentación del taller	La Psicóloga (o) explicará el temario y objetivos del taller así como la temática de cada sesión que se irá tratando en el transcurso del taller.	Cañón, Computadora, Presentación en PowerPoint: "Temario y Objetivos"	15 minutos
	Tema: Envejecimiento y adultez tardía	La Psicóloga (o) explicará a grandes rasgos los conceptos de envejecimiento y adultez tardía para ello dividirá al grupo en equipos de cinco personas como máximo para que realicen un "collage" alusivo a los conceptos vistos, empleando fotografías, recortes proporcionados por la Psicóloga (o). Después les pedirá a los equipos que muestren sus collages terminados anexando algún comentario empleando la técnica de lluvia de ideas.	crayolas, diamantina, cartulina, pegamento, revistas, hojas de colores, tijeras y fotografías	45 minutos
	RECESO			10 minutos
	Presentación del Tema: Cambios físicos, cognitivos y sociales	La Psicóloga (o) de forma breve explicará los cambios físicos, cognitivos y sociales que se dan en la adultez tardía, al mismo tiempo que da cierre a la sesión empleando las ideas destacadas de la dinámica anterior y aclarando dudas.	Computadora, Cañón, Presentación en PowerPoint: "Cambios en la Adulthood Tardía"	20 minutos

OBJETIVO: Lograr una mayor identificación de los cambios que se dan durante la adultez tardía.				
SESIÓN	Actividad	Procedimiento	Material	Duración
2 "El cuerpo cambiante"	Bienvenida	La Psicóloga (o) con técnica de lluvia de ideas les pedirá a los participantes que mencionen lo que recuerden de lo tratado en la sesión anterior. Si es necesario expondrá de nuevo el temario anterior.	Una silla más que participantes, Presentación en PowerPoint: " Cambios en la Adultez Tardía"	40 minutos
	RECESO			10 minutos
	Dinámica "Haciendo Arte"	La Psicóloga (o) les pedirá a los participantes que formen equipos de cinco a seis personas, elegirán a un representante, el cual pasará y elegirá un tema y una actividad a desarrollar; actividades a elegir son un poema, un baile o una canción, posteriormente cada equipo hará su demostración.	3 papeletas donde viene escrito un tema, 3 papeletas donde viene escrita una actividad	45 minutos
	Cierre de Sesión	La Psicóloga (o) llevará a cabo la retroalimentación, recibiendo comentarios y resolviendo dudas	Rotafolio y plumones	25 minutos

OBJETIVO:

Concientizar a los miembros del grupo sobre la importancia de conocer los factores de riesgo y prevenir enfermedades.

SESIÓN	Actividad	Procedimiento	Material	Duración
<p style="text-align: center;">3</p> <p>"¿Me cuido o me arriesgo?"</p>	Presentación del Tema: Factores de Riesgo	La Psicóloga (o) repartirá una hoja a cada participante con un crucigrama impreso en el cual se tiene que relacionar los factores de riesgo con las posibles enfermedades y les pedirá que lo resuelvan, además que lo proyectará en la pantalla. Posteriormente la Psicóloga (o) brevemente explicará el tema.	crucigrama impreso, computadora, cañón, Presentación en PowerPoint: "Factores de riesgo"	25 minutos
	Presentación del Tema: Enfermedades más frecuentes en a adultez tardía	La Psicóloga (o) explicará la temática siguiente y posteriormente se les pedirá a los participantes que verifiquen si su crucigrama esta correcto, para ello se realizará una retroalimentación.	cañón, computadora, Presentación en PowerPoint: "Enfermedades más frecuentes"	45 minutos
	RECESO			10 minutos
	Presentación del Tema: Ruleta de la prevención, Cierre de sesión	Con técnica lluvia de ideas la Psicóloga (o) pedirá a los participantes sus comentarios con relación a la importancia de la prevención y a forma de conclusión recopilará dudas y comentarios para así finalizar la sesión con la temática de la prevención e importancia de los buenos hábitos empleando la dinámica ruleta de la prevención, así mismo les indicará la tarea para casa.	rotafolio, plumines, hojas blancas, Presentación PowerPoint: "Ruleta de la Prevención"	40 minutos

OBJETIVO:		Dar a conocer la importancia y ventajas de diseñar un proyecto de vida		
SESIÓN	Actividad	Procedimiento	Material	Duración
4 "Construyendo mi proyecto de vida actual"	Bienvenida , Dinámica: "Regresando a tus sueños"	La Psicóloga (o) pedirá a los participantes que se pongan de pie y formen un círculo, cierren los ojos y recuerden cuando eran jóvenes y estaban a punto de decidir que iban hacer de grandes, en ese momento se les pedirá que cada uno de los integrantes describa ese recuerdo en forma de fotografía, en grupo se elegirá cual es el recuerdo que más semejanzas tuvo con todos y se representará en forma teatral donde cada participante será un integrante de ese recuerdo.	música relajante	45 minutos
	Presentación del Tema: Proyecto de vida	Con técnica de lluvia de ideas se les pedirá a los participantes que mencionen lo que recuerden de lo tratado en la sesión anterior, posteriormente de forma breve se explicará el concepto, importancia y ventajas de un proyecto de vida	computadora, cañón, Presentación en PowerPoint: "Proyecto de vida"	20 minutos
	RECESO			10 minutos
	Dinámica: "Mi Deseo o Mi Meta"	La Psicóloga (o) con la técnica lluvia de ideas les preguntara a los participantes como se sintieron al recordar y si pudieron realizar lo que habían deseado ser en un futuro.	rotafolio, plumones	20 minutos
	Cierre de Sesión	Como reflexión la Psicóloga (o) dará cierre a la sesión por medio de retroalimentación a los comentarios surgidos y aclaración de dudas.	música relajante	25 minutos

OBJETIVO: Lograr que los participantes identifiquen las principales diferencias entre los términos: Tiempo libre y Ocio					
SESIÓN	Actividad	Procedimiento	Material	Duración	
5 "Mi tiempo libre y de ocio"	Bienvenida	La Psicóloga (o) con técnica de lluvia de ideas pedirá a los participantes que mencionen lo que recuerden de lo tratado en la sesión anterior, posteriormente les pedirá que en una tarjeta escriban una palabra que crean que defina el tiempo libre, después otra para tiempo de ocio y las pasen a pegar en la pared de lado que corresponda cada tarjeta	tarjetas de colores, plumines	25 minutos	
	Presentación del Tema: Tiempo libre y Ocio	La Psicóloga (o) de forma breve explicará los conceptos de Tiempo libre y Ocio así como señalando sus diferencias	computadora, cañón, Presentación en PowerPoint: "Tiempo libre y Ocio"	20 minutos	
	Dinámica: "Las Tarjetas Locas"	Se les pedirá a los participantes re acomodar las tarjetas en caso de que sea necesario, la actividad será de forma grupal	tarjetas previamente realizadas por los participantes	20 minutos	
	RECESO				10 minutos
	Dinámica: "EL debo, tengo o quiero hacer"	La Psicóloga (o) repartirá hojas blancas y pedirá a los participantes que enlisten las actividades que más les gusta realizar, en otra hoja que enlisten las actividades que generalmente realizan y se comentarán en la sesión, para después dar una retroalimentación, así mismo se les pedirá que guarden esa lista para la siguiente sesión	hojas blancas y bolígrafo, música relajante	30 minutos	
	Cierre de Sesión	La Psicóloga (o) hará mención de los temas vistos ligándolos unos a otros para después dejar ejercicios para elaborar en casa	rotafolio, hojas blancas, bolígrafo y plumones	15 minutos	

OBJETIVO: Lograr que los participantes identifiquen las diversas actividades que pueden planear en su tiempo libre.					
SESIÓN	Actividad	Procedimiento	Material	Duración	
6 "¿Qué puedo hacer con mi Tiempo libre y Ocio?"	Bienvenida y Presentación del Tema: Actividades para ocupar el tiempo libre y Ocio	La Psicóloga (o) con técnica de lluvia de ideas pedirá a los participantes que mencionen lo que recuerden de lo tratado en la sesión anterior, posteriormente de forma breve explicará las diversas actividades en la que pueden ocupar su tiempo libre	computadora, cañón, Presentación PowerPoint: "Actividades para ocupar el tiempo libre y Ocio"	30 minutos	
	Dinámica: "Trazando objetivos"	Tomando en cuenta la lista que realizaron la sesión anterior La Psicóloga (o) formará equipos para que se apoyen y vayan definiendo de forma individual que les gustaría hacer con su tiempo libre y de ocio de la siguiente manera: Repartirá hojas blancas y les pedirá que anoten cinco cosas que quieren ser, cinco cosas que quieren hacer, cinco cosas que quieren tener, cinco lugares que quieren visitar, cinco acontecimientos que cambiarían su vida.	hojas blancas, bolígrafos	30 minutos	
	RECESO				10 minutos
	Dinámica: "Representando mis objetivos "	La Psicóloga (o) pedirá a los participantes que lean en voz alta sus anotaciones, posteriormente ayudará aterrizar las ideas de las actividades que elaboraron, posteriormente se les dirá como doblar cada hoja por medio de la técnica de papiroflexia.	hojas blancas, bolígrafos	30 minutos	
	Cierre de Sesión	La Psicóloga (o) resolverá dudas y comentarios	rotafolio, plumones	20 minutos	

OBJETIVO: Lograr que los participantes comiencen a definir sus objetivos				
SESIÓN	Actividad	Procedimiento	Material	Duración
7 "Como planear mis actividades"	Bienvenida y Presentación del Tema: Enlistando mis actividades	La Psicóloga (o) con técnica de lluvia de ideas pedirá a los participantes que mencionen lo que recuerden de lo tratado en la sesión anterior, posteriormente de forma breve expondrá el Tema	computadora, cañón, Presentación en PowerPoint: "Enlistando mis actividades"	25 minutos
	Dinámica: "Enlistando mis objetivos"	Tomando de referencia la lista anterior la Psicóloga (o) pedirá que formen grupos de acuerdo con afinidad de intereses, después se les entregará un cartel dividido en tres secciones en donde en un recuadro pegarán tarjetas de las metas o actividades que deseen realizar, en otro recuadro las tarjetas de las tareas que consideren adecuadas para lograr dichas metas y en el tercer recuadro organizarán las tarjetas en el orden que habrían de realizarlas	cartel, lista anterior, tarjetas, plumones, pegamento	45 minutos
	RECESO			10 minutos
	Cierre de Sesión	La Psicóloga (o) les pedirá que dejen los carteles pegados en el aula, les pedirá que de forma individual anoten sus objetivos en hojas blancas y las traigan para la próxima sesión, posteriormente se realizará la retroalimentación resolviendo dudas y tomando en cuenta todos los comentarios.	hojas blancas y bolígrafos	40 minutos

OBJETIVO: Lograr que definan sus actividades a realizar en su vida cotidiana además de que identifiquen los principales roles a los que actualmente dedican la mayor parte del tiempo				
SESIÓN	Actividad	Procedimiento	Material	Duración
8 "Trazando objetivos para mi vida"	Bienvenida y Presentación del Tema: Trazando objetivos	La Psicóloga (o) con técnica de lluvia de ideas pedirá a los participantes que mencionen lo que recuerden de lo tratado en la sesión anterior, posteriormente de forma breve explicará la temática siguiente.	computadora, cañón, Presentación en PowerPoint: "Trazando Objetivos"	20 minutos
	Dinámica: "Tus principales valores"	La Psicóloga (o) pedirá a los participantes que se imaginen caminando por una solitaria playa. Esta completamente solo, meditando y contemplando una hermosa puesta de sol; de repente divisas una lámpara antigua y por curiosidad, como nadie te mira, la frota y para tu asombro un genio te dice...Soy yo mismo el genio de la lámpara y ahora te doy la oportunidad de pedir tres cosas que sean concretas y humanamente posible. ¿Qué cosas le pedirías al genio? Asegúrate que sean cosas que realmente valoras y detállalas.	música relajante	20 minutos
	Técnica: preguntas respuestas	Por medio de la técnica expositiva de preguntas-respuestas la Psicóloga (o) deberá orientar al grupo para que identifiquen los principales roles a los que actualmente dedican la mayor parte del tiempo	rotafolio, plumones	20 minutos
	RECESO			10 minutos
	Dinámica: "La flor de mis anhelos"	La Psicóloga (o) pedirá a los participantes que elaboren una flor con diversos materiales en donde en el centro le escribirán sus deseos a seguir y en los pétalos las actividades que más les gustaría realizar.	pintura, hojas de colores, lápices de colores, sopa, pegamento, plastilina, masa, entre otros	35 minutos
	Cierre de Sesión	La Psicóloga (o) llevará a cabo la retroalimentación respondiendo a dudas y comentarios de la sesión	música relajante	15 minutos

OBJETIVO:	Elaborar su proyecto de vida			
SESIÓN	Actividad	Procedimiento	Material	Duración
9 "Mi proyecto de vida"	Bienvenida y Presentación del Tema: Construcción de un proyecto de vida	La Psicóloga (o) con técnica de lluvia de ideas pedirá a los participantes que mencionen lo que recuerden de lo tratado en la sesión anterior, posteriormente de forma breve mencionará los avances que hasta el momento se ha tenido con respecto a la construcción de su proyecto de vida	computadora, cañón, Presentación en PowerPoint: "Construcción de un proyecto de vida"	20 minutos
	Reflexión	Con respecto a lo elaborado hasta el momento y empleando la técnica de preguntas-respuesta la psicóloga (o) identificará que los participantes tengan claro las actividades que desean realizar en su tiempo libre e irá apoyando en dado caso que surjan dudas o aun no tengan bien claras sus actividades que desean realizar	trabajos realizados por los participantes	20 minutos
	RECESO			10 minutos
	Dinámica: "El pergamino de mi vida"	La Psicóloga (o) pedirá a los participantes que en un pergamino expongan todas aquellas actividades que desean realizar para ocupar su tiempo libre de acuerdo a lo visto en las sesiones anteriores	pergaminos, bolígrafos, listones de colores y sellos de cera	35 minutos
	Cierre de Sesión	La Psicóloga (o) llevará a cabo la retroalimentación respondiendo a dudas y comentarios así mismo, recibirá los pergaminos, para finalizar procurará que los participantes estén satisfechos con su pergamino.	pergamino	35 minutos

OBJETIVO:		Clausurar el Taller		
SESIÓN	Actividad	Procedimiento	Material	Duración
10 Clausura del Taller	Conclusiones del taller	La Psicóloga (o) con técnica de lluvia de ideas pedirá a los participantes que mencionen lo que recuerden de lo tratado en la sesión anterior posteriormente llevará a cabo una breve reseña de todo lo visto en el taller.	computadora, cañón, Presentación en PowerPoint: Conclusiones del Taller	25 minutos
	Despedida	La Psicóloga (o) pedirá de forma individual las conclusiones de su sentir y expectativas ante el taller	música relajante	25 minutos
	Clausura del taller	La Psicóloga (o) les entregará la flor y el pergamino que ellos elaboraron y les pedirá que lo cuelguen en la cabecera de su cama o lo peguen en el refrigerador o en el sitio que ellos más crean conveniente para no perderlo de vista y recordar siempre su proyecto de vida, después les dará un obsequio representativo del taller y les agradecerá su presencia al mismo.	pergaminos, flores y un obsequio	55 minutos

ALCANCES Y LIMITACIONES

Los alcances de la presente tesina son:

- Los adultos mayores podrán encontrar un espacio adecuado para recibir información y orientación sobre los cambios que se dan en la etapa de la vida en la que se encuentran.
- El realizar actividades permite a las personas mayores sentirse activos, productivos, útiles e implicados socialmente; puesto que éstas, son necesidades importantes que han de ser satisfechas en la adultez tardía.
- Se presenta como un modelo teórico que facilita vislumbrar un proceso de envejecimiento normal y puede ser de gran utilidad a todas aquellas personas interesadas en el tema.
- Orientar hacia la elaboración de investigaciones que contribuyan al predominio de programas de intervención.
- Ser una herramienta para que las personas mayores sigan conservando la posibilidad de manejar su vida en entornos cotidianos, de forma independiente y segura.

Las limitaciones que se encuentran son las siguientes:

- La falta de interés por parte de los participantes, por la poca disposición de tiempo de los participantes que tengan para asistir a todas las sesiones.
- La incapacidad física de las personas mayores representa una limitante bajo el supuesto de que dependan de otros para asistir a las sesiones.
- El desplazamiento para algunas personas mayores puede ser complicado aunado a si tienen que recorrer largas distancias para presenciar el taller.
- La falta de apoyo familiar propicia a que muchos adultos mayores no asistan a estos talleres o bien los suspendan, por compromisos de la familia.

CONCLUSIONES

Existe suficiente bibliografía referente a los temas de proceso de envejecimiento y adultez tardía, sin embargo existe muy poca información sobre el proyecto de vida en adultos mayores.

Por otra parte la sociedad mexicana todavía no está asumiendo un papel activo en la preparación para la vida futura de sus adultos mayores, a pesar de que como lo demuestran los datos estadísticos revisados en este trabajo, México al igual que el resto del mundo se está haciendo viejo, es decir su población cada día envejece más sin estar preparado para afrontar las necesidades psicológicas que requerirá dicha población.

En las escuelas superiores no se han preocupado por desarrollar currículas y motivar a su alumnado a interesarse en el estudio de este sector generando como consecuencia poca investigación y una baja motivación para que concientice a la sociedad mexicana sobre el tema.

Cabe señalar que generalmente se hablan de los cambios que se producen en la pubertad, y los jóvenes se preparan para recibirlos e incluso los esperan desde edades más tempranas; sin embargo, a las personas mayores no se les prevé de información y cuando llegan a ser adultos tardíos lo único que esperan es la muerte; como en el resto de las transiciones importantes de la vida, hay que ofrecer a los adultos mayores oportunidades para prepararse adecuadamente a la adultez tardía, proporcionándoles información referente a los cambios que sufren en su cuerpo, así como en su esfera cognitiva y emocional de tal manera que puedan, maximizar las posibilidades de adaptación y puedan planear un envejecimiento sano lleno de vitalidad.

Esta propuesta es pionera en el campo ya que trata de enseñar a los adultos tardíos, una forma de planear actividades diferentes en su tiempo libre, organizar su jubilación, sin descuidar el aspecto económico planeándolo en forma individual, familiar o en su grupo social, de tal manera que como menciona Erikson lleguen a una integración psicológica para no caer en la desesperación que les provoca sentir que se acercan a la muerte sin haber realizado ninguna de sus metas o haber fracasado en sus proyectos.

Este taller también pretende ser un eslabón para futuras investigaciones en la materia, o bien interesarse en adquirir más conocimiento para poder impartir este taller o desarrollar otros que sean afines.

REFERENCIAS

- Arboleda, J. (2000). Mi proyecto de vida. Programa Jóvenes en acción. Cali, Colombia: Corporación para el desarrollo de la educación popular de Cali.
- Berger, K.S. (2009) Psicología del desarrollo: adultez y vejez. Madrid, España México: Médica Panamericana.
- Birren, J. E. (1961) A brief history of the psychology of aging. Vol. 1/2. The Gerontologist, 1, 69-77.
- Carbajo, M. (2008) La Historia de la Vejez. Universidad de Valladolid. Ensayos Vol. (18), 237-254.
- Cascón, S; Martín B; (2000) Alternativa del juego I: Juegos y Dinámicas de educación para la paz. Madrid: El Perro sin Mecate
- CONAPO (Consejo Nacional de la Población), 2004. La situación demográfica de México en el 2004. Consultado en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004>
- Conwell, Y. (2001). Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. Suicide and life-threatening behavior, 31 (suppl.), pp. 32-47.
- Craig, G. (2001) Desarrollo Psicológico. (8va Ed.) México: Prentice-Hall
- D'Angelo, O. (2000). Proyecto de vida y desarrollo integral Humano. Revista Internacional Creceamos. Año 6 No. 1 y 2, 1-31.
- DiCaprio, N. S (1989) Teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill.
- Encuesta Nacional de Adicciones, (2002). Tabaco, alcohol y otras drogas. CONADIC. Revisado en: www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf
- Feldman, S. (2007) Desarrollo Psicológico a través de la vida. Naucalpan, Estado de México: Pearson Educación.
- Fernández, M. D. (2009) Adolescencia, riesgo en el consumo de drogas y la pertinencia de un proyecto de vida. TESIS. Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000) Gerontología Social. Madrid: Pirámide
- Gallo, J.J. y Coyne, J.C., (2000). The challenge of depression in later life: bridging science and service in primary care. Journal of the American Medical Association, 284 (12), pp. 1570-1772.

- Gallo J.J., y Rabins, P.V., (1999). Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. American Family Physician, 60 (3), pp. 820-826.
- Gonzalo, S. (2002) Tercera edad y calidad de vida. Aprender a envejecer. Barcelona: Ariel social.
- IAAM-DF (2009) (Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal) Perfil del estado de salud de las personas Adultas Mayores en unidades territoriales de muy y alta marginación del Distrito Federal. México D.F.
- INEGI (2005) los adultos mayores en México. Perfil sociodemográficos al inicio del siglo XXI (ADUL_MAYOR_perfil-sociodem_siglo_XXI_pdf)
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática), 2005. Densidad de la población. Consultado en: <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion!densidad.asp>
- Jiménez, E. (2008) El proyecto de vida en el adulto mayor .Revista electrónica MEDISAN Vol. 12(2).
- Leher, U. (1995) Psicología de la senectud. Proceso de aprendizaje del envejecimiento. Biblioteca de Psicología Textos Universitarios Editorial Herder (3ª Ed.) Barcelona, España.
- Leibbrand, W. (1968) Ciceros Shcrist Cato mayor de senecute. Zeitschrift für Gerontologie, 1, 5-10.
- Lemme, B. (2003) Desarrollo en la edad adulta. México, D.F.: Manual Moderno.
- López, E. y Pérez, M (2001) La importancia del plan de vida. Artículo revista electrónica LiberAddictus.
- Mishara, B.L y Riedel, R.G. (2000) El proceso de envejecimiento. (3ª Ed.). Madrid: Morata.
- Monedero, C. (1986) Psicología evolutiva del ciclo vital. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Montañez J y Latorre J. M. (2004) Psicología de la vejez. Estereotipos juveniles sobre el envejecimiento. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha, 2004
- Muñoz, T. (2006) Psicología del envejecimiento e intervención psicosocial. Madrid: Pirámide.
- ONU (2002). (Organización de las Naciones Unidas). Declaración Política de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Rev. Esp. Geriatria- Gerontología, 2002;37(2S):8-11
- Padilla, E. (2002) Manual de vejez y proceso de envejecimiento. Cáritas Bienestar del Adulto Mayor IAP. Plaza y Valdés Editores, México.

- Papalia, D. (2010) Desarrollo Humano. (10ª Ed.). México: MacGraw-Hill.
- Partida, V. (2005) La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. Papeles de población. Vol. 45 Pp. 9-27.
- Pérez V, y Malangón A. (2006) Vejez, autonomía o dependencia, pero con calidad de vida. España: Dykinson.
- Praagh, (1999) Deporte y sedentarismo en el adulto. En Manidni M.J., Daflon Arvanitou I. (Ed.) Actividad física y salud. (pp. 111-130). Paris: Masson
- Quezada, L. (2002) Manual de salud física del adulto mayor. Cáritas Bienestar del Adulto Mayor IAP. Plaza y Valdés Editores, México.
- Ramos, J; Meza, A.M.; Maldonado, I; Ortega, M. P; Hernández, M.T. (2009) Aportes para la conceptualización de la vejez. Revista de Educación y Desarrollo, 11.
- Sáez, N.; Alexandre, M; Meléndez, J. (1994) Actividad y tiempo libre en tercera edad. Revista de Psicología de la Educación, 1994, nº 14, pp. 5-24
- Salvador-Carulla, A. Cano S. y Cabo-Soler J. (Eds.). (2004). Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida. Madrid: México: Medica Panamericana.
- Sánchez, S. S. (2009) Propuesta de un taller de estimulación de la memoria para personas adultas mayores. TESINA. Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Schaie, W y Willis, S. (2003) Psicología de la edad adulta y la vejez. Madrid: Pearson Education.
- SEDESOL-INAPAM (2005) Retos y desafíos de la gente. 25 años México.
- Solís, B. C. (2008) Taller para diseñar un proyecto de vida que permita contribuir con la disminución de la reincidencia en primo delincuentes sentenciados por el delito de robo simple. TESINA. Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Stuart-Hamilton, I. (2002) Psicología del envejecimiento. Madrid: Morata.
- Triadó, C; Villar, F. (2006) Psicología de la Vejez. Madrid: Alianza.
- Vizcaíno, M. J. (2000) Envejecimiento y atención social: elementos para su análisis y planificación. Barcelona: Herder
- Yuste, R. (2004) Introducción a la Psicogerontología. Madrid: Pirámide.
- Zetina, L. G. (1999) Conceptualización del proceso de envejecimiento. Papeles de población Vol. 5 No. 19