



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Envejecimiento activo: una revisión a las propuestas del modelo  
cognitivo-conductual

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A (N)

**Erick Alberto Medina Jiménez**

Directora: Mtra. **Ana Leticia Becerra Gálvez**

Dictaminadores: Dra. **Rocio Tron Álvarez**

Mtro. **Leonardo Reynoso Erazo**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

“Hablar de los adultos mayores es hablar de cómo viviremos nuestra vejez”

## Agradecimientos:

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

A mis padres y hermanos, por su cariño, su comprensión y su apoyo.

A la Mtra. Ana Leticia, una de las mejores profesoras en la licenciatura, gracias por adoptarme académicamente, por su tolerancia, su amabilidad y su apoyo. Muchos “R+” para usted.

A la Dra. Rocio Tron y al Mtro. Leo, por su tiempo, su atención y sus valiosas aportaciones a la creación de este trabajo.

A la asociación de adultos mayores “Mi Segunda Juventud” de la provincia de Trujillo, Perú, por dejarme compartir y aprender con ustedes.

A la Quím. María Luisa apoyo fundamental durante mi estancia en el Perú.

A la Dra. Teresa Oviedo y Mtra. Cynthia Hernández, por brindarme sus conocimientos y su apoyo.

A Carlita y Azul, grandes compañeras y amigas a lo largo de mi trayectoria académica.

¡Gracias!

# ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Capítulo 1. Vejez en México	
1.1. Definición de Vejez/Envejecimiento.....	4
1.2. Estadísticas del envejecimiento en México.....	7
1.3. Estereotipo de la vejez en la cultura mexicana.....	10
Capítulo 2. Conceptualización de Envejecimiento Activo	
2.1. Definición de Envejecimiento Activo.....	13
2.2. Teorías del Envejecimiento Activo.....	14
2.3. Factores psicosociales que influyen en el Envejecimiento Activo.....	19
2.4. Envejecimiento Activo y Calidad de Vida.....	24
2.5. Programas de apoyo al Envejecimiento Activo en México.....	26
Capítulo 3. Psicología y Envejecimiento Activo	
3.1. El papel de la psicología en el envejecimiento activo.....	30
3.2. Intervención Cognitivo Conductual como componente de apoyo al Envejecimiento Activo.....	32
3.3. Revisión de las principales propuestas de intervención bajo el Enfoque Cognitivo Conductual para lograr un Envejecimiento Activo.....	35
Conclusiones.....	44
Referencias.....	46

## RESUMEN

El incremento en la esperanza de vida en los últimos 50 años ha provocado una transición demográfica importante haciendo notorio el incremento de adultos mayores. En México se estima que para el 2050 la población de adultos mayores se duplique, representando un reto para la inclusión de este estrato de la población hacia políticas económicas, de salud y sociales. Dicha transición demográfica ha resultado en la creación de programas nacionales e internacionales que tienen como meta proporcionar calidad de vida y desarrollar actividades incluyentes que promuevan el papel activo de los ancianos.

El Envejecimiento Activo contempla la optimización de recursos de salud, participación social y seguridad que brinden al adulto mayor una mejor calidad de vida a medida que envejecen. A pesar de las múltiples definiciones que se ha otorgado a este constructo teórico, es posible encontrar factores convergentes para su apoyo y su mejoramiento. Desde la disciplina psicológica es necesario contar con las herramientas necesarias para intervenir en aquellos factores que impactan directamente en el Envejecimiento Activo logrando así un cambio a nivel emocional, y conductual de los adultos mayores y de aquellos que los rodean. El objetivo que persigue el presente trabajo es realizar una revisión teórica de esta variable, así como de las propuestas de intervención bajo el modelo Cognitivo – Conductual para el óptimo desarrollo del Envejecimiento Activo, entre las que destacan propuestas de intervención para la mejora de la depresión, ansiedad, disfunciones sexuales y funcionalidad.

Palabras clave: Adultos mayores; Envejecimiento Activo; Calidad de vida; Intervención Cognitivo – Conductual.

## INTRODUCCIÓN

Uno de los fenómenos de la sociedad actual es el incremento de la población de adultos mayores, esto se debe principalmente al crecimiento en la esperanza de vida, resultado del desarrollo en la infraestructura de la medicina y de los diferentes tratamientos médicos. Según el World Bank Group, ([WBG], 2009), la esperanza de vida en México en 1960 era de 57 años, mientras que actualmente se estima que la esperanza de vida de los mexicanos es de 77 años. Esta transición demográfica (traduciéndose en una sociedad cuya longevidad y vejez va en aumento) representan una dificultad para los distintos niveles gubernamentales como organizaciones civiles y de salud, las cuales deberán de implementar intervenciones dirigidas a este creciente estrato de la población.

Ante este fenómeno poblacional el término vejez y el rol sociocultural del adulto mayor ha cambiado, respondiendo a criterios culturales, cronológicos y geográficos. La vejez ha sido objeto de estereotipos positivos, asociados con la sabiduría, la experiencia o a un alto *status social*, y de estereotipos negativos, como al déficit cognitivo, dependencia económica y aislamiento social (Carbajo, 2009).

Los estereotipos negativos acerca de la vejez producen una desvaloración en esta etapa. En México, la vejez es vista a través de la poca funcionalidad y producción para la sociedad, lo cual margina a esta población, dejándola sin posibilidades de tener un sostén económico independiente, esto a su vez se traduce en la exclusión de las políticas de desarrollo y de salud (González, Fonseca y García, 2013).

Es claro que el potencial de los adultos mayores ha sido mermado a través de la concepción cultural que se le ha otorgado, sin embargo, es necesario garantizar a la población adulta un envejecimiento seguro y digno, integrando a esta población a las actividades relacionadas a la salud, políticas, culturales y económicas como un derecho que les corresponde plenamente.

En los últimos 60 años se ha desarrollado el concepto de “*Envejecimiento Activo*”, éste es definido a través de diferentes factores, tales como la cultura, la educación, la enfermedad, el estado funcional, etc.

Para la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2002), el envejecimiento activo se define como el proceso en el que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas adquieran bienestar físico, social y psicológico a lo largo de toda su vida y que participen en la sociedad.

Motivo por el cual se requiere de programas multidisciplinarios que permitan dicho cometido. La psicología como disciplina encargada del estudio de los comportamientos del individuo en sus diferentes etapas de vida y sus contextos de interacción, deberá diseñar e implementar intervenciones encaminadas a la mejora de la funcionalidad y calidad de vida de los adultos mayores.

El presente escrito pretende realizar una breve revisión teórica de las propuestas bajo el modelo cognitivo-conductual para tener un envejecimiento activo, en el primer capítulo se abordará la conceptualización de la vejez, es decir, cómo es percibida a través de los distintos contextos, asimismo se presentarán estadísticas demográficas correspondientes a nuestro país. En el capítulo dos, se sintetizará el concepto de “*Envejecimiento Activo*” incluyendo factores psicosociales influyentes, y nombrando los programas de apoyo existentes en nuestro país, por último, en el capítulo tres se hará una revisión a las propuestas de intervención bajo el modelo cognitivo-conductual para tener un envejecimiento activo.



# CAPÍTULO 1. VEJEZ EN MÉXICO

## 1.1 Definición de Vejez/Envejecimiento

El envejecimiento ha tenido múltiples interpretaciones, su definición ha sido muy variada. En la antigüedad, Sócrates, Platón y Cicerón plantearon los primeros aportes al estudio del envejecimiento, sin embargo, el estudio formal de este concepto comenzó hasta el siglo XX. Conceptos relacionados, como el de vejez, senectud, ancianidad, tercera edad, adultez tardía, remiten a un producto mientras que envejecimiento o senilidad refieren un proceso de desarrollo (Esquivel, Calleja, Hernández, Medellín y Paz, 2009).

Antiguamente para los egipcios y los chinos, la vejez era considerada como parte importante de la comunidad, ya que estaban “íntimamente” ligados a la ética, la política, la familia y la sabiduría. En las culturas mesoamericanas, se asoció la vejez a aspectos mitológicos y proféticos, literarios, religiosos y filosóficos, considerados sujetos de sabiduría, de experiencia ligada al tiempo y a la vida humana. Por otro lado, en la antigua Grecia, la vejez era concebida como algo indeseable, representaba el último paso antes de la muerte, mientras que la juventud era asociada a la fuerza y a la belleza (García, 2003, como se citó en Esquivel et al., 2009).

En la revolución industrial se deterioró el concepto envejecimiento, se separó al adulto mayor de los roles políticos y sociales, dado que representaban una carga social para la población joven. Es así que se estratificaron las sociedades en rangos de edad como lo señala Esquivel et al. (2009) *“la edad se fue transformando en un mecanismo para determinar el acceso a ciertas posiciones y pasó a funcionar como un método para integrar a una persona a múltiples papeles y responsabilidades”* (p. 49).

Es por ello que la valía de la vejez, en términos de la experiencia y la sabiduría fue perdiendo significado. Así los adultos mayores quedaron relegados al confinamiento y al cuidado en el hogar, abandonando las actividades laborales.

Las primeras conceptualizaciones de envejecimiento surgen en la década de 1950, con definiciones médicas y biológicas enfocándose únicamente en el deterioro físico y fisiológico que las personas sufrían (Villar, 2012).

La OMS (2016) define al envejecimiento como "la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte".

Con las aportaciones de la Gerontología y la Psicología del desarrollo el concepto de vejez fue cambiando, pues desde la perspectiva psicológica es posible conceptualizar al envejecimiento a través del desarrollo de los procesos psicológicos básicos (biológicos) y los cambios en la personalidad a través de la denominada psicología estructural.

Las definiciones más utilizadas son las que plantean el estudio de la vejez, a partir del envejecimiento primario y del envejecimiento secundario, propuesto por autores como Busse o Horn y Meer (1987;1987, como se citó en Esquivel et al., 2009):

*“El envejecimiento primario, se conceptualiza como un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal que empieza temprano en la vida y continúa a lo largo de los años y que no puede evitarse; el envejecimiento secundario, consiste en los resultados de la enfermedad, el abuso y el desuso, factores que pueden ser evitables y que están en el control de la gente”.* (Esquivel, et al. 2009, p. 51).

Para Langarica (1985, como se citó en Esquivel et al., 2009), el envejecimiento es un proceso que depende de factores internos al individuo (biológicos genéticos) y de factores externos (género, raza, cultura, nivel socioeconómico, estilo de vida, etc.).

Papalia y Campos - Olgúin (2009) comentan que para aproximarnos a un concepto de vejez es necesario entender las diferentes posturas que se tienen respecto al desarrollo humano. Cada una plantea distintas delimitaciones a los periodos de vida, e incluyen factores tanto culturales como económicos para delimitar estos periodos. La mayoría de las investigaciones dividen la adultez en tres periodos, adultez joven (aproximadamente de 20 a 40 años de edad), adultez media (de 40 a 65 años de edad) y adultez tardía o vejez (65 años o más). Estos autores, indican cuatro variables, que están ligadas a la conceptualización de la vejez:

- 1) *Edad cronológica*. Se refiere a los años que han pasado desde el nacimiento de la persona.
- 2) *Edad funcional*. Se mide a través de las diferentes interacciones, ya sean físicas o sociales del individuo.
- 3) *Edad biológica*. Se mide a través de las distintas condiciones físicas y de salubridad que pueda tener la persona (en este caso el funcionamiento de los órganos internos).
- 4) *Edad psicológica*. Se refiere a la capacidad que el individuo tiene para resolver los problemas que se originen en su contexto.
- 5) *Edad social*. Se refiere al cumplimiento de las expectativas que tiene la sociedad en torno al individuo, así como roles y normas que se desempeñan en la sociedad.

En virtud de esas variables, la adultez tardía trae consigo un decremento en las habilidades físicas, así como, su tiempo de reacción ante diversas situaciones y un decremento en la retención de información y, en consecuencia, un deterioro

funcional y cognitivo. En el área psicosocial, se presentan cambios como la pérdida de relaciones personales y el trabajo.

Es claro que la cultura también tiene una repercusión en la conceptualización de la vejez es así que, en México, después de los 60 años de edad se considera que la persona pertenece al grupo de la tercera edad y, por tanto, desarrolla una función social que representa un reto tanto estadísticamente como económicamente. En el siguiente apartado se hablará al respecto.

## 1.2 Estadísticas del envejecimiento en México

La OMS (2002) estimó que para el 2050 el porcentaje de adultos mayores en el mundo se duplicará, pasará del 10% al 21%, siendo el cambio más drástico en países de primer mundo, en el cual se prevé un incremento hasta del 400% en este tipo de países. En América Latina se estima que esta población aumente entre el 8% y el 15%. El Consejo Nacional de Población, a través de la Encuesta Intercensal 2015 ([CONAPO], 2015) indicó que en México habitaban 12,4 millones de personas mayores de 60 años, lo que representó al 10,4% de la población total, de las cuales 88,1% formaban parte de un hogar familiar, mientras que un 11,1% formaban hogares unipersonales. La población con empleo de 60 y más años representó 33.6%, es decir, aproximadamente 34 de cada 100 adultos mayores, tenía la oportunidad de tener un empleo. Igualmente, en el 2014 se indicó que 26% del total de adultos mayores, tenía alguna discapacidad.

En un estudio realizado por Águila, Diaz, Manqin-Fu y Pierson (2012) se reportaron diversas condiciones las cuales impactan en el envejecimiento en México, entre las cuales resultan de importancia las condiciones de vida y de salud. Para estos autores, al aumentar la población de adultos mayores también aumenta la incidencia

de enfermedades crónicas, (diabetes, tumores malignos, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias), esto sumado a un contexto de escaso ingreso económico, donde aproximadamente 20% de la población vive en estado de pobreza, del cual, un 30% son personas mayores de 65 años. Es claro que el desarrollo económico no es similar en todo México, las comunidades rurales suelen estar mayormente afectadas en materia de salud, lo que representa un problema económico.

La Ciudad de México es la segunda entidad con mayor índice de envejecimiento (50.7 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años) seguido de Morelos, Nayarit y Veracruz (CONAPO, 2015).

En la Figura 1 se puede apreciar el número de habitantes mayores de 60 años con el que contaba México en el 2010.

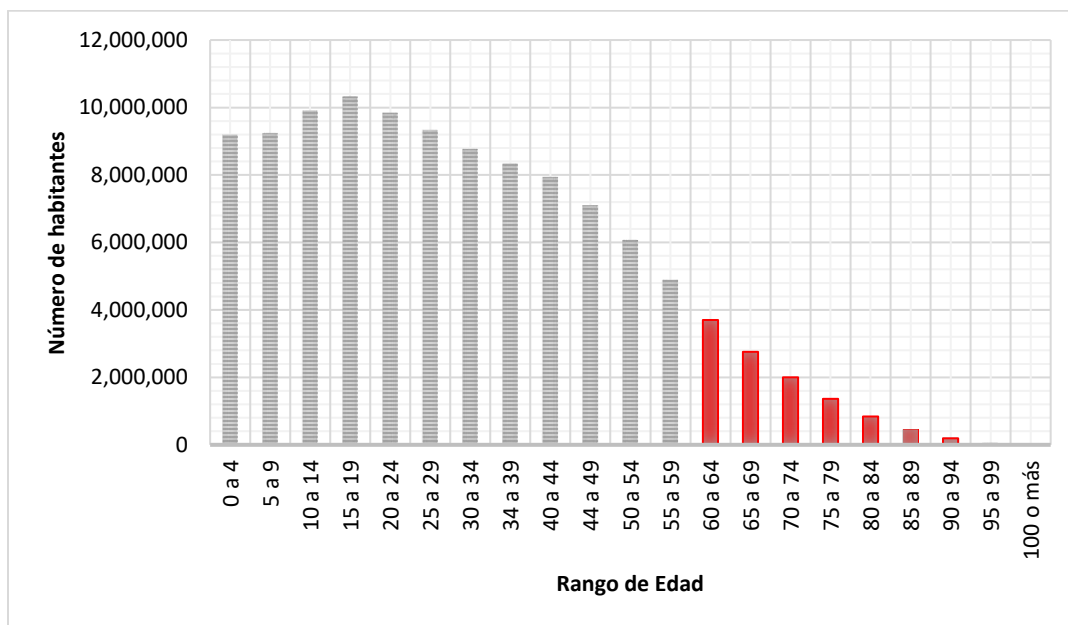


Figura 1. Reporte Nacional de población en 2010.

Adaptado de "Proyecciones de la Población de México 2010-2050" por el Consejo Nacional de Población (2015). Recuperado de: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>

En la Figura 2 se muestra el estimado de personas mayores de 60 años en el 2050 el cual será de aproximadamente de 33,792,613 de personas, un incremento que representa el triple del reportado en el 2010. En comparación a la Figura 1 se puede apreciar la transición demográfica conjeturada que va en aumento hasta el 2050.

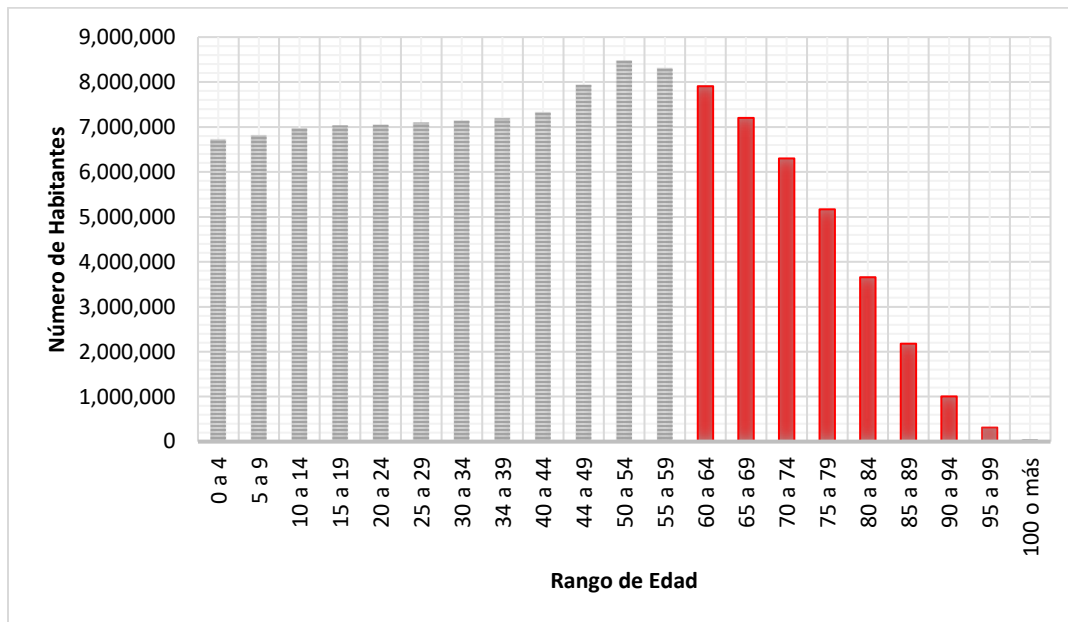


Figura 2. Reporte Nacional de población en 2050.

Adaptado de "Proyecciones de la Población de México 2010-2050" por el Consejo Nacional de Población, (2015). Recuperado de: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>

El Instituto Nacional de Geografía y Estadística ([INEGI],2016) a través de la Encuesta Intercensal 2015, informa que del total de hogares vive al menos una persona de 60 o más años: 43.8% recibe ingresos por programas gubernamentales; para el 10.7% de esos hogares el apoyo proviene de alguien que vive dentro del país; mientras que el 8.2% recibe apoyo económico por personas que residen fuera del país. En cuanto a mortalidad, el aumento en la sobrevivencia de la población ha provocado que la mayor parte de las defunciones ocurran en edades avanzadas (entre la sexta y séptima década de la vida). De las poco más de 633 mil muertes registradas en 2014, 63.8% corresponden a personas de 60 y más años. Muchos

de los fallecimientos en este grupo de población se producen por enfermedades crónicas degenerativas entre las que destacan: la diabetes mellitus; las enfermedades isquémicas del corazón; las enfermedades cerebrovasculares; las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores; las enfermedades hipertensivas y las enfermedades del hígado. Estas seis causas concentran 55.6% de los fallecimientos ocurridos en este grupo poblacional.

Es evidente que la salud y el adecuado funcionamiento social son predictores para el desarrollo del envejecimiento activo, autores como Bruno y Alemán, (2016) explican que una de las principales preocupaciones en el envejecimiento es el aislamiento social, así como, la baja autoestima de las personas mayores. En esta misma línea, Villegas y Zavala (2012) consideran que, en países en vía de desarrollo como México, los adultos mayores requieren de la generación de empleos, que les puedan ofrecer un sostén económico sin dejar de lado la seguridad social.

### 1.3 Estereotipo de la vejez en la cultura mexicana

En apartados anteriores se ha explicado cómo el contexto desempeña un papel importante en el desarrollo del individuo, es así como muchas veces, la opinión que se tiene del envejecimiento suele estar ligada a mitos y creencias falsas que hace que incluso el adulto mayor, perciba su propio envejecimiento de manera distinta.

La OMS, (2016) a través de la encuesta *World Values Survey* entrevistó a más de 83,000 personas en 57 países, en el estudio se señala que el 60% de la población no presenta alguna forma de atención a las necesidades de los adultos mayores, es decir, a la búsqueda de alternativas para cumplir con las demandas básicas de los adultos mayores, sigue siendo el problema más grave en países desarrollados. Esto da lugar al “Edadismo” el cual la OMS (2016) lo define como la discriminación

o estereotipificación del individuo respecto a su edad, es decir, se ve a las personas mayores como una carga para los demás, correspondiente a esto, pueden acabar pensando que su vida tiene menos valor y, como consecuencia de ello, son más proclives a la depresión y al aislamiento social. Kuypers y Bengston (1973, como se citó en González - Miers, 2015), demostraron que en países industrializados se identifica a los Adultos Mayores como “incompetentes” dada la baja cantidad de producción económica.

En México el adulto mayor se enfrenta a esta estigmatización, ya que en la mayoría de los casos se le define con atributos negativos, dando lugar a las creencias que la vejez es un estado de decadencia e inutilidad, resultando en la degradación de oportunidades laborales de este estrato de la sociedad.

Al respecto Quintanar, Reyes-Lira, Ortiz y Ahedo (2011) señalan que el cuidado a las personas mayores es visto como una norma social, una exigencia impuesta por la sociedad y la familia, creando una responsabilidad en los cuidadores.

Otro elemento ligado al estereotipo de vejez en México es el género, dado que la vejez no es igual para los hombres que para las mujeres. En el caso de los hombres, la vejez es considerada como “unidimensional”, debido a que su visión acerca del ciclo de vida es enfocado en la realización del trabajo y de la reproducción de lazos sociales, en el caso de la mujer, su envejecimiento es visto como “pluridimensional”, pues ella posee relaciones sociales, familiares, domésticas, profesionales, etc, lo cual le obliga a administrar sus recursos de una manera diferente (González – Miers, 2015).

Una realidad alterna es la de los adultos mayores jubilados, según la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (INEGI, 2013) en México el índice de personas jubiladas al 2013 era de 26.1%, esta transición de trabajador a jubilado es una de las características más importantes en el ciclo de vida de algunos adultos mayores, pues marca la ruptura con el sistema económico y a la vez con una de las ocupaciones principales de su vida, esto ocurre aproximadamente a los 65 años.



Uno de los aspectos relevantes a la jubilación es si ésta es obligatoria o voluntaria. Villa Carrandi (2005) comenta que en el caso de la jubilación obligatoria, esta suele venir acompañada de problemas emocionales como trastornos depresivos y pérdidas de contactos, comparado con la jubilación voluntaria, sin embargo, uno de los problemas que aqueja a este sector es el autoconcepto, ya que en ésta etapa se pierden las jerarquías que acompañaron al trabajador en su empleo, es decir, si el individuo ocupó un cargo de autoridad o poder en su anterior empleo, es muy probable que tenga un sentimiento de vacío o de rechazo, e incluso de subvaloración.

El panorama actual de los adultos mayores está teniendo complicaciones en muchas de sus áreas. El aumento de la población que se ha previsto para el año 2050 es sin duda un indicador para crear programas de intervención eficaces en apoyo a los adultos mayores. Cabe recalcar que el envejecimiento es un factor multifactorial y su desarrollo exitoso depende en igual medida de múltiples factores, entre el que destaca el Envejecimiento Activo, el cual, se abordará en el siguiente capítulo.

## CAPÍTULO 2. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

### 2.1 Definición del Envejecimiento activo

El Envejecimiento Activo es un concepto relativamente reciente, sus primeras apariciones surgen en la segunda mitad del siglo XX, a partir de modelos como el de Havighurst (1961, como se citó en Petretto, Pili, Gaviano, Matos - López, y Zuddas, 2016), el cual se basa en que el proceso de envejecimiento suele ser más satisfactorio en cuantas más actividades sociales realiza el adulto mayor.

En la definición propuesta por la OMS, (2002) el envejecimiento activo es entendido como el proceso en el que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen.

Por otro lado, las aproximaciones psicosociales al Envejecimiento Activo se basan en la participación social, la satisfacción de vida, el crecimiento personal y los recursos psicológicos que el individuo posee, siendo la satisfacción de vida uno de los predictores más investigados, cuyos componentes van desde, entusiasmo, felicidad, autoconcepto, su estado de ánimo, moral y bienestar general (Bowling y Dieppe, 2005). Dias et al. (2017) mencionan que la calidad de vida del adulto mayor va más allá de las dimensiones físicas y biológicas, es decir, también tiene que haber un desarrollo social, que integre al individuo a la sociedad, en este planteamiento están implícitamente expuestos los predictores de bienestar físico, cognitivo y afectivo.

Existen también distintas aproximaciones a la definición de Envejecimiento Activo, cuyos predictores abarcan, seguridad financiera, sentido del humor, espiritualidad, nuevos aprendizajes, apariencia física, productividad, tener metas en la vida, etc.

Depp y Jeste (2006) identificaron a través de 28 estudios 29 definiciones diferentes de envejecimiento activo, cada una de éstas, está cimentada en múltiples predictores, entre los que destacan los criterios médicos, variables psicosociales como el soporte y relaciones sociales, ausencia de depresión y discapacidades cognitivas.

Así, autores como Tate, Lah, y Cuddy (2003) identifican el concepto de Envejecimiento activo a través de 20 componentes, entre los que destacan, satisfacción, actividad física, actividad cognitiva, actividad social, visión positiva, sentido del humor, poseer pasatiempos, tener metas y tener independencia.

Como puede observarse el termino Envejecimiento activo es ambiguo dada la evolución y traducción de otros idiomas. La Behavioural Medicine Encyclopedia (2013) identifica el envejecimiento óptimo como un sinónimo del Envejecimiento Activo, ya que generalmente está asociado con la resiliencia y el mantenimiento de un estilo de vida activo y su relación con las fuentes de apoyo social. Fernández-Ballesteros (2011) señala que estos conceptos pueden ser tomados como conceptos equivalentes, pero actúan como un nuevo paradigma digno de ser estudiado por los profesionales de la conducta humana, así como cada una de las variables que se asocian a él.

Como se comentaba anteriormente, la concepción del Envejecimiento Activo suele ser ambigua, la definición y sus componentes suele estar permeada por los diferentes modelos de los cuales parte, en el siguiente apartado se abordará brevemente el desarrollo de la teoría que da lugar al Envejecimiento Activo.

## 2.2. Teorías del Envejecimiento Activo

El envejecimiento suele partir en gran medida de bases biológicas y factores genéticos, los cuales son importantes a tomar en cuenta para el posterior desarrollo

de intervenciones de cualquier índole. Salgado, Guillén y Ruipérez (2007), resaltan las terapias farmacológicas y de cuidado al adulto mayor, así como, su rehabilitación, terapia ocupacional y actividades físicas que estos puedan desempeñar.

Para Petretto et al. (2016) los modelos de envejecimiento activo (o exitoso) parten de dos tradiciones diferentes, la tradición europea (Envejecimiento Activo, del cual se deriva la definición propuesta por la OMS) y la tradición estadounidense (Envejecimiento Exitoso), cada una de las propuestas surgidas al margen de estas tradiciones intentan sobreponerse a las anteriores, utilizando enfoques holísticos, que buscan superar la rigidez de las conceptualizaciones pasadas.

En la Tabla 4 se resumen las diferentes tradiciones acerca del Envejecimiento Activo propuestas por Petretto et, al. (2016).

Tabla 4  
Desarrollo de los diferentes modelos conceptuales del Envejecimiento Activo.

Tipo de modelo	Año	Autor	Teoría	Características
Primeros modelos de Envejecimiento con Éxito.	Havighurst	1961	Teoría de la Actividad.	Describió al Envejecimiento Exitoso a partir de términos como “Felicidad” y “Satisfacción Vital”. Para este autor el Envejecimiento Activo puede ser interpretado como la “adhesión continua” a las actividades y a las actitudes de las personas de mediana edad. Esta teoría busca contraponerse a la teoría de la desvinculación.
	Cummings y Henry	1961	Teoría de la Desvinculación	Este modelo define al Envejecimiento Activo como el deseo y la capacidad de la persona para alejarse de una vida activa con el fin de prepararse para la muerte. Por lo tanto, se hace énfasis en la disminución de la participación social del Adulto Mayor a medida que aumenta la edad. Para los autores, es importante la renovación de los individuos para lograr una estabilidad en las organizaciones sociales.
	Reichard et al.	1962	Adaptación a la Jubilación.	Estos autores definieron al Envejecimiento Exitoso como la capacidad de “Adaptación a la Jubilación”, identifican tres tipos diferentes de adaptación adecuada: <i>Mature</i> (Maduro), <i>Docking – Chair</i> (Mecedora) y <i>Armored</i> (Blindado), el tipo Maduro y el tipo Blindado, basan su vida en el compromiso, de ello depende su propia satisfacción, mientras que el tipo Mecedora, se anticipa a una oportunidad de una vida libre de trabajo y disfruta de un estilo de vida pasivo. Esta teoría es la

	Neugarten	1972	La personalidad.	<p>primera en dar cuenta de la personalidad en el desarrollo del Envejecimiento Exitoso.</p> <p>Siguiendo con la línea de Reichard et al. (1962) el autor añade características ambientales y de salud al desarrollo de la personalidad, la cual desempeñará un papel fundamental en el Envejecimiento con Éxito. El autor pone énfasis en los estilos de afrontamiento, la capacidad de adaptarse, las expectativas, el nivel de ingresos económicos y las interacciones sociales.</p>
	Rowe y Kahn	1987	Envejecimiento con Éxito	<p>Esta teoría parte de compensar la tendencia propuesta por la gerontología entre un envejecimiento patológico y uno no patológico, los autores añaden una dicotomía extra para diferenciar entre adultos que están en mayor o menor medida en riesgo de presentar una enfermedad.</p>
Modelos Procesuales del Envejecimiento Activo.	Baltes y Baltes	1990	El modelo selección, optimización y compensación (SOC).	<p>Se trata de un modelo el cual traslada las teorías meramente descriptivas a los procesos involucrados en el Envejecimiento Activo. Menciona la importancia del bienestar subjetivo y las estrategias a través de las cuales pueden ser manejadas las dificultades del envejecimiento, asimismo, ligan el concepto de Envejecimiento Activo al de Resiliencia, en la cual los adultos son capaces de lograr un equilibrio entre las pérdidas y ganancias asociadas al envejecimiento, es así como los Adultos Mayores optimizan los recursos que les son importantes para afrontar de forma adecuada las problemáticas.</p>
	Riley y Riley	1994	<i>Structural Lag.</i>	<p>Estos autores comentan la importancia de la oportunidad de roles disponibles para los adultos mayores, los cuales están fuertemente influenciados por variables sociales y estructurales las cuales son difíciles de controlar. Asimismo, indican que</p>

	Kahana y Kahana	1996	<i>Coping Proactivo</i>	<p>la visión institucional del envejecimiento tiene el mejor patrón real de envejecimiento individual de cada persona, ya que define normas y reglas para acceder a roles y ofrecer apoyo de naturaleza organizativa.</p> <p>Busca responder ante los límites del modelo propuesto por Rowe y Kahn (1987), y se enfoca en el afrontamiento (<i>Coping</i>) proactivo. Este modelo reconoce que las personas mayores pueden mantener un buen nivel de calidad de vida si consiguen crear estrategias internas de afrontamiento y recursos sociales externos. Estas estrategias se pueden traducir en adaptaciones comportamentales proactivas, es decir, adaptaciones puestas en marcha antes de que aparezcan los eventos estresantes.</p>
Modelos Europeos y la Contribución de la Organización Mundial de la Salud	Organización Mundial de la Salud	1990	Envejecimiento Activo según la Organización Mundial de la Salud	Se define el envejecimiento activo como el “proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación, y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”. Este modelo está basado en tres pilares principales: participación salud y seguridad. Asimismo, se indica que los factores principales del Envejecimiento Activo son: Autonomía, Independencia y calidad de vida.
	Fernández Ballesteros	2011	Envejecimiento Saludable, Positivo y con Éxito.	Se define al Envejecimiento con Éxito como un concepto multidimensional que comprende y trasciende respecto a la buena salud y compuesto por una amplia gama de factores biopsicosociales. Igualmente señala que el Envejecimiento con éxito es un sinónimo de conceptos como “Envejecimiento Saludable”, “Envejecimiento activo”, “óptimo”, “productivo” y “positivo”.

Nota: Adaptado de: Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C., y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales.

En apartados anteriores se ha planteado que el envejecimiento activo se logra a través de distintos indicadores, los cuales varían dependiendo el autor y el enfoque con el cual se conceptualiza al mismo. Desde la Terapia Cognitivo - Conductual cada indicador puede ser tratado de forma independiente, sin embargo, es importante detallar cada uno de los componentes en los cuales se puede brindar una intervención de calidad, en el siguiente apartado se brindan los factores psicosociales propuestos por la OMS (2002).

## 2.3 Factores psicosociales que influyen en el Envejecimiento Activo

Los distintos indicadores que pueden influir en el sostén al Envejecimiento Activo dependerán en gran medida del modelo sobre el cual se sustente el mismo. Siguiendo entonces, con la definición propuesta por la OMS (2002) es posible identificar tres categorías: Indicadores Objetivos, Evaluación Subjetiva (a través de informes del individuo) e indicadores sintéticos.

Los indicadores objetivos y algunas escalas para su medición son:

### a) Estado Funcional / Participación social:

1. Escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton - Brody: Se encuentra validada al castellano por Vergara et al. (2012). A pesar de no encontrar sus propiedades psicométricas para nuestro país, algunas investigaciones en México señalan haber utilizado la escala para valorar la dependencia causada por una enfermedad crónica o inmovilidad (Díaz et al., 2013; Ramírez et al., 2016).
2. EIF / Escala de Independencia Funcional: La EIF consta de cuatro subescalas, correspondientes a tres dominios fundamentales del componente de Actividades y Participación de la discapacidad estructurada según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS: cuidado personal, tareas



domésticas, movilidad dentro de la casa y movilidad exterior (Martínez - Martín et al., 2009). No se encuentra validada para México.

3. WHODAS / WHO Disability Assessment Schedule: Evalúa de forma multidimensional el funcionamiento y la discapacidad en seis áreas (comprensión y comunicación, capacidad para moverse en el entorno, cuidado personal, relación con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en sociedad). Posee un coeficiente alfa de Cronbach de 0.86 (Üstün et al., 2010).
4. Índice de Katz: El índice de Katz valora la independencia y funcionalidad de los adultos mayores a partir de seis elementos ordenados en forma jerárquica (baño, vestirse, uso de WC, movilidad, continencia y alimentación), clasificando a los pacientes de A a G: siendo A el de mayor independencia y G el más dependiente. Se encuentra traducido al castellano (Medina et al., 2011).

b) Actividades Físicas:

1. Sensores de actividad física, movimiento y registros conductuales (autoinformes).

c) Situación socio-económica, entorno y recursos, estilos de vida: Entrevistas psicosociales estructuradas, visitas domiciliarias, y registros conductuales de ocurrencia continua.

Sin embargo, los indicadores objetivos no proporcionan información sobre aspectos importantes como la percepción del propio individuo sobre su forma de envejecer, es así que en el ámbito de las Ciencias de la Salud se recurre a medidas de resultados comunicadas por los pacientes (*Patient-Reported Outcomes*, PRO) las cuales generan información importante sobre el estado de salud de los mismos.

En el Envejecimiento Activo las medidas PRO se utilizan en indicadores como:

- a) Evaluación de la Actividad Física.
- b) Actividades de Ocio y tiempo libre.

c) Bienestar emocional.

d) Calidad de Vida.

La calidad de vida suele ser un concepto amplio, con bastantes puntos de vista y para el que se dispone de una amplia variedad de instrumentos de evaluación como lo son:

- SF36 / Short Form Health Survey: Ha resultado útil para evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales (Arostegui y Núñez-Anton, 2008). La validación del cuestionario en México, arrojó un alfa de Cronbach de 0.93 (Martínez y Segura-Méndez, 2010).
- EQ5D (*Euro Quality of Life 5D*): Evalúa 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) en 3 grados de severidad: “no tengo problemas”, “tengo algunos problemas” y “tengo muchos problemas” (Ceballos, Nazar, Leal, y Barba, 2013). No se encuentra validado para México.
- WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life Scale*): Uno de los instrumentos que se utiliza para medir la Calidad de Vida es el WHOQOL-OLD, el cual contiene 26 ítems de cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert. Se obtienen cuatro sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 100, entre más alta la calificación, mejor calidad de vida (González-Celis y Sánchez Sosa, 2003). Fue validado por Hernández, Guadarrama, Castillo-Arellano, Hernández, y Márquez, (2015) con una muestra de 120 adultos mayores en el cual se concluyó que el instrumento era confiable para aplicarse a la población mexicana para medir el constructo de calidad de vida, obteniendo un alfa de Cronbach de .892.
- QLI / Quality of Life Índice: El Índice de Calidad de Vida está constituido por cuatro subescalas denominadas salud y funcionamiento, socioeconómica,

psicológica/espiritual y familiar (Ferrans, 1990). La traducción de este índice al castellano se realizó con el procedimiento descrito por Brislin (1986, como se citó en Canaval, González, Martínez-Schallmoser, Tovar y Valencia, 2000). No se encuentra validada para la población mexicana.

Asimismo, diversos investigadores han elaborado los llamados *Índices Sintéticos* los cuales integran indicadores y medidas que permiten la comparación y la priorización de intervenciones. Entre los que se encuentran:

- Índice de Envejecimiento Saludable (Healthy Aging Index, HAI) de Sanders y colaboradores combina medidas biológicas (presión arterial, capacidad pulmonar, etc.) con una escala del estado cognitivo (Mini-Mental Status Examination, MMSE) para producir un indicador que va de 0 (saludable) a 10 (no saludable).
- Índice de Envejecimiento con Éxito (Successful Aging Index, SAI), que combina medidas de salud autopercebida, estado funcional, cognitivo y apoyo social.

Los índices sintéticos más completos son el Índice de Envejecimiento Activo (Active Ageing Index, AAI), de United Nations Economic Commission for Europe ([UNECE], 2013) y el Índice Global de Envejecimiento (Global AgeWatch Index), de HelpAge International (2015).

El índice de Envejecimiento Activo “Active Ageing Index” fue creado en colaboración del EC (*European Center*) con la UNECE, su misión es recabar datos acerca de cuatro dominios, con la finalidad de crear políticas que apoyen a los ciudadanos europeos de la tercera edad. Está dividido en 22 indicadores, los cuales se encuentran organizados en cuatro dominios, 1) Empleo, 2) Participación en la sociedad, 3) Salud, independencia y 4) capacidad y ambiente apto para el Envejecimiento Activo.

Cada uno de los indicadores son coeficientes positivos que varían de 0 a 100, en donde el valor máximo corresponde a mejores condiciones para el Envejecimiento Activo (Marsillas et al., 2017; Varlamova, Ermolina y Sinyavskaya, 2017).

Por otro lado, el Índice Global de Envejecimiento retoma cuatro dominios para establecer la calidad de vida en adultos mayores, como se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 1

Dominios e indicadores del Índice Global de Envejecimiento, AgeWatch 2013.

Seguridad de ingresos	Estado de salud	Empleo y Educación	Entornos Posibilitadores
Contar con un ingreso estable y digno en la vejez es importante para sostener la calidad de vida y el bienestar de las personas adultas mayores.	Mantener la salud en la vejez no sólo tiene impacto directo sobre el bienestar de cada persona, sino que también mejora su capacidad para lograr otros aspectos del bienestar integral.	El empleo y la educación sobresalen como características posibilitadoras importantes para las personas mayores, ya que mejoran su capacidad de resiliencia, para hacer frente a situaciones críticas dentro de las sociedades en las que viven.	Los elementos críticos de los entornos favorables que se han elegido son conexiones sociales, seguridad física, libertad de elección y acceso a buen transporte, ya que estos aspectos fueron identificados como importantes por las mismas personas mayores.

Adaptado de "Índice Global de Envejecimiento, AgeWatch 2013 Propósito, metodología y resultados" por HelpAge International, 2015. Recuperado de: <http://www.helpage.org/global-agewatch/=/reports/global-agewatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology/>

Como se ha comentado, el Envejecimiento Activo es un indicador importante en la calidad de vida del adulto mayor (Depp y Jeste, 2006; Tate, Lah, y Cuddy, 2003).

Las discusiones sobre si el Envejecimiento activo es un indicador en el dominio de la calidad de vida o si la calidad de vida es un indicador en el dominio del envejecimiento activo se abordarán en el capítulo siguiente

## 2.4. Envejecimiento Activo y Calidad de Vida

Según Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) el concepto de calidad de vida suele no tener una definición específica. El concepto de calidad de vida puede remontarse hacia finales de la segunda guerra mundial, para conocer la percepción de las personas acerca de tener una buena vida o una seguridad financiera.

Posteriormente los psicólogos plantearon indicadores subjetivos para medir este constructo, como la felicidad y la satisfacción, lo que provocó que se cayera en confusión al utilizar más constructos para definir al término.

Asimismo, los autores recuperan cuatro definiciones diferentes para el desarrollo del concepto de calidad de vida. La siguiente tabla muestra estas definiciones:

Tabla 2

Desarrollo de la definición del concepto Calidad de Vida.

Modelo	Descripción
Condiciones de Vida	Bajo este modelo la Calidad de Vida es equivalente a la suma de indicadores medibles y objetivos, como pueden ser, la salud física, relaciones sociales, ocupación y actividades funcionales.
Satisfacción con la Vida	Considera la calidad de vida a partir de la subjetividad de cada individuo. Este modelo posee críticas severas dado que no se consideran las condiciones externas del individuo, sino únicamente lo que considera de sí mismo.
Condiciones de Vida + Satisfacción con la vida	En este modelo se busca conciliar los dos modelos anteriores, a través de definir la calidad de vida con aquellos indicadores objetivos y medibles añadiendo los indicadores subjetivos que el individuo tenga sobre su bienestar.
(Condiciones de vida + Satisfacción con la Vida) * Valores	Este modelo fue propuesto por Felce y Perry en 1995, se añade el indicador de valores, es decir, se comprenden descriptores objetivos y subjetivos hacia la calidad de vida mediados a través de los valores personales de cada individuo.

Nota. Adaptado de "Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto" por Urzúa y Caqueo-Urizar, (2012). Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttextypid=S0718-48082012000100006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0718-48082012000100006)

48082012000100006

El modelo aceptado actualmente lo desarrolló un grupo de expertos de la OMS, The WHOQOL Group (1996) el cuál definió calidad de vida en función a la percepción de bienestar de cada individuo en contextos culturales, así como en relación con sus objetivos, expectativas criterios y preocupaciones, esto aunado a una buena salud física y psicológica, grado de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales. En la Tabla 3 se presentan las categorías y los indicadores propuestos por esta comisión de expertos.

Tabla 3

Categorías e Indicadores de calidad de vida propuestos por The WHOQOL Group (1996).

Categoría	Indicador
Físico	Dolor, malestar Energía - Cansancio Sueño – Descanso
Psicológico	Sentimientos positivos Labor de reflexión, aprendizaje, memoria, Concentración Autoestima Imagen y apariencia corporales Sentimientos negativos
Grado de independencia	Movilidad Actividades de la vida diaria Dependencia respecto de medicaciones o tratamientos Capacidad de trabajo
Relaciones sociales	Relaciones personales Apoyo social Actividad sexual
Entorno	Seguridad física Entorno doméstico Recursos financieros Atención sanitaria y social: disponibilidad y calidad Oportunidades para adquirir información y aptitudes nuevas Actividades recreativas: participación y oportunidades Entorno físico (contaminación, ruido, tráfico, clima) Transporte
Espiritual	Espiritualidad/religión/creencias personales

Nota. Adaptado de “Measuring Quality of Life Instruments” World Health Organization, 1996.

Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)

## 2.5. Programas de apoyo al Envejecimiento Activo en México

A lo largo de la vida, la familia es el órgano social encargado de proporcionar apoyo y asistir al desarrollo de cada uno de sus componentes. La sociología da cuenta de cómo esta institución es el contexto en el cual se construyen las identidades, se definen los espacios y las funciones de cada uno de los miembros, sin embargo, el cuidado del adulto mayor no sólo recae en la institución familiar, sino que exige al estado mexicano desarrollar políticas públicas, ligadas a promover el cuidado del adulto mayor a través de las diferentes dimensiones de las cuales depende el Envejecimiento Activo (Villagómez, 2013).

Los beneficios de promover programas que contribuyan al desarrollo del envejecimiento activo deben reconocer las necesidades de fomentar y equilibrar el cuidado de la salud propia.

Haciendo caso a las demandas propuestas por el creciente aumento de la población conformada por adultos mayores, en México en 1979 se creó el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), ahora llamado INAPAM, (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores), el cual, procura el desarrollo humano integral, es decir, brinda a este sector de la población, empleo u ocupación, retribuciones económicas, asistencias y las oportunidades necesarias para alcanzar el bienestar y una alta calidad de vida. Esta institución se orienta a disminuir las extremas desigualdades e inequidades de género que aseguren sus necesidades básicas y desarrollen su capacidad e iniciativa en un entorno incluyente (INAPAM, s/f).

Los programas continuos que el INAPAM ofrece a los adultos mayores, van desde actividades físicas, clubes, asesorías jurídicas, vinculación productiva, capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre, centros culturales, albergues y residencias de día.

Los recursos que utiliza esta institución para difundir sus servicios a la población de adultos mayores son:

- Delegaciones Estatales.
- Subdelegaciones Municipales.
- Coordinaciones Municipales.
- Clubes de la Tercera Edad a nivel nacional.
- Centros Culturales.
- Unidades Gerontológicas.
- Centros de Atención Integral en el Distrito Federal.
- Unidades móviles promotoras de servicios y empleo a la comunidad.
- Departamentos de Asesoría Jurídica.

Dichas actividades se apegan a la ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores que se aprobó en junio del 2002, en donde se establece que la familia deberá cumplir con la función social de velar por cada una de las personas mayores que formen parte de ella. Asimismo, la familia deberá cumplir con satisfacer las necesidades básicas para su atención y su óptimo desarrollo (Villagómez, 2013).

A pesar de esto, el INAPAM (2016) registró a través de encuestas de autopercepción, que sólo cuatro de cada diez hombres y tres de cada diez mujeres mayores, gozan de una buena salud. Igualmente se reporta que más de un tercio de las personas mayores, viven con al menos, dos enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, o hipertrigliceridemia). Se indica que más del 17% reporta depresión y más de 15% deterioro cognitivo o demencia. Igualmente, este documento recalca que más de dos terceras partes de los años de vida saludables perdidos por personas de 60 años o más se relacionan con estilos de vida desfavorables demostrando que el consumo excesivo de sal y de grasas saturadas son las mayores causas de este padecimiento.

De la ley mencionada se destaca el artículo V, capítulo II, el cual indica que los derechos de los adultos mayores son:



- 1) Derecho a una vida con calidad, sin violencia y sin discriminación.
- 2) Derecho a un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial.
- 3) Derecho a la salud, alimentación y familia.
- 4) Derecho a la educación.
- 5) Derecho a un trabajo digno y bien remunerado.
- 6) Derecho a la asistencia social.
- 7) Derecho a asociarse y participar en procesos productivos de educación y capacitación en su comunidad.
- 8) Derecho a denunciar todo hecho, acto u omisión que viole los derechos que consagra la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
- 9) Derecho a la atención preferente en establecimientos públicos y privados que presten servicio al público.
- 10) Derecho a contar con asientos preferentes en los servicios de autotransporte.

Para el cumplimiento de estos derechos en la Ciudad de México, se establecieron albergues, asilos, centros culturales, y alrededor de 100 clubes de la tercera edad propuestos por el INAPAM, además de 7 hospitales con la especialidad de geriatría.

Según el Instituto Nacional de Geriatría ([INGER], 2016) en México, los cuatro ámbitos de atención primordial para lograr un envejecimiento activo son:

- a) Mitigar el impacto de la carga de la enfermedad crónica.
- b) Prevenir y detectar oportunamente la fragilidad.
- c) Prevenir la dependencia.
- d) Desarrollar un contexto habilitador.

Es así que el gobierno mexicano, en conjunto con la con la Universidad Nacional Autónoma de México y la Academia Nacional de Medicina, condujo en 2016, a la

propuesta de un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud, adaptado al contexto nacional. Las cinco estrategias propuestas se presentan a continuación:

Línea estratégica 1: Adecuar el Sistema Nacional de Salud en función de los retos asociados al envejecimiento poblacional y las nuevas necesidades de atención de las personas mayores.

Línea estratégica 2: Formar y capacitar a las personas necesarias para satisfacer las necesidades de atención de las personas mayores.

Línea estratégica 3: Perfeccionar la capacidad de generar la información necesaria para el desarrollo y la evaluación de las acciones que mejoren la salud de la población mayor.

Línea estratégica 4: Desarrollar un Sistema Nacional de Cuidados comenzando por el desarrollo de un mecanismo específico que asegure la coordinación intersectorial para el uso eficiente de los recursos para la atención médico-social.

Línea estratégica 5: Crear entornos amigables con las personas mayores, introducir la salud de las personas mayores en todas las políticas públicas (Robledo, Botero, Rodríguez, y Campos, 2016, p. 58).

Evidentemente para el cumplimiento de estas estrategias se requiere del trabajo interdisciplinario, por lo que desde la disciplina psicológica se pretende no sólo la creación de modelos teóricos para explicar el Envejecimiento Activo, sino también de estrategias de intervención para promoverlo. En el siguiente capítulo se abordarán las propuestas de intervención psicológica desde un enfoque cognitivo – conductual para lograrlo.

## CAPÍTULO 3. PSICOLOGÍA Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO

### 3.1. El papel de la psicología en el Envejecimiento Activo

Uno de los determinantes principales en el modelo de las OMS para el Envejecimiento Activo es el “Estilo de vida” el cual impacta directamente en los predictores del mismo. En la salud, muchos de los factores de riesgo y protección están estrechamente relacionados con los hábitos conductuales, es decir, repertorios básicos de la conducta que pueden ser aprendidos y mantenidos.

Es así que la psicología influye en los hábitos saludables como son:

- **Actividad física regular:** En un estudio dirigido por Rowe y Kahn (1998, como se citó en Fernández – Ballesteros, 2009), se encuentra una asociación negativa entre el ejercicio y la *mortalidad*, siendo igual entre las personas que a lo largo de su vida realizaron actividades físicas moderadamente y quienes hacen ejercicio físico en la vejez. Cabe mencionar que el ejercicio físico también tiene un efecto positivo en la presión arterial, la pérdida del equilibrio, diabetes, artritis y osteoporosis.

En la Tabla 4 se mencionan los beneficios físicos, psicológicos y sociales del ejercicio físico en la vejez.

Tabla 4

## Beneficios físicos, psicológicos y sociales del ejercicio físico en adultos mayores.

Físicos	Psicológicos	Sociales
- Reducción del riesgo de enfermedad coronaria y accidentes cerebro – vasculares.	- Mejora la confianza y la autoestima en sí mismo.	- Reduce la demanda de servicios de salud y sociales.
- Prevención o control de la presión arterial.	- Incrementa las oportunidades de socialización y reduce el aislamiento.	- Genera imágenes positivas sobre las personas mayores e incrementa su valor social.
- Prevención de Osteoporosis.	- Incrementa la capacidad para permanecer independiente.	- Incrementa la contribución de las personas mayores a la sociedad.
- Mejora de la movilidad y fuerza muscular.	- Mejora los sentimientos de valor entre la gente mayor.	- Reduce costos sanitarios.
- Control de peso.		
- Reducción de caídas.		
- Mejora cardiovascular, ajuste físico y funcionalidad.		
- Reducción de riesgo de diabetes.		

Nota. Adaptado de “Envejecimiento activo: contribuciones de la psicología” Fernández - Ballesteros, 2009.

- **Control del peso y dieta:** La obesidad es otro factor de riesgo a tomar en cuenta, dado que es un factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares, diabetes y artritis. De igual manera es importante tomar en cuenta también existe el riesgo de desnutrición en el adulto mayor, dadas las condiciones de pobreza, aislamiento o movilidad escasa o nula. Knoop et

al. (2004 como se citó en Fernández – Ballesteros, 2009), reportan los beneficios del tipo de dieta “mediterránea”, la cual se asocia a un riesgo bajo de enfermedades coronarias y cáncer.

- **Tabaco y Alcohol:** El consumo de tabaco es un hábito conductual nocivo para la salud. El no fumar tiene efectos benéficos a las enfermedades coronarias y el funcionamiento pulmonar (Higgins et al., 1993 como se citó en Fernández – Ballesteros, 2009).

Existen distintas aproximaciones psicológicas ante tales indicadores de salud, la terapia Cognitivo – Conductual, ha probado su eficacia empírica en un amplio rango de intervenciones psicológicas, en el siguiente apartado se dará una breve explicación del modelo, así como de su eficacia.

### 3.2. Intervención Cognitivo Conductual como componente de apoyo al Envejecimiento Activo

La Terapia Cognitivo – Conductual (TCC), es un modelo de psicoterapia que se enfoca en el pensamiento y la conducta como claves principales en el mantenimiento de las enfermedades psicológicas. Ha mostrado su efectividad en un amplio rango de enfermedades como depresión, bipolaridad, ansiedad, abuso de sustancias, insomnio, desórdenes alimenticios y desórdenes de la personalidad (Butler, Chapman, Forman, y Beck, 2006 como se citó en Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, y Fang, 2012; Sorocco y Lauderdale, 2011).

Además, investigaciones recientes también han demostrado que la TCC es eficaz en el tratamiento de los síntomas de la esquizofrenia (Beck y Rector, 2002, como se citó en Sorocco y Lauderdale, 2011), y actualmente se están llevando a cabo investigaciones adicionales.

Hofmann et al, (2012) identificaron en 269 metanálisis que el apoyo de la terapia cognitivo conductual resulta de gran utilidad, por ejemplo, en los casos de desorden de ansiedad, bulimia, problemas de ira, estrés general y trastornos somatomorfos.

Asimismo, hizo la revisión de 11 artículos los cuales comparaban la eficacia de la TCC contra otros tipos de tratamiento, siete de estos artículos indicaron que el éxito de la TCC fue mucho mayor frente a los demás tratamientos, sólo uno de ellos, indicó que la TCC tenía un menor efecto sobre los demás tratamientos. De igual manera, cabe destacar que la eficacia de la TCC en adultos mayores se centra en el tratamiento de la depresión, en los desórdenes de ansiedad, en el insomnio y el control del dolor.

Para la implementación de la TCC a Adultos mayores, es necesario tomar en cuenta el motivo por el cual buscó apoyo terapéutico, sus actitudes y expectativas respecto a la terapia, experiencias pasadas en psicoterapia, así como, sus obstáculos para permanecer en el tratamiento. En el supuesto que el adulto mayor presente una motivación baja es necesario utilizar técnicas para mejorar su motivación y adherencia a la terapia (Hofmann et al., 2012).

Asimismo, el terapeuta puede preguntarle por aquellas áreas de su vida que le gustaría cambiar y los beneficios que la terapia le puede dar.

Uno de los principales componentes de este modelo es la elaboración del análisis funcional de la conducta, el cual, es una herramienta necesaria en la evaluación clínica que nos ayudará a diseñar estrategias de intervención eficaces. El Análisis Funcional es definido por Kaholokula, Godoy, O'Brien, Haynes, y Gavino (2013) como la identificación de relaciones funcionales, causales y no causales, importantes y controlables, aplicables a determinadas conductas de un individuo. Comentan que es una "hipótesis dinámica" que propone el clínico acerca de los problemas del comportamiento, las relaciones funcionales entre ellos, las variables que influyen en los problemas, la fuerza y la forma de las relaciones causales y no causales atribuidas al problema y las facetas y atributos importantes de todas estas variables.

Igualmente, estos autores plantean que los aspectos más relevantes del análisis funcional son:

1. *El análisis funcional hace hincapié en las relaciones funcionales entre los problemas y sus variables causales en cada cliente individual.* Las relaciones funcionales pueden ser causales o no causales, pero las relaciones causales son más importantes en el análisis funcional, ya que suelen ser el foco de la intervención conductual.

2. *El análisis funcional destaca los problemas de conducta, las variables causales y las relaciones funcionales importantes.* Por eso se centra en problemas de conducta identificados por el cliente o por el clínico como los más angustiantes o socialmente significativos, así como sobre las variables causales que están más fuertemente relacionadas con dichos problemas.

3. *El análisis funcional enfatiza las variables causales y las relaciones causales modificables.* Muchas variables causales importantes influyen profundamente sobre un problema, pero no son modificables. Aunque estas variables causales no puedan modificarse directamente, con frecuencia conllevan secuelas que sí resultan modificables.

4. *Los análisis funcionales son idiográficos, es decir, se supone que un análisis funcional es válido y útil sólo para un cliente individual.*

5. *El análisis funcional es conceptual y metodológicamente flexible.* Esto es, no se limita a una clase particular de variables o estrategias de evaluación. De forma semejante, las relaciones funcionales pueden estimarse a través de manipulación experimental, estrategias de evaluación de series temporales multivariadas, registros ambulatorios o autoinformes (Kaholokula et al., 2013).

El terapeuta luego trabaja con el paciente para desarrollar objetivos mensurables y específicos a corto plazo. Si un paciente permanece ambivalente a participar en la terapia, el terapeuta puede considerar sugerir una "prueba", en la que el cliente acepta comprometerse a un número limitado de sesiones, después de lo cual el terapeuta y el cliente acuerdan evaluar cómo va el tratamiento y si la terapia debería

continuar, se recomienda que este sea de un mínimo de cuatro sesiones para permitir la exposición suficiente al tratamiento.

Como puede observarse los programas de intervención diseñados específicamente para los adultos mayores, desde un enfoque Cognitivo - Conductual están sustentados en bases teóricas sólidas de evaluación e intervención psicológica e incluye un análisis profundo de los individuos y procedimientos basados en evidencia.

Cabe resaltar que estos programas suelen ser multicomponentes, es decir, son acompañados de otras intervenciones para lograr una efectividad mucho mayor. A continuación, se presentan las principales propuestas desde el enfoque Cognitivo – Conductual para lograr un envejecimiento activo.

### 3.3. Revisión de las principales propuestas de intervención bajo el Enfoque Cognitivo Conductual para lograr un Envejecimiento Activo

Sorocco y Lauderdale (2011) escribieron un programa de intervención para los adultos mayores a través de la Terapia Cognitivo - Conductual, en éste, se plantean los principales problemas psicológicos en los adultos mayores, sus intervenciones se basan en; a) Desórdenes del estado anímico, b) Desórdenes de Ansiedad, c) Demencia, y d) Disfunciones Sexuales. Estos cuatro apartados se detallan a continuación.

- A) Desórdenes del estado anímico:
  - a. Trastorno depresivo mayor.
  - b. Trastorno Bipolar.
  - c. Evaluación de riesgo suicida.
- B) Desórdenes de Ansiedad:
  - a. Ansiedad generalizada.
  - b. Trastorno de estrés postraumático.



C) Demencia:

- a. Evaluación e Intervención para adultos mayores con demencia.

D) Disfunciones Sexuales:

- a. Evaluación y tratamiento en salud sexual en adultos mayores.

Además, es posible localizar intervenciones desarrolladas de cada uno de los componentes mencionados anteriormente, esto con la finalidad de intervenir en indicadores específicos del envejecimiento activo.

Igualmente, la intervención desde la terapia Cognitivo – Conductual puede ser aplicada a las enfermedades crónicas degenerativas, como pueden ser:

- **Diabetes mellitus:** desde la Medicina Conductual es posible intervenir en áreas como la adhesión al tratamiento, estrategias de enfrentamiento, la atención de la glucosa en la sangre, y la reducción del estrés (Anguiano, 2014).
- **Enfermedades cardiovasculares:** Las intervenciones en pacientes con enfermedades cardiovasculares suelen estar diseñadas dependiendo el tiempo de evolución, las condiciones generales del paciente, las indicaciones médicas y la evaluación conductual. Se recomienda el ejercicio como tratamiento, retroalimentación biológica, relajación, y la identificación de elementos estresantes y su manejo (Reynoso, y Becerra, 2014)
- **Enfermedades renales:** Las intervenciones en pacientes con insuficiencia renal se enfocan en el manejo del estrés, la depresión y en el desarrollo de solución de problemas (Vázquez-Mata y Reynoso, 2014)
- **Enfermedades respiratorias crónicas:** Es recomendable intervenir en el paciente con técnicas auxiliares como, auto-observación, psicoeducación, reestructuración cognitiva, así como estrategias para la relajación como, relajación autógena, imaginación guiada y retroalimentación biológica (Díaz y Lugo, 2014).
- **Pacientes Oncológicos:** El 70% de los pacientes oncológicos presenta un trastorno adaptativo, un 33% presentan episodios de dolor, mientras que un 22-58% presentan ansiedad y un 15-25% depresión, por lo que la

intervención psicológica se basa en ayudar a desarrollar un estilo comportamental para enfrentar la ansiedad, depresión y el dolor en el paciente oncológico (Becerra, 2014).

Todo esto con la finalidad de mejorar la calidad de vida en los adultos mayores quienes se sabe que un 52% de adultos mayores reporta tener una enfermedad crónico – degenerativa o una discapacidad (INEGI, 2016).

A continuación, se presentan tres intervenciones enfocadas al tratamiento de la depresión y el riesgo suicida, ansiedad generalizada y ansiedad en la demencia en adultos mayores.

Año	Autor	Intervención	Población	Metodología	Resultados
2012	Bhar y Brown.	Tratamiento enfocado a la depresión y riesgo suicida en adultos mayores.	Para el desarrollo de este programa se utilizó una muestra n=33, con una edad media de 66.7 años, el 64% de la muestra eran personas caucásicas y el 36% eran personas afroamericanas.	<p>Este protocolo de intervención se enfoca tanto al tratamiento y prevención de la depresión como la reducción de factores de riesgo. A través de distintos indicadores, a continuación, se presenta cada uno de ellos.</p> <p>A) Medición de riesgo Suicida: el autor sugiere utilizar preguntas bastante generales acerca del suicidio y posteriormente ir refinándoles hasta llegar al grado de especificidad que el terapeuta necesite. Es conveniente utilizar las escalas de Beck, como la de depresión, la Escala de Ideación Suicida y la Escala de Desesperanza (Beck, Kovacks y Weissman (1979, como se citó en Bhar y Brown 2012).</p> <p>B) Desarrollar una conceptualización del caso cognitivo. Esto con la finalidad de identificar factores activadores, cogniciones, conductas, emociones y situaciones que estén relacionadas a la ideación suicida del adulto mayor.</p> <p>C) Desarrollar un plan de seguridad. Describiendo aquellas situaciones que puedan llevar al paciente a una crisis, asimismo, se busca implementar</p>	<p>Se presenta el resultado de un solo individuo a través de 20 sesiones.</p> <p>Los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck disminuyeron de 15 a 10 puntos, en la Escala de Desesperanza de Beck disminuyó el puntaje de 9 a 4 puntos y en la Escala de Ideación Suicida descendió de 13 a 0 puntos.</p>

estrategias que puedan apoyarlo al momento de la crisis.

- D) Incrementar esperanzas y razones para vivir. Encontrar razones para vivir y para refutar las cogniciones de desesperanza es uno de los principales pilares de este protocolo.
- E) Mejorar sus recursos sociales. Es necesario dirigir nuestra intervención en apoyar al adulto mayor en la búsqueda de relaciones interpersonales (ya sean familiares o cuidadores).
- F) Mejorar habilidades y la eficacia de resolución de problemas. Enseñar al adulto mayor la resolución de problemas de forma sistemática con la finalidad de que los factores estresantes impacten de forma menos negativa.
- G) Mejorar la adherencia al tratamiento. La depresión, la desesperanza y las ideaciones suicidas tienen a deteriorar el cumplimiento de tratamiento médico. Si la adherencia al tratamiento se identifica como un problema, el psicólogo puede usar estrategias cognitivas para examinar las creencias y conductas negativas relacionadas con el incumplimiento del tratamiento médico.
- H) Reestructuración cognitiva. Las estrategias de reestructuración cognitiva tienen como objetivo

ayudar al paciente a identificar, evaluar y reemplazar los pensamientos y las imágenes que están asociados con el estado de ánimo deprimido y las respuestas desadaptativas.

- I) Programación de actividades. Programación de actividades se utiliza con frecuencia para contrarrestar la pérdida de motivación, desesperanza y rumiación excesiva.
- J) Tareas. El uso de la tarea se utiliza en todas las fases del protocolo de intervención, es posible requerir el apoyo del cuidador en caso de que el adulto mayor no cuente con las habilidades necesarias para la misma.
- K) Prevención de recaídas. El tratamiento puede finalizar cuando el adulto mayor haya avanzado y ya no experimente ideas suicidas. Cuando el psicólogo considere que los pacientes han avanzado en la terapia, procede una evaluación de las habilidades cognitivas y de conductuales.

Año	Autor	Intervención	Población	Metodología	Resultados
2003	Wetherell, Gatz, y Craske	Tratamiento enfocado a la ansiedad generalizada en adultos mayores.	Para el desarrollo de este programa se utilizó una muestra n=75. 15 hombres y 60 mujeres, con una media de edad de 67.1 años.	Se comparó la efectividad de la terapia Cognitivo – Conductual contra un grupo de discusión y contra un grupo en espera a través de 12 sesiones de 90 minutos a la semana. Las técnicas utilizadas en el grupo con intervención Cognitivo – Conductual se basaron principalmente en entrenamiento para la relajación, reestructuración cognitiva y exposición de problemas. A los participantes se les enseñó acerca de la naturaleza y el propósito de la ansiedad y sobre cómo controlar los síntomas y situaciones de ansiedad; Relajación muscular progresiva, pasiva y aplicada; desensibilización sistemática, imaginación guiada. Los participantes asignados al grupo de discusión tuvieron una estructura temática similar al grupo con intervención, sin embargo, sus sesiones se basaban en la discusión de tópicos enfocados a los desencadenantes de la ansiedad.	Después de las 12 sesiones se reportó la ausencia de los criterios diagnósticos de ansiedad generalizada en un 78% de los participantes del grupo con intervención cognitivo – conductual, 61% de los participantes del grupo de discusión y 14% del grupo de espera. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de discusión, el grupo con intervención cognitivo – conductual y el grupo de espera.

Año	Autor	Intervención	Población	Metodología	Resultados
2008	Kraus, Seignourel, Balasubramanyam, Snow, Wilson, Kunik, Schulz, y Stanley.	Tratamiento Cognitivo – Conductual enfocado a la ansiedad en pacientes con demencia.	Para el desarrollo de este programa se utilizó una muestra n=2, con una media de edad de 77 años.	<p>A través de 9 sesiones se implementaron técnicas como la respiración diafragmática, activación conductual, psicoeducación, exposición en vivo y autoverbalizaciones.</p> <p>Dadas las características de los pacientes con demencia las sesiones se diseñaron de 30 a 40 minutos.</p> <p>Las primeras sesiones se enfocaron al monitoreo de la ansiedad y al entrenamiento en respiración profunda, a partir de la cuarta sesión, se entrenó al paciente en el uso de autoverbalizaciones, así como en el afrontamiento de pensamientos.</p> <p>A partir de la séptima sesión fue introducida la Activación Conductual a través de una lista de actividades que le fueran placenteras al paciente.</p> <p>En cuanto al segundo paciente se desarrollaron nueve sesiones, las cuales se enfocaron en el monitoreo de ansiedad y la respiración utilizando procedimientos similares al primer paciente, a la vez, el cuidador de este paciente fue entrenado para tranquilizarlo a través de respiración diafragmática.</p>	<p>Ambos pacientes señalaron una disminución significativa de los síntomas de ansiedad, las técnicas para la relajación a través de la respiración profunda.</p> <p>Los puntajes previos y posteriores a la intervención se obtuvieron a través de la Escala de Ansiedad en la Demencia (RAID), la cual consta de 20 ítems y cuyo valor superior a los 11 puntos es un indicador de ansiedad clínicamente significativa.</p> <p>Los puntajes obtenidos en la escala RAID disminuyeron de 12 a 8 puntos.</p>

A pesar de las múltiples conceptualizaciones de la vejez y de sus factores culturales, se puede apreciar en los tres estudios anteriores que existe una diferencia significativa en varios de los indicadores del envejecimiento activo gracias a la intervención cognitivo – conductual.



## CONCLUSIONES

Para el año 2050 en el mundo, se prevé un aumento en la población de adultos mayores, estimando que el 21% de la población total será mayor a los 60 años. En México, se estima un aumento de más del 50% de este estrato poblacional. Este crecimiento plantea desafíos a las entidades tanto gubernamentales como civiles para la implementación de intervenciones encaminadas a esta población.

En la misma línea, la OMS, apunta al desarrollo del Envejecimiento Activo, el cual contempla la optimización de recursos de salud, participación social y seguridad que brinden al adulto mayor una mejor calidad de vida a medida que envejecen.

En México, las políticas para el Envejecimiento Activo son adoptadas de modelos de países más industrializados, teniendo como reto principal la estandarización de instrumentos de diagnóstico y de las distintas intervenciones.

Desde la psicología, una de las primeras complicaciones surge al conceptualizar al “Envejecimiento Activo”, desde los inicios de la presente investigación se han revisado las diferentes aproximaciones conceptuales y operacionales que dan pie al mismo, las distintas discusiones y conceptualizaciones entre autores forman parte esencial en el desarrollo posterior de una intervención adecuada.

Es necesario recordar que el Envejecimiento Activo es derivado de múltiples componentes, por lo que es preciso trabajar juntamente con diferentes disciplinas con la finalidad intervenir en cada uno de los indicadores.

Una de las principales propuestas metodológicas desde la psicología cognitivo – conductual es la de Sorocco y Lauderdale (2011), quienes diseñaron un programa de intervención en cuatro áreas: a) Desórdenes del estado anímico, b) Desórdenes de Ansiedad, c) Demencia, y d) Disfunciones Sexuales, además hacen énfasis en el desarrollo de estrategias de afrontamiento las cuales buscan reducir los estresores en los adultos mayores.

La importancia de la utilización de propuestas de intervención Cognitivo - Conductual radica en la validez empírica y la eficacia en la aportación al bienestar y al envejecimiento activo, es claro que el desarrollo de estas propuestas de

intervención aún está muy limitado ya que la mayoría de las investigaciones parten de países como España, Estados Unidos e inclusive China, esto concuerda con los datos estadísticos de la OMS (2002) en donde se prevé un incremento de este estrato social en países más desarrollados.

Aún falta mucho por desarrollar en el campo de intervención con adultos mayores en México, factores culturales, económicos y políticos dificultan una generalización de las propuestas anteriormente mencionadas. Como psicólogos está en nuestras manos la realización de programas de calidad, ligadas hacia los componentes del envejecimiento activo.

## REFERENCIAS

- Active Ageing Index 2014 Analytical Report. (2015). UNECE.
- Águila, E., Díaz, C., Manqin-Fu, M., y Pierson, A. (2012). *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*. National Academy of Medicine of Mexico.
- Anguiano, S. (2014). El tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el campo de la Medicina Conductual. En Reynoso, L. y Becerra, A. (Eds.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 147-164) México: Qartuppi.
- Arellano, J. y Santoyo, M. (2011). *Imagen y vida cotidiana de los ancianos en la ciudad de México*. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/interpuertoricosp/Doc?id=10862533>
- Arostegui, I. y Núñez-Anton, V. (2008). Aspectos Estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística española*, 50(167), 147–192.
- Becerra, A. (2014). Medicina Conductual aplicada en pacientes oncológicos. En Reynoso, L. y Becerra, A. (Eds.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 313-332) México: Qartuppi.
- Bhar, S. y Brown, G. (2012). Treatment of depression and suicide in older adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 116–125.
- Bowling, A. y Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *British Medical Journal*, 331(7531), 1548–1551.
- Bruno, F. y Alemán, J. (2016). Vejez y sociedad en México: las visiones construidas desde las Ciencias Sociales. *Forum Sociológico*, (29), 7–20. doi: 10.4000/sociologico.1453
- Cabrera, I. y Montorio, I. (2009). Ansiedad y envejecimiento. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(2), 106–111. doi: 10.1016/j.regg.2009.01.001
- Canaval, G., González, M., Martínez-Schallmoser, L., Tovar, M. y Valencia, C. (2000). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 31(1), 4–10.

- Carbajo, Ma. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 24, 87–96.
- Ceballos, A., Nazar, R., Leal, A. y Barba, G. (2013). Análisis de la calidad de vida a 12 meses en pacientes con fractura por osteoporosis en un hospital privado de México. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 11(3), 127.
- Consejo Nacional de Población, CONAPO. (2015). Proyecciones de la Población de México 2010-2050. México: Consejo Nacional de Población.
- Depp, C. y Jeste, D. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6–20. doi: 10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc
- Diagnóstico y Manejo del Estrés Postraumático. (2011). México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Dias, G., Couceiro, M., Serra - e - Silva, P., Castro, M., Branquinho, M., Mendes, R. y de Carvalho, I. (2017). Introduction: New Paradigms of Active Ageing. En G. N. F. Dias y M. S. Couceiro, *Active Ageing and Physical Activity* (pp. 1–19). Cham: Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-52063-6\_1
- Díaz-Barriga y Lugo-González. (2014). Tratamiento psicológico del Asma en el campo de la Medicina Conductual. En Reynoso, L. y Becerra, A. (Eds.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 237-262) México: Qartuppi.
- Diaz, S., Bbrba, L., Gomez, C., Albert, G., Albrecht - Junghanns, R., Iga, C. y Reyes, S. (2013). An overview of the clinical assessment tools for Alzheimer's disease in Mexico: The National Dementia Survey—A study from the Mexican group of specialists in dementias. *Alzheimer's & Dementia*, 9(4), P759. doi: 10.1016/j.jalz.2013.05.1539
- Entralgo, A. (2008). Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria: versión resumida. Madrid: Agencia Laín Entralgo, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

- Esquivel, L., Calleja, A., Hernández, I., Medellín, M. y Paz, M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de educación y desarrollo*, 11, 47–56.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: contribuciones de la psicología*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Envejecimiento saludable. En Conferencia en el Congreso sobre Envejecimiento. La Investigación en España, Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/fernandez-borrador-envejecimiento-01.pdf>
- Ferrans, C. (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 17(3 Suppl), 15-19; discussion 20-21.
- Gellman, M. y Turner, J. (Eds.). (2013). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York, NY: Springer New York.
- González, A., Fonseca, H. y García, G. (2013). El significado de la vejez y su relación con la salud en ancianas y ancianos integrados a un programa de envejecimiento activo. *Revista Digital Universitaria [Internet]*, 14(4). Recuperado de: <http://www.revista.unam.mx/vol.14/num4/art37/art37.pdf>
- González-Celis, A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 43-58.
- González Miers, M. del R. (2015). *La revolución de la tercera edad*. México: Editorial Trillas.
- Gorenstein, E. y Papp, L. (2007). Cognitive-behavioral therapy for anxiety in the elderly. *Current Psychiatry Reports*, 9(1), 20–25. doi: 10.1007/s11920-007-0005-y
- HelpAge International. (2015). Global AgeWatch Index 2013: Insight report, summary and methodology. Recuperado el 22 de noviembre de 2017, a partir

de <http://www.helppage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2013-insight-report-summary-and-methodology/>

- Hernández, J., Guadarrama, R., Castillo, S., Hernández, G. y Márquez-Mendoza, O. (2015). Validación del WHOQOL-OLD en adultos mayores de México. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(3), 397–405.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A. y Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2013). Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2013. Recuperado el 4 de noviembre de 2017, a partir de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/modulos/eness/2013/>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2016). "Estadísticas a propósito del... Día Internacional de las Personas de Edad (1 de octubre)" (pp. 1–14). México: INEGI. Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf)
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (México). (2016). *Por una cultura del envejecimiento*. México: INAPAM.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (s/f). Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores ¿Qué hacemos? Recuperado el 17 de octubre de 2017, a partir de <https://www.gob.mx/inapam/que-hacemos>
- Kaholokula, J., Godoy, A., O'Brien, W., Haynes, S. y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117–127. doi: 10.5093/cl2013a13
- Kraus, C., Seignourel, P., Balasubramanyam, V., Snow, A., Wilson, N., Kunik, M. y Stanley, M. (2008). Cognitive-Behavioral Treatment for Anxiety in Patients With Dementia: Two Case Studies. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(3), 186–192. doi: 10.1097/01.pra.0000320120.68928.e5

- Macip, S., Martínez, A., León, S., Forteza, C. y Núñez, J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21–30.
- Marsillas, S., De Donder, L., Kardol, T., Van Regenmortel, S., Dury, S., Brosens, D. y Varela, J. (2017). Does active ageing contribute to life satisfaction for older people? Testing a new model of active ageing. *European Journal of Ageing*, 14(3), 295–310. doi: 10.1007/s10433-017-0413-8
- Martínez-Martín, P., Fernández, G., Frades, B., Rojo, F., Petidier, R., Rodríguez, V. y Cuesta, P. (2009). Validation of the functional independence scale. *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 49–54.
- Martínez y Segura-Méndez, N. (2010). Validación del cuestionario SF-36 en pacientes adultos con asma y rinitis alérgica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(5), 531–534.
- Medina, J., Torres, L., Cortés, R., Durán, V., Martínez, F. y Esquivel, G. (2011). Guía de práctica clínica. Valoración geriátrica integral. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(6), 669–684.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: OMS. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar a su salud. [Página Web]. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/discrimination-ageing-youth/es/>
- Papalia, D. y Campos Olgún, V. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Petretto, D., Pili, R., Gaviano, L., Matos - López, C. y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 51(4), 229–241. doi: 10.1016/j.regg.2015.10.003

- Polenick, C. y Flora, S. (2013). Behavioral activation for depression in older adults: Theoretical and practical considerations. *The Behavior Analyst*, 36(1), 35–55. doi: 10.1007/BF03392291
- Quintanar, F., Reyes-Lira, C., Ortiz, M. y Ahedo, R. (2011). *Apoyo psicogerontológico en la atención del adulto mayor*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ramírez, M., Delgado, I., Vicente, I., Alvarado, M. del R., Flores, C., Tarabay, J. y González, O. (2016). Valoración de la funcionalidad y dependencia del adulto mayor en áreas rurales. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 16(2), 7–24.
- Robledo, L., Botero, M., Rodríguez, L. y Campos, R. (Eds.). (2016). *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*. México.
- Rowe, J. y Kahn, R. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237(4811), 143–149.
- Salgado A., Guillén, F. y Ruipérez-Cantera, I. (2007). *Manual de geriatría*. Barcelona: Masson.
- Sorocco, K. y Lauderdale, S. (2011). *Cognitive behavior therapy with older adults: innovations across care settings*. New York: Springer Pub. Co.
- Tate, R., Lah, L. y Cuddy, T. (2003). Definition of successful aging by elderly Canadian males: the Manitoba Follow-up Study. *The Gerontologist*, 43(5), 735–744.
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C. y Osuna, M. J. (2003). Envejecer en entornos rurales. *Estudios de I+D+i*. Madrid: IMSERSO
- Urzúa, M. y Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61–71. doi: 10.4067/S071848082012000100006
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Kennedy, J. R., Cille, Epping-Jordan, J., Saxena, S. y Pull, C. (2010). Evolución del Programa de evaluación de la discapacidad 2.0 de la Organización Mundial de la Salud [Blog]. Recuperado



- el 17 de noviembre de 2017, a partir de <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/11/09-067231-ab/es/>
- Varlamova, M., Ermolina, A. y Sinyavskaya, O. (2017). Active Ageing Index as an Evidence Base for Developing a Comprehensive Active Ageing Policy in Russia. *Journal of Population Ageing*, 10(1), 41–71. doi: 10.1007/s12062-016-9164-0
- Vázquez-Mata, I. y Reynoso, L. (2014). El especialista en Medicina Conductual y la atención al enfermo renal. En Reynoso, L. y Becerra, A. (Eds.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 193-212) México: Qartuppi.
- Vergara, I., Bilbao, A., Orive, M., García-Gutiérrez, S., Navarro, G. y Quintana, J. (2012). Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 130. doi: 10.1186/1477-7525-10-130
- Villa - Carrandi, C. (2005). *La vida en la jubilación*. México: Trillas : Universidad Anáhuac.
- Villar, F. (2012). Successful ageing and development: the contribution of generativity in older age. *Ageing and Society*, 32(07), 1087–1105. doi: 10.1017/S0144686X11000973
- Villagómez, G. (2013). *No es pecado envejecer: pobreza y desigualdad social del adulto mayor* (Primera edición). México, D.F: Universidad Autónoma de Yucatán : Porrúa, Librero-Editor.
- Villegas, S. y Zavala, V. (2012). La vejez en México: una mirada general sobre la situación socio-económica y familiar de los hombres y mujeres adultos mayores. *Perspectivas sociales*, 13(1). Recuperado de <http://www.perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/view/9>
- WHOQoL Group. (1996). WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version Of The Assessment. World Health Organization.
- World Bank Group. (2009). Esperanza de vida al nacer, total (años). Recuperado el 29 de agosto de 2017, a partir de

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=MX&view=chart>