



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO
MAYOR EN EL CENTRO GERONTOLÓGICO
"ARTURO MUNDET".**

REPORTE LABORAL

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

JUAN ALBERTO THOMAS GOMEZ

DIRECTORA DEL REPORTE:

LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ

REVISOR DEL REPORTE:

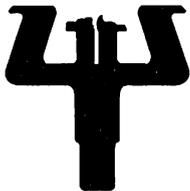
MTRA. BLANCA ROSA GIRÓN HIDALGO

COMITÉ DE TESIS:

DOCTOR JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOZA

MTRO. DAVID AURÓN ZALTZMAN

MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTINEZ



**® Facultad
de Psicología**

Ciudad Universitaria, D.F. Noviembre 2014.



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.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 1	4
CONTEXTO LABORAL	4
1.1 Antecedentes históricos de la Institución y el Centro Gerontológico	4
"Arturo Mundet"	4
1.2 Misión, Visión y Política del Centro Gerontológico.	7
1.3 Organización y Funcionamiento.....	8
1.4 Departamento de Psicogerontología.....	10
1.5 Programas de Atención:.....	13
CAPITULO 2	15
VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO	15
2.1 Antecedentes históricos de la vejez	15
2.2 Diferencias entre vejez y envejecimiento.	17
2.3 Teorías del envejecimiento.....	22
2.4 Ciencias relacionadas con el envejecimiento: Gerontología. Geriatria, Psicogerontología y Psicogeriatría.....	27
2.5 Epidemiología del envejecimiento	29
CAPITULO 3	33
ADULTEZ TARDIA	33
3.1 Concepto de Adultez Tardía.....	34
3.2 Características físicas.....	35
3.3 Características cognitivas	44
3.4 Características de personalidad.....	48
3.5 Características sociales.....	52
3.6 Enfermedades del adulto tardío	53
3.6.1 Enfermedades físicas	54
3.6.2 Enfermedades psicológicas.....	58
3.7 Definición y características de la calidad de vida.....	78
3.7.1 Calidad de vida del adulto tardío	82
3.7.2 Medición e instrumentos en la calidad de vida en el adulto mayor.....	87
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	91
Justificación	91
Objetivo General	92

Etapas:	92
Escenario	93
Población	93
Instrumentos de evaluación	94
Materiales	97
RESULTADOS	98
DISCUSIÓN	108
CONCLUSIONES	113
BIBLIOGRAFIA	115
ANEXOS	125

INSTANTES

Poema apócrifo atribuido a Jorge Luis Borges

*Si pudiera vivir nuevamente mi vida.
En la próxima trataría de cometer más errores.
No intentaría ser tan perfecto, me relajaría más.
Sería más tonto de lo que he sido,
de hecho tomaría muy pocas cosas con seriedad.
Sería menos higiénico.*

*Correría más riesgos,
haría más viajes,
contemplaría más atardeceres,
subiría más montañas,
nadaría más ríos.*

*Iría a más lugares adónde nunca he ido
comería más helados y menos habas,
tendría más problemas reales y menos imaginarios.*

*Yo fui una de esas personas que vivió sensata
y prolíficamente cada minuto de su vida;
claro que tuve momentos de alegría.*

*Pero si pudiera volver atrás trataría
de tener solamente buenos momentos.
Por si no lo saben, de eso está hecha la vida,
sólo de momentos; no te pierdas el ahora.*

*Yo era uno de esos que nunca
iban a ninguna parte sin un termómetro,
una bolsa de agua caliente,
un paraguas y un paracaídas;
si pudiera volver a vivir, viajaría más liviano.*

*Si pudiera volver a vivir
comenzaría andar descalzo a principios
de la primavera
y seguiría descalzo hasta concluir el otoño.*

*Daría más vueltas en calesita,
contemplaría más amaneceres,
y jugaría con más niños,
si tuviera otra vez vida por delante.*

Pero ya ven, tengo 85 años y sé que me estoy muriendo.

AGRADECIMIENTOS

A mis ancestros y a mis padres Alfonso y Elba que me dieron la vida, ya que sin ellos no estaría aquí.

A todos mis hermanos Alfonso, Francisco, María de Jesús, Marcos, Verónica y Liliana.

A Claudia la madre de Diego.

A mi hijo Diego Armando que quiero tanto.

A Carmen, gracias, aún no cambio mi táctica y estrategia.

A mis compañeros de generación, amigos y amigas.

A los adultos mayores que participaron en este estudio, por la gran colaboración que prestaron de forma desinteresada.

A la Universidad Salesiana cuna de mis estudios.

A la UNAM por darme la oportunidad de cerrar este ciclo.

Me volví puma pero conservo mi alma de coyote.

A mi directora de tesis Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordóñez del Programa de Titulación la cual nos apoyó y brindó su conocimiento para concluir este trabajo sin el cual no hubiera sido posible.

A mis sinodales Mtra. Blanca Rosa Girón Hidalgo, revisora del reporte; al Dr. Jorge R. Pérez Espinoza, al Mtro. David Aurón Zaltzman y al Mtro. Jorge Álvarez Martínez, por su tiempo y comentarios.

Por último, y no por ello menos importante, a todos aquellos y aquellas mujeres y hombres que de alguna manera han sido parte de mi vida y me han hecho feliz, sin importar si inician la lista o la finalizan.

Gracias eternamente a todos y cada uno aún a los que no recuerdo en este momento... pero seguramente están presentes.

RESUMEN

El presente trabajo es un reporte acerca de la calidad de vida en una muestra de 42 adultos tardíos institucionalizados en un Centro Gerontológico del sector público en la ciudad de México la cual se realizó a través de la aplicación del instrumento de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (Whoqol-Bref) a fin de promover en un futuro estrategias para mejorar su bienestar y calidad de vida de los ancianos tanto de los que viven en dicha residencia como aquellos que ingresen a la misma.

Palabras clave: ancianos institucionalizados, envejecimiento, calidad de vida.

SUMMARY

This work is a report about quality's life in 42 elderly people institutionalized in a Gerontologic Public Center in México City. This report was made through instrument's application of quality's life in the Health Word Organization (Whoqol-Bref) in order to promote future strategies to improve elderly's people life for those who live in the hospice and those who enter for first time to the hospice.

Key Words: Institutionalized old people, aging, quality of life, Whoqol-Bref.

INTRODUCCIÓN

El aumento poblacional de los adultos mayores en el siglo XX y lo que va del presente siglo en el mundo, en especial en los países en vías de desarrollo trae consigo la problemática de cómo atenderlos al aumentar su esperanza de vida, al darse una disminución en la natalidad así como avances en la ciencia médica al tener un mayor control sobre las enfermedades, de ahí el interés por esta población a la cual no se le había dado la importancia que merecía.

En nuestro país de acuerdo a estudios del Consejo Nacional de la Población (CONAPO, 2004), diariamente 800 personas cumplen 60 años y se estima que para el 2050, una de cada cuatro habitantes cumplirá dicha edad pasando a ser un adulto mayor.

Este incremento en la expectativa de vida no necesariamente se ha visto reflejado en mejores condiciones de vida de las personas mayores; es decir, el vivir más años no implica vivir mejor sino al contrario este aumento de años vividos puede traer consigo más riesgos en la salud y la aparición de enfermedades y limitaciones en el bienestar.

Este incremento de la longevidad provoca el interés por parte del área de gerontología, la cual la ha abordado desde diferentes enfoques: biológicos, psicológicos, sociológicos y culturales enfocándose en su calidad de vida, en nuestro caso desde la psicología.

El envejecimiento es un proceso a lo largo de la vida de la persona el cual termina con la muerte en tanto que la vejez, ancianidad o adultez tardía es la última etapa de la vida para diferenciarla en relación a las etapas que la preceden en el ser humano. Dicha etapa va a presentar características físicas, psicológicas y sociales específicas debido a su largo periodo.

Por su parte la calidad de vida (CV) es una categoría multidimensional relacionada con la vida misma de la persona y la sociedad, esta se encuentra vinculada y

relacionada con la percepción objetiva y subjetiva que se tenga de bienestar o de insatisfacción acerca de su vida.

En base a lo anteriormente mencionado, surge el interés por abordar y conocer la calidad de vida en los adultos tardíos institucionalizados y con ello favorecer estrategias que fomenten la calidad de vida de dichas personas para alcanzar un envejecimiento más saludable.

El trabajo se desglosa en tres capítulos y el procedimiento. El primer capítulo se refiere al “Contexto laboral”, en el cual se describe a la Institución donde se llevó a cabo el reporte de trabajo, y las características de la misma.

El segundo capítulo, está enfocado a diferenciar la vejez y el envejecimiento; las teorías con respecto al envejecimiento y las ciencias que se encargan de su estudio y la epidemiología de dicha población.

En el tercer capítulo titulado “Adulter tardía” se mencionan las características físicas, cognitivas, de personalidad y sociales así como algunas de las enfermedades más comunes en esta etapa. Se define lo que es la calidad de vida y los instrumentos que se utilizan para medirla y la calidad de vida que presentan los adultos tardíos o mayores.

El último capítulo se dedica al “Procedimiento” el cual se refiere al trabajo realizado con los adultos tardíos en relación con la evaluación de su calidad de vida en la Institución que residen.

CAPITULO 1

CONTEXTO LABORAL

En este capítulo se abordará los antecedentes históricos de la Institución y del Centro Gerontológico “Arturo Mundet”, así como su misión, visión y políticas; la organización y funcionamiento del Centro Gerontológico enfocándose en el Departamento de Psicogerontología y los Programas de Atención que se proporcionan en dicho Centro.

1.1 Antecedentes históricos de la Institución y el Centro Gerontológico “Arturo Mundet”

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), es el organismo público encargado de instrumentar y aplicar y dar dimensión a las políticas públicas en el ámbito de la asistencia social en México.

Su origen se remonta a 1929 en donde a través de un asociación denominada la “Gota de Leche”, se apoyaba a través del auspicio del presupuesto del gobierno y un grupo de voluntarias a los niños y niñas de escasos recursos económicos con problemas de alimentación de la periferia de la ciudad de México (Sandoval, 2010).

Posteriormente este programa de la “Gota de Leche”, se transforma en la Asociación Nacional de Protección a la Infancia el cual recibía el apoyo de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública.

En 1961 por Decreto Presidencial se crea el organismo descentralizado Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) enfocado en la entrega los desayunos escolares para favorecer la alimentación de la niñez.

A mediados de 1968 también por Decreto presidencial se funda el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN) como un instrumento de desarrollo social orientado a la atención de niños y niñas huérfanas, abandonados,

desvalidos, discapacitados o con ciertas enfermedades, siendo posteriormente el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI).

Es partir de 1977 que se crea lo que hoy conocemos como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), el cual fusiona a los institutos IMPI e IMAN. Siendo presidente José López Portillo, es su esposa Carmen Romano la representante de la institución, la cual se centra en promover la planificación familiar, el cuidado de los niños, la asistencia de los ancianos, programas contra el abuso de drogas entre otras actividades.

En 1997 por decreto presidencial se lleva a cabo la descentralización del DIF Nacional constituyéndose así el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal (DIF DF), y que con ello cada entidad federativa tenga su DIF Estatal.

Misión institucional

Conducir las políticas públicas de asistencia social que promueven el desarrollo integral de la familia y la comunidad, combatan las causas y efectos de vulnerabilidad en coordinación con los sistemas estatales y municipales e instituciones públicas y privadas, con el fin de generar capital social.

Visión institucional

Ser la institución nacional rectora de las políticas públicas con perspectiva familiar y comunitaria que hace de la Asistencia Social una herramienta de inclusión mediante el desarrollo de modelos de intervención teniendo como ejes la prevención, la profesionalización y la corresponsabilidad social.

El DIF Nacional desarrolla acciones y presta un conjunto de servicios asistenciales integrales, consistentes en albergue, alimentación, vestuario, esparcimiento y recreación, educación, atención médica, actividades culturales, asistencia jurídica, enlace laboral, ayudas económicas y en especie, en favor de menores abandonados, huérfanos, niños maltratados física y psicológicamente, adultos mayores abandonados, indigentes, mujeres y todo tipo de personas sujetas a maltrato, todos ellos de bajos recursos económicos dentro del perfil que los hace sujetos de asistencia social.

La prestación de estos servicios se proporciona a través de 8 centros asistenciales en la República Mexicana: 6 se encuentran ubicados en el Distrito Federal, y uno en el Estado de Morelos y otro en el Estado de Oaxaca.

Se cuenta con dos Casas Cuna para menores recién nacidos hasta los seis años; dos Casas Hogar para Menores de 6 a 18 años; una para varones y otra para niñas; cuatro Casas Hogar para Adultos Mayores de 60 años y más, dos en el Distrito Federal (“Arturo Mundet” y “Vicente García Torres”), una en Cuernavaca Morelos (“Olga Tamayo”) y otra en Oaxaca, Oaxaca (“Los Tamayo”).

En el año de 1937 da inicio la construcción de la “Casa para Ancianos Arturo Mundet”, donde fuera el Casco de Hacienda de Guadalupe Inn, el cual fue donado por el empresario Arturo Mundet Carbó entregándolo en 1938 a la Secretaria de Asistencia Pública con la finalidad de mantener la integridad y autosuficiencia de los ancianos para evitar su retraso y deterioro favoreciendo su integración familiar y social, para garantizar su seguridad y una vida digna. Este edificio se considera la primera institución oficial construida específicamente para la atención de los ancianos en México

En 1981 pasa a ser parte del Sistema DIF por decreto presidencial; en 1984 esta Casa Hogar para Ancianos deja de ser una institución “filantrópica” cuando ingresa a la misma personal calificado y especializado de diversas disciplinas para la atención del anciano. En 2002 cambia de nombre a Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico “Arturo Mundet” (CNMAICG), el cual recibe en 2006 su certificación ISO 9001.

El objetivo general del DIF en las Casas Hogares para Adultos Mayores es:

Ofrecer calidad y calidez a personas mayores de 60 años, en estado de desamparo o desventaja, protección física, mental y social al proporcionarles los servicios de alojamiento, alimentación y vestido, atención médica, rehabilitadora y de trabajo social, así como actividades ocupacionales, recreativas y culturales.

1.2 Misión, Visión y Política del Centro Gerontológico.

Misión

Ser un centro de atención gerontológico de excelencia para personas vulnerables de 60 años y más, que ofrezcan servicios integrales multidisciplinarios e interdisciplinarios, de alta calidad y amplio sentido humano, que satisfaga a los usuarios de los diferentes programas así como a sus responsables y familiares, superando sus expectativas de vida y al mismo tiempo fortalecer a través de la formación de recursos y de la educación continua, la atención profesional a este grupo de población.

Visión

Ser un centro gerontológico con alto grado de conocimiento, calidad y humanismo en la atención de sus servicios que fortalezcan a futuro al Sistema nacional DIF dentro de un continuo desarrollo de programas, y al mismo tiempo participar en la formación y capacitación del recurso humano, promoviendo un envejecimiento poblacional saludable que permita la permanencia del adulto mayor en su núcleo familiar y comunitario o bien ofrecer la institucionalización como último recurso para favorecer su bienestar físico, mental y social.

Política de calidad

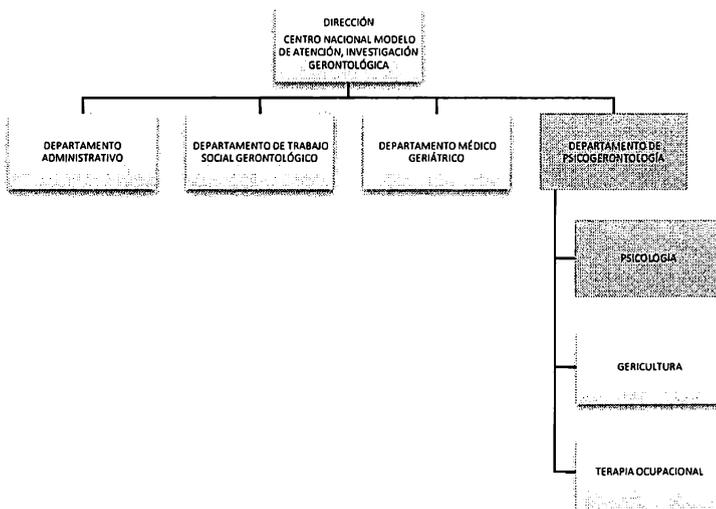
Nos comprometemos a ofrecer servicios de excelencia en la atención de los adultos mayores, para mejorar su calidad de vida durante su proceso de envejecimiento, respetando su individualidad e independencia; permitiendo su participación y sus cuidados para una vida plena, digna y al mismo tiempo promover la mejora continua con la participación del personal capacitado y con vocación de servicio

Objetivos de calidad

1. Incrementar la satisfacción de los usuarios, familiares o responsables.
2. Incrementar la percepción social respecto a la calidad de los servicios que se prestan.
3. Favorecer un proceso de envejecimiento saludable que permita su funcionalidad por más tiempo.
4. Evaluar integralmente a cada adulto mayor determinando un plan interdisciplinario de atención acorde con sus necesidades, cultura, personalidad, creencias, culto, ideología.
5. Implantar proyectos de investigación que impacten en los resultados de los procesos del modelo de atención.
6. Formar recursos humanos para la atención especializada de adultos mayores y en valores humanos.

1.3 Organización y Funcionamiento

ORGANIGRAMA DEL CENTRO GERONTOLÓGICO ARTURO MUNDET



El centro gerontológico está conformado por cuatro departamentos: administrativo, trabajo social gerontológico, médico geriátrico y de psicogerontología.

El departamento administrativo se encarga de la distribución de los recursos humanos, materiales y financieros para el funcionamiento del centro gerontológico.

El departamento de trabajo social gerontológico se enfoca en llevar a cabo los trámites de ingreso de los aspirantes al centro y de la construcción de las redes de apoyo.

El departamento médico gerontológico es el encargado de atender los problemas de salud de los residentes del centro gerontológico así como prevenirlos; está conformado por el servicio médico, de enfermería, de odontología, de rehabilitación y de psiquiatría, y nutrición.

El departamento de psicogerontología se encarga de prevenir y/o mantener la salud emocional y física para mejorar su calidad de vida de los residentes; está integrado por el área de psicología, gericultura y terapia ocupacional.

En su Reglamento Interno de los CNMAIC Gerontológica y Casa Hogar para ancianos. De la Admisión e ingreso de las personas Adultas Mayores. Título Segundo, Capítulo Único. Artículo 7 señala:

Para ser beneficiario de los servicios y la atención en los Centros, se deberá cubrir invariablemente el siguiente perfil:

- I. Tener 60 años cumplidos o más al momento de su ingreso.
- II. Encontrarse en situación de desamparo, incapacidad, marginación o sujeta a maltrato.
- III. Aceptar y presentarse a las valoraciones social, médica y psicológica. No ser portador de enfermedades infectocontagiosas y ser aptos para interactuar adecuadamente con los beneficiarios y personal del Centro, de conformidad con los resultados de las valoraciones mencionadas en el inciso anterior.
- IV. Expresar su deseo manifiesto de incorporarse a los programas desarrollados en el Centro signando la solicitud de ingreso.

- V. En caso de presentar alguna discapacidad, que está les permita incorporarse a los programas de atención integral y la vida en comunidad.

1.4 Departamento de Psicogerontología

El personal del área de Psicogerontología brindará los siguientes servicios de atención psicogerontológica, de acuerdo a su normatividad. (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 2012).

- I. Previo al ingreso:
 - a) Prevaloración documental (cubre el perfil) del beneficiario.
 - b) Valoración psicológica inicial y subsecuente (entrevista e historia clínica y aplicación de pruebas psicológicas).
 - c) Realización de reporte e informe psicológico.
 - d) Determinación diagnóstica. pronóstico y tratamiento.
 - e) Canalización para atención de segundo y tercer nivel cuando se requiera.
- II. Durante el ingreso y la inducción:
 - a) Revisión del estado psicológico
 - b) Establecimiento de apoyo psicológico, de acuerdo a la valoración previa.
- III. Durante la estancia.
 - a) Todo beneficiario deberá ser valorado psicológicamente, cada seis meses, para determinar el plan de intervención, registrándolo en el expediente.
 - b) Se otorgará terapia individual o grupal conforme a las necesidades y plan de atención.
 - c) Proponer a la Junta Interdisciplinaria (área médica, de trabajo social y psicología), la derivación del beneficiario a segundo y tercer nivel de atención.

- d) Se registrarán las acciones de intervención y seguimiento del beneficiario en el expediente y en las notas de evolución.
- e) Se proporcionará orientación sexual (en relación al programa de educación sexual).
- f) Se brindará apoyo tanatológico.
- g) Se atenderá y dará seguimiento al desempeño y manejo conductual, y afectivo del beneficiario.
- h) Se integrará, organizará y actualizará el expediente de los beneficiarios.
- i) Se recibirá a los familiares derivados por el área de trabajo social, a efecto de determinar su estado emocional.
- j) Se dará seguimiento de la vinculación del beneficiario con los visitantes para determinar y proponer la realización de las acciones que se estimen pertinentes.
- k) Se elaboraran informes de convivencias
- l) Se propondrá a la Junta Interdisciplinaria la derivación del beneficiario a otra institución acorde a sus necesidades de atención.
- m) Proponer a la Junta Interdisciplinaria, la reintegración del beneficiario con su visita o, en su caso, la baja voluntaria.
- n) Intervenir y dar seguimiento al proceso de reintegración familiar
- o) Se dará seguimiento y se coordinará el proceso de la terapia familiar.

IV. En todo momento:

- a) Se asesorará a cualquier persona sobre el trato adecuado que se debe otorgar al beneficiario
- b) Se asesorará a cualquier persona sobre la normatividad a seguir durante su estancia en el Centro
- c) Se orientará y asesorará a cualquier persona sobre las estrategias de mejoramiento de calidad de vida del beneficiario o, en su caso el adulto mayor.

Además de los anteriores el área de psicogerontología realiza las siguientes actividades, dirigidas a los visitantes voluntarios:

- a) Recepción de solicitudes de candidatos de visita voluntaria
- b) Realización de valoraciones psicológicas (a través de una entrevista clínica para conocer a quienes participan en el grupo de voluntarios).
- c) Emisión de informe sobre las valoraciones psicológicas y presentación de los mismos a la Junta Interdisciplinaria
- d) Acompañamiento al proceso de vinculación con el beneficiario.

Objetivo general:

- Ejecutar acciones tendientes a prevenir, elevar y mantener la calidad de vida del adulto mayor, favoreciendo su funcionalidad e independencia así como la salud mental, física, social ocupacional espiritual, en las actividades de la vida diaria e instrumentales a través de la atención y supervisión individual y/o grupal diaria.

Objetivos específicos:

- Brindar atención psicológica a los ancianos albergados del centro Gerontológico, así como aquellos que asisten al Programa de Atención de Día y Consulta Externa, con el fin de mejorar su calidad de vida a través de valoración, prevención, atención y tratamiento psicológico oportuno y adecuado.
- Atender la problemática conductual de los ancianos del Centro Gerontológico que como consecuencia de la institucionalización presentan, con el fin de equilibrar su estado emocional, así como lograr su adaptación a través de la intervención psicológica.
- Sensibilizar a familiares y/o responsables a través de entrevistas programadas con el fin de mejorar las relaciones interpersonales y en su caso, lograr la reintegración familiar.

- Determinar el perfil y las preferencias ocupacionales del Adulto Mayor para incluirse en los diferentes programas al ingresar al Centro Gerontológico.
- Estimular las capacidades psicomotrices, sensoriales y cognitivas de los Adultos Mayores a través de actividades tanto individuales como grupales para optimizar su autosuficiencia, y favorecer la continuidad además de sus actividades de la vida diaria e instrumentales, de las sociales, ocupacionales y culturales.
- Motivar al Adulto Mayor en todo momento para que participe en los programas establecidos en el Centro Gerontológico favoreciendo la integración al medio institucional y evitando el ocio. Esto se realiza en coordinación con el grupo interdisciplinario.
- Prevenir la dependencia con el fin de mantener al Adulto Mayor el mayor tiempo posible durante su estancia en el área de ambulantes, retardando su paso definitivo a crónicos, fomentando en todo momento la autonomía, reforzamiento y o reeducación en la realización de las actividades básicas cotidianas e integrándolo a actividades sociales, culturales, recreativas y ocupacionales.

1.5 Programas de Atención:

A la Población Albergada

Se contempla la atención del adulto mayor de forma integral a sus necesidades básicas de vida como son: alimentación, vivienda, acceso a servicios de protección social, mediante un manejo interdisciplinario, buscando preservar sus capacidades funcionales así como la integración social, mediante el uso de los recursos disponibles en la institución y el personal con el que se cuenta, de existir la posibilidad económica, el adulto mayor cubrirá su acceso al servicio.

Programa de Atención de Día.

Este servicio que se presta como una alternativa de convivencia para adultos mayores que buscan desarrollar actividades socioculturales, fuera del entorno

familiar, a su vez favoreciendo su estancia en el ámbito familiar y social, mediante la atención y orientación del equipo interdisciplinario, para recibir este beneficio se evalúan las capacidades del adulto mayor, el apoyo de sus redes familiares entre otros factores.

Programa de Consulta Externa

Pretende facilitar el acceso de los adultos mayores a una atención especializada en gerontología cuando estos carecen de acceso a servicios de seguridad social, mediante el seguimiento a su estado de salud por la atención de profesionales del ramo, contando con el compromiso del beneficiario y sus redes familiares.

Programa de Escuela para Hijos

Consiste en realizar actividades de gerontoprofilaxis a partir de la educación de adultos mayores, sus familias y las nuevas generaciones, con el fin de concientizar sobre el proceso de envejecimiento, para lograr la aceptación e integración de los integrantes del entorno familiar y el manejo del adulto mayor por medio de cursos, sesiones informativas, talleres y convivencias intergeneracionales.

Programa de Recursos Humanos

Favorecer la formación de especialistas médicos en el área geriátrica que contribuyan a cubrir las necesidades de atención existentes en la población mayor de 60 años, como consecuencia del crecimiento demográfico en este sector poblacional debido al aumento de la esperanza de vida y la disminución en las tasas de mortalidad presentes.

CAPITULO 2

VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

En este capítulo se hace una semblanza de la historia de la vejez; las diferencias entre vejez y envejecimiento, así como las teorías relacionadas con el envejecimiento físico, psicológico, social y cultural; las ciencias que estudian el envejecimiento y la epidemiología del envejecimiento poblacional en nuestro país.

2.1 Antecedentes históricos de la vejez

Carlos Trejo (2001) realiza un recorrido de la historia de la vejez en el mundo occidental desde la prehistoria hasta la época contemporánea.

En las épocas primitivas “el viejo” era la máxima autoridad política, social y cultural, era el motivo de orgullo para el pueblo o clan, ya que los ancianos eran los depositarios del saber, la memoria que los conectaba con el pasado. La vejez representaba la sabiduría; además quienes lograban alcanzar edades avanzadas estaban comunicados con los dioses y quienes los elegían y compensaban.

En las culturas clásicas occidentales como la Grecia Antigua, si ya no tenían este papel preponderante, si eran respetados y venerados siendo reconocidos socialmente. Pero también al considerar a la belleza como un valor, la vejez era una ofensa considerándola una tara. Sin embargo, en Grecia es donde se crean las primeras instituciones preocupadas por el cuidado de los ancianos.

En la tradición judeo-cristiana algunos ancianos llegan a tener un lugar privilegiado como es el caso de Moisés, el cual se le consideraba que tenía una misión sagrada y divina.

En la Roma Antigua, se tiene un auge y una decadencia con respecto al anciano, los viejos vuelven a retomar importancia al ser considerados nuevamente dentro de la vida política, social y cultural donde se plantean y reconocen sus derechos

humanos. Cicerón en su obra *De senectudes* ya nos habla de las recomendaciones para mejorar las condiciones de la vejez.

En la Edad Media los ancianos son vistos como desvalidos considerándolos como niños e incluso ofreciéndoles trabajos manuales.

En el Renacimiento se da un rechazo abierto a la vejez como también a todo aquello relacionado con ella y que representaba fealdad, decrepitud y decadencia.

Con la sociedad Moderna el anciano viene a enfrentarse a la burocracia en sus decisiones como dirigente siendo remplazado por las políticas del Estado y con la llegada de la industrialización el rol del anciano se ve disminuido al ya no ser considerado el anciano importante por sus conocimientos o experiencias.

El mundo contemporáneo va a traer consigo la cultura tecno-científica y la globalización lo cual viene a desplazar al anciano, envejeciendo a los pueblos y creándoles nuevas condiciones de vida por lo que tantos cambios vienen a dificultar su adaptación.

Por otro lado tenemos otras culturas orientales como la de Japón en donde los ancianos son vistos milenariamente como sabios por lo que siempre han tenido un papel relevante dentro de la sociedad y sus familias al considerarlos como integrantes de las mismas.

En el México Prehispánico se respetaba al anciano, tenía la función de preservar y comunicar las tradiciones, por lo que era reconocido por la comunidad (González, 2000). Para los aztecas, el padre de todos los dioses era Huehuetēotl (huehue: viejo, teotl: dios). Existían los consejos de ancianos (huehuetēques) los cuales se organizaban en calpullis (territorios). Los abuelos o tecuhtli eran honrados. Además de no considerárseles como una carga sino como parte esencial de la familia, tenían una autoridad ante la comunidad, se les consultaba.

Con la llegada y conquista de los españoles esto cambia al imponer su cultura. Sin embargo, en algunas comunidades rurales e indígenas de nuestro país vemos como aún existe este respeto por los ancianos.

2.2 Diferencias entre vejez y envejecimiento.

La vejez y el envejecimiento son conceptos diferentes, en tanto que la primera es la última etapa dentro del ciclo de la vida; el envejecimiento es un proceso del desarrollo del ser humano que se inicia con la concepción, continua a través del tiempo y finaliza con la muerte; ambos resultados de cambios físicos, psicológicos, sociales y ambientales.

Para Gunt (en Baltazar y Rodríguez, 1999) del Instituto Nacional del Envejecimiento de los Estados Unidos, el envejecimiento es la disminución esencialmente irreversible de las capacidades del organismo o alguna de sus partes para adaptarse a su entorno, manifestado por una disminución de sus capacidades para hacer frente a su estrés culminando con la muerte del organismo.

Papalia et al (2012) señala que algunos gerontólogos distinguen entre un envejecimiento primario que es gradual e inevitable que comienza en el inicio de la vida y continua a lo largo de los años; y el envejecimiento secundario que es el resultado de la enfermedad, abuso y desuso, factores que pueden ser controlados para tener un mejor envejecimiento.

Por su parte Birren (1980, en Muñoz, 2002) comenta que el envejecimiento es un proceso que comienza con la concepción del ser, prosigue toda la vida y termina con la muerte. Esta evolución implica un cambio regular que se produce en todos los organismos peculiares que viven en medios representativos.

Muñoz (2002) refiere que existe un envejecimiento normal en el individuo cuando se aprecian deficiencias en el organismo y decrementos en la capacidad para resolver problemas que no son consecuencia directa de patologías, es decir; que todos los sistemas sensoriales y cognitivos tienden a sufrir una degradación. Para este autor el envejecimiento patológico es cuando nos referimos a una concepción biomédica señalando que con la edad aparecen en el individuo enfermedades crónicas; y que existen factores de riesgo y de enfermedades que modulan el proceso de envejecimiento a lo largo de la vida.

En (Peña et al, 2009) se comenta que desde el envejecimiento biológico existen modelos que indican que la vejez es una época inactiva de desgaste físico e intelectual; desde la gerontología y la psicología existe un modelo deficitario que refiere que lo que caracteriza al envejecimiento son las pérdidas; un modelo contextual donde la eficacia de la conducta depende de las oportunidades y exigencias que la sociedad proporciona a los sujetos de ejercitar determinadas conductas; y un modelo evolucionista que menciona que los viejos existen porque cumplen o han cumplido alguna función que ha contribuido con la supervivencia de la especie.

Por ello el envejecimiento está determinado por dos grandes vertientes: por un lado se encuentra la longevidad fijada por la programación genética de cada individuo y, por el otro, la expectativa de vida, que se refiere a la posibilidad de años que puede vivirse a partir del nacimiento, lo cual está relacionado con diversos factores externos, pero íntimamente asociado con el micro y macroambiente.

Para Feldman (2009), la decadencia física está relacionada con las teorías de la programación genética y la teoría del desgaste.

El envejecimiento saludable y activo señalan (Rodríguez et al, 2010) abarca los siguientes componentes: duración de la vida, salud biológica, eficacia cognitiva, competencia social y productividad, control personal y satisfacción en la vida.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), "el envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen" señalan Camacho et al (2007) del Instituto Nacional de Geriátrica de México en su Programa de Envejecimiento Activo (p.394).

Por su parte Rowe y Kahn (1987, en Pruchno et al, 2010), definen el envejecimiento exitoso como un constructo multidimensional que tiene dimensiones objetivas y subjetivas, el cual está conformado por tres componentes:

baja probabilidad de padecer enfermedad o invalidez, alto funcionamiento físico y mental y un compromiso activo con la vida.

El envejecimiento para Sánchez-Rodríguez (2003, en Delgado, 2013) “es un proceso gradual y adaptativo caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos biológicos, psicológicos, ambientales y sociales que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo.”(p.5)

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la vejez sería la de aquellos individuos que cuentan con 60 años o más para los países subdesarrollados y de 65 años y más para los países desarrollados.

Burnside et al (1979, en Baltazar y Rodríguez, 1999) hacen una clasificación de la vejez por décadas:

- **anciano joven** (60-69 años).
- **anciano de edad intermedia** (70-79 años).
- **anciano viejo** (80-89 años).
- **anciano muy viejo** (90-99 años).

Por su parte Gamietea (1985, en Baltazar y Rodríguez, 1999) hace su clasificación de la vejez por quinquenios:

- **presenescencia** (60-65 años).
- **senescencia temprana** (65-70 años).
- **senescencia** (70-80 años).
- **senescencia tardía** (80-90).
- **años de postsenescencia** 90 años en adelante.

Para (González, 2000) la vejez es considerada desde cuatro puntos de vista:

- **cronológica**, tiene relación con los años vividos (entre 60 y 65 años se marca la vejez).

- **físico-biológica**, dependerá del reloj biológico, de la alimentación y del ejercicio, los cambios son de naturaleza biológica pero tienen efecto en la esfera psicológica y del comportamiento personal.
- **psicoafectiva**, la imagen de su apariencia personal corporal y aceptar la vejez dependerá de la actitud positiva o negativa que se tenga del envejecimiento.
- **edad social** tiene relación con papeles que se desarrollan dentro de la sociedad.

Por su parte Pochettino (2004), señala que existen desacuerdos entre las edades señaladas por la psicología evolutiva y la psicología del desarrollo. Para la primera la presenectud va de los 55 a 70 años y la senectud o adultez tardía de los 70 en adelante, entre tanto para la psicología del desarrollo la adultez tardía se da desde los 60 años en adelante.

Para Fernández-Ballesteros (1999), existen tres tipos o formas de envejecimiento: vejez normal, la vejez patológica y la vejez con éxito.

- **vejez normal** es aquella que cursa sin patologías físicas o psicológicas inhabilitantes.
- **vejez patológica** sería el resultado de un organismo quebrantado por la enfermedad y la discapacidad.
- **vejez con éxito** es aquella en donde existe baja probabilidad de enfermar y de discapacidad asociada a un alto funcionamiento cognitivo y capacidad funcional y compromiso con la vida, por lo que sería una vejez competente.

Comenta Peter (2004), que a la vejez hay que verla más allá y trascender el plano de las enfermedades y de los achaques de esta etapa, lo cual la vuelve temida y estropea la vida. Y que la vejez es el estado que mejor revela la insuficiencia y la consistencia del ser del hombre. El adulto mayor ha alcanzado su término, aunque éste, su culmen, coincide paradójicamente con el final de su vida.

Zetina (1999, en Delgado, 2012) identifica a la vejez desde varios enfoques dependiendo del área que lo caracteriza:

- **enfoque biológico**, relacionado con el deterioro del funcionamiento orgánico. Este enfoque incluye el envejecimiento primario, con su factor hereditario, y el envejecimiento secundario relacionado a la disminución o falta de capacidades debido a los traumas y enfermedades.
- **el enfoque demográfico**, caracterizado por los grupos de edad o cohortes.
- **el enfoque socioeconómico**, relativo a su situación económica y de cómo sus ingresos influyen en pertenencias, sus roles y posiciones sociales.
- **enfoque socio-familiar**, relativo al tipo de familia que pertenece ya sea que pertenezca a una familia tradicional consanguínea o a una familia nuclear.
- **un enfoque psicológico y de desarrollo humano**, donde la vejez está relacionada con una crisis existencial entre sus aspiraciones de crecimiento y madurez y el deterioro en su condición biológica y social debido a los años transcurridos.

De acuerdo a Gatti (2012) existen tres tipos de edades en el ser humano:

- **Edad biológica:** Es la referente a la posición presente y expectativas respecto a su duración potencial en años que le quedan de vida biológica de acuerdo a la funcionalidad de su organismo.
- **Edad psicológica:** Tiene que ver con la capacidad del individuo para adaptarse a su entorno y los distintos cambios que se le presentan de acuerdo a su madurez
- **Edad social:** Son los roles y hábitos sociales que el individuo es capaz de asumir con respecto a su grupo social y este con el mismo.

Tanto la vejez como el envejecimiento van a estar determinados por factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales, y dependiendo de ello una teoría que lo fundamenta. Sin embargo, un solo factor no puede ser determinante del tan complejo proceso del envejecimiento.

2.3 Teorías del envejecimiento.

Dichas teorías del envejecimiento tratan de explicar desde varios puntos de vista o enfoques como se da dicho proceso de envejecimiento. Por una parte existe un envejecimiento normal o natural por el que atraviesan todos los seres vivos en el cual hay un declive de las capacidades y funciones del organismo; pero también podemos tener un envejecimiento patológico, el cual corresponde a un mal uso y manejo de nuestro cuerpo que se manifiesta a través de limitaciones en su funcionalidad o en enfermedades.

Las teorías del envejecimiento podemos clasificarlas en tres grandes enfoques: biológicas, psicológicas y sociológicas de acuerdo a (Fernández-Ballesteros, 2000; Schale y Willis, 2003, en Contreras, 2012).

Teorías Biológicas:

Estas teorías tratan de explicar el envejecimiento a través de los cambios físicos y del funcionamiento que se dan en el organismo. Dentro de estas teorías relacionadas con lo biológico o cambios físicos tenemos las que hacen referencia a la genética o las que están relacionadas con el declive de las funciones por el uso de estas o la aparición de enfermedades (Papalia et al, 2012; Feldman, 2009)

- Teoría del envejecimiento programado.

Sostiene que el envejecimiento se va a dar de acuerdo a un patrón determinado y congénito; pero también que existen genes que se vuelven nocivos ocasionando el deterioro. Señala que las células humanas se reproducen hasta cierta edad pero también que algunas células se vuelven dañinas.

- Teoría del desgaste.

Refiere que el organismo envejece a causa del uso continuo llegando al deterioro. Sugiere que las funciones del cuerpo dejan de trabajar con eficiencia y se sobre desgasta.

Existen diferentes teorías relativas al envejecimiento biológico o senescencia de acuerdo a Gatti (2012):

- **Teoría de la herencia:** El ciclo vital es determinado por características genéticas a lo largo de las generaciones.
- **Teoría del envejecimiento celular:** el envejecimiento está programado por la capacidad de las células para reproducirse.
- **Teoría de los desechos o escoria metabólica:** el envejecimiento es ocasionado por la acumulación de desechos en las células del cuerpo.
- **Teoría de la autoinmunidad:** El sistema inmunológico del cuerpo rechaza sus propios tejidos llevándolo a la autodestrucción.
- **Teoría del desequilibrio homeostático:** Existe una incapacidad el cuerpo para mantener su propio equilibrio fisiológico vital.
- **Teoría de la mutación:** Las células corporales desarrollan mutaciones, las cuales se incrementan con la edad, y al ser dañinas son ineficientes.
- **Teoría del error:** Existe errores en la producción de ARN (ácido ribonucleico) que afectan la síntesis de las enzimas produciendo la muerte celular.

Estas teorías por si solas no pueden dar respuesta al proceso del envejecimiento ya que intervienen otros factores que no solo son internos o hereditarios sino que tienen que ver con el exterior desde donde también se ve influenciado el organismo.

Teorías Psicológicas:

Estas teorías están basadas en los cambios cognitivos, emocionales y de personalidad que se dan durante el desarrollo del individuo y en donde la edad puede ser o no un factor relevante en dichas variaciones como también lo es el ambiente o entorno.

➤ Teorías del Desarrollo:

Señalan que el desarrollo de los individuos se da a través de etapas o estadios a lo largo de la vida. Dichos estudios están enfocadas a los primeros años de vida del individuo hasta la adolescencia como la de Piaget o una visión evolutiva como la de Erikson que abarca desde el nacimiento hasta la muerte (Fernández-Ballesteros, 2000). Se trata de un proceso evolutivo basado en una secuencia de hechos biológicos, psicológicos y sociales.

Erikson con su teoría psicosocial plantea ocho fases que se dan a lo largo de la vida siendo la última correspondiente a la integridad frente a la desesperación y que corresponde a la adultez tardía. Donde el comportamiento de la adultez tardía es el resultado de la forma en que se enfrentaron las crisis anteriores, y que a través de la sabiduría podrá solucionar o enfrentar esos problemas que la desesperanza conlleva.

➤ Enfoque del ciclo vital:

Para Neugarten el ciclo de la vida se basa en los eventos que suponen una transición o cambio y los roles que el mismo individuo asume los que generaran cambios en su propia identidad. Otros representantes de esta teoría son Baltes y Schaie quienes se enfocan en estudios longitudinales.

De acuerdo a Baltes (1987, en Fernández-Ballesteros, 2000) el ciclo vital va a estar dado por varios supuestos: un balance entre el crecimiento y el declive; existen funciones psicológicas que declinan con la edad y otros no; se incrementa la diferencia entre los individuos; existe una capacidad de reserva y la interindividualidad dará como resultado un envejecimiento normal, patológico o exitoso.

Teorías Sociológicas:

Estas teorías tienen relación con participación o no del individuo dentro de la sociedad. Ya que algunos hechos que impactan la vida del adulto tardío están en

relación con su jubilación, la falta de actividades recreativas y la disminución de la interacción social y el temor de la pérdida de los seres queridos (Rodríguez, 2010).

Para Papalia et al (2009) las dos teorías relacionados con el campo social son la teoría de la actividad y la teoría del retiro, las cuales van a tener una relación directa con una vejez exitosa.

➤ Teoría de la actividad

Es la primer teoría (Havinghurst y Albrecht, 1953) y se fundamenta en la importancia que se le daban a los roles de los individuos; señala que cuanto más activas permanezcan las personas de edad adulta, mejor envejecen actuando como antes manteniendo sus actividades encontrando sustitutos para las actividades debido a la jubilación o a la muerte del cónyuge o de amigos; proponen esta teoría como una alternativa a la teoría de la desvinculación. Las actividades sociales son más importantes para el individuo y no la actividad por sí misma.

Para Feldman (2009) las personas de la tercera edad que envejecen más favorablemente son las que mantienen los intereses y las actividades realizadas durante su edad adulta intermedia.

➤ Teoría de la desvinculación o teoría del retiro

Sus creadores (Cummings y Henry, 1961) consideran al envejecimiento como un proceso de alejamiento mutuo. Por un lado las personas se alejan voluntariamente de las actividades y compromisos, y por la otra es la misma sociedad la que fomenta y presiona para que las personas se retiren y mantengan con ello su moral en alto. Sostiene que el individuo a medida que avanza en su vejez muestra una falta de interés vital por las actividades y objetos de su entorno, lo cual lo va alejando y distanciando de los grupos a los que pertenece.

Feldman (2009) señala que durante el envejecimiento se da un aislamiento gradual del mundo tanto físico como psicológico y social.

➤ Teoría de la continuidad

Considerada como otra de las teorías sociológicas del envejecimiento, la cual fue propuesta por Atchley (1971), destaca que no hay una ruptura entre la edad adulta y la vejez sino algunos cambios menores durante la adaptación a la vejez, pero que existe una continuidad y estabilidad entre las dos etapas, la cual viene a servir de base para las teorías del desarrollo y del ciclo de vida (Ortiz, 2006).

➤ Teoría de la subcultura

Postula que las personas mayores tienden mayores pérdidas afectivas relativas a sus familiares que los jóvenes lo cual los lleva a aislamiento y a la soledad, siendo este grupo más potente que la cultura relacionada con el género o clase social.

➤ Teoría de la modernización

Refiere que el estatus social de los individuos esta correlacionado con el grado de industrialización de la sociedad en que se encuentren. Estableciendo que la posición social de las personas mayores es inversamente proporcional al grado de industrialización.

➤ Teoría de la desigualdad acumulada

Ferraro (2007, Ferraro et al, 2009), considera que el envejecimiento está determinado por factores biológicos, sociales, culturales e históricos desde el inicio de la vida y durante su curso, siendo la atención familiar una fuente de desigualdad y las exposiciones al riesgo. Pero que sin embargo, dichas injusticias se pueden modificar por los recursos disponibles y las experiencias percibas.

Teorías Culturales:

Una cuarta teoría del envejecimiento es la relacionada con la antropología, la cual se basa en la relación sistemática entre la cultura y el envejecimiento. Las cuales consideran que la vejez debe ser explicada en relación con el tipo de hábitos, costumbres, creencias de una sociedad. De ahí que existan diferencias entre los

adultos mayores que pertenecen ya sea a una subcultura rural o urbana (García y Sánchez, 1998).

2.4 Ciencias relacionadas con el envejecimiento: Gerontología. Geriatria, Psicogerontología y Psicogeriatría.

Con el desarrollo de la ciencia a inicios del siglo XX y el interés por las áreas de la salud y la enfermedad así como por el envejecimiento y la vejez hacen su aparición las ciencias relacionadas con el proceso del envejecimiento directamente: la Gerontología, la Geriatria y la Psicogerontología y Psicogeriatría, las cuales van a profundizar en estas campos.

Metchnikoff en 1903 acuñó el término Gerontología, del griego geronto = anciano y logos = estudio, para referirse a la ciencia que estudia el proceso y los problemas asociados al envejecimiento. Para Sánchez (2000), la Gerontología es una ciencia interdisciplinaria que estudia a la vejez, el envejecimiento y las personas viejas desde dos aspectos: como la vejez afecta al individuo, y cómo la población anciana modifica a la sociedad.

Por su parte Leo Nasher en 1909 señala a la Geriatria; del griego gerón = vejez y tría = curación, como la rama de la medicina interna que estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades de la vejez, y su tratamiento tanto en el ámbito familiar como en el institucional (Miguel y Ortiz, 2006).

De acuerdo a González Aragón (1994, en Asili et al, 1995) la Gerontología se divide en cuatro ramas: Biología del envejecimiento, Geriatria; Psicogerontología y Gerontología social.

La Biología del envejecimiento, se encarga del estudio en los laboratorios de las causas internas del proceso de envejecimiento.

Geriatria es la rama de la gerontología y de la medicina que estudia los procesos patológicos que afectan a las personas de edad avanzada.

La Psicogerontología estudia los cambios psíquicos que trae consigo la involución física de organismos; aquello que viene de la declinación en las capacidades de actividad y recreatividad que originan el carácter tan especial de los viejos con tendencia franca a la depresión y a las actitudes negativas, que a su vez, se convertirán en factores acelerados de envejecimiento.

La Gerontología Social, se ocupa del lugar y la participación del viejo en la sociedad en que vive; el medio ambiente en el que interactúa y se desarrolla. En este campo el viejo es visto en su conjunto y no de manera individual.

La psicogeriatría es la rama de la psiquiatría que se dedica al estudio de los problemas mentales y manifestaciones del adulto envejecido y de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes padecidas por los ancianos; tanto de su prevención como de su tratamiento define Valdés (1997).

Por su parte Cruz (1996) de acuerdo al Glosario Internacional de Gerontología Social de la Federación Internacional de la Ancianidad, hace una descripción de las diferentes ramas de la gerontología:

Gerontología social, es el estudio acerca del modo de adaptación de las personas a su entorno según envejecen, o sea, estudia las implicaciones socioculturales y demográficas del envejecimiento y la vejez.

Gerontología biológica, estudia el envejecimiento a nivel orgánico.

Gerontología psicológica o Psicogerontología, estudia la relación entre el envejecimiento, la personalidad y el comportamiento.

Gerontología educativa o gerogogía, estudia las posibilidades e implicaciones del proceso enseñanza-aprendizaje a medida que se envejece.

Gerontología laboral, estudia las relaciones entre envejecimiento, la vejez y el trabajo.

Gerontología médica o geriatría, estudia la prevención y la curación de las enfermedades que pueden manifestarse en la vejez.

La psicología del envejecimiento es la ciencia que estudia el comportamiento y los procesos mentales de las personas mayores; no solas abarcando el campo de análisis, sino también el de la intervención, al señalar las acciones que se deben de tomar para cubrir las necesidades del individuo durante el proceso de envejecimiento (Muñoz, 2002).

Con esto vemos que ya tenemos más de un siglo tratando de entender y comprender como ocurre este proceso de envejecimiento que se da de manera inevitable e irreversible y de manera individual en el que influyen factores internos como lo es la herencia pero también externos relacionados con el medio ambiente, estilo de vida y los valores sociales. De ahí que establecer una edad en la vejez como inicio de la misma tiene sus inconvenientes al estereotipar al individuo como adulto tardío.

2.5 Epidemiología del envejecimiento

En el siglo XX las sociedades el mundo padecieron el envejecimiento de su población de una manera rápida e increíble sobre todo en los países desarrollados pero tras ellos la están viviendo los países en vías de desarrollo, entre las que se encuentra México, pero con mayores carencias y limitaciones para atender a esas personas mayores al no estar preparados, generándose problemas de salud, económicos, sociales y políticos.

Papalia et al (2012) señala que para el 2040 habrá en el mundo 1.3 billones de personas de 65 años de edad en adelante y que el grupo que más crece es la constituida por las personas de 80 años y más.

Alcanzar a vivir más años fue un logro pero también el enfrentarse ahora a nuevos problemas de manera personal como para la sociedad. Dicha transformación demográfica estuvo generada durante este tiempo por los grandes avances en la tecnología y en la ciencia en el área de la salud con lo cual se ha promovido una mayor esperanza de vida, disminución de la mortalidad y una baja fecundidad.

En México en 1930 la esperanza de vida era de 34 años y para el 2005 aumentó en más de 70 años declara el Instituto de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2005). Para el 2009 fue de 75.3 años; siendo de 77.6 para las mujeres y de 72.9 para los varones reportó el Consejo Nacional de la Población (CONAPO, 2004), por lo que continua la modificación piramidal poblacional. Así mismo, de acuerdo a la proyección de la CONAPO, señala que en 2004 había cerca de 7.9 millones de adultos de más de 60 años que representaba el 7.5% del total de la población, para 2010 habría 9.9 millones (8.9%), 15 millones en 2020 (12.5%), 22 millones en 2030 (17.5%) y para 2050, 36.5 millones (28%) (INEGI, 2005; González-Celis, 2011).

Señala Zúñiga (2012), que en 1950 la población mundial de personas mayores de 60 años era de 200 millones. Para el 2000 alcanzó 600 millones y se estima que en 2050 serán 2 mil millones; en América Latina se espera que dicha población mayor de 60 años alcance los 136 millones lo que viene a ser un 17% de la población.

Por su parte el Comité de las Naciones Unidas para el Desarrollo del Plan de Acción sobre el Envejecimiento reporta valores similares, los adultos mayores de 60 años pasaron de 5.7 millones en 1995 a 6.8 millones en el 2000, y que para el 2010 será de 9.8 millones y se espera que para el 2020 habrá 15.6 millones de personas mayores (INAPAM, 2010).

Este proceso de envejecimiento en la población ha traído un cambio en la epidemiología de la salud y la enfermedad en donde las enfermedades no transmisibles y las alteraciones mentales son evidentes: el incremento de enfermedades crónicas y medidas paliativas han disminuido la mortalidad pero también han incrementado la prevalencia de la discapacidad (artritis, incontinencia, pobre visión) es más alto que en los hombres por lo que su expectativa de vida saludable es menor aunque vivan más años (INAPAM, 2010).

Menciona la Secretaria de Salud, que las Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNT) como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares y cerebro-vasculares, la hipertensión arterial, el cáncer y los problemas auriculares

en los adultos mayores aumentarán afectando con ello la esperanza y la calidad de vida. Entre las principales causas de muerte –en el año 2000 y 2006- en los adultos están la diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebro vascular, enfermedades obstructivas crónicas y las hipertensivas. Se ha observado una mayor prevalencia de deterioro cognitivo en mujeres (11%) que en hombres (6%), el cual está relacionado directamente con la funcionalidad y la autonomía de las personas (INAPAM, 2010).

En el 2005 se realizó una investigación con poblaciones de 60 años y más en Yucatán (Mérida) y Distrito Federal por parte del Proyecto Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) encontrándose lo siguiente con respecto a la ciudad de México: envejecimiento promedio (65 a 74 años), envejecimiento feminizado, mayor analfabetismo, más adultos que viven solos, el estado de salud autopercibido es menor. Y en relación al propio D.F.: de 60 a 64 años existen más hombres que mujeres lo que se invierte después de los 70 años, con respecto a la autopercepción del estado de salud independientemente del género lo considero regular, con respecto al estado de ánimo (depresión) y deterioro cognitivo mayor frecuencia en el género femenino esto también se repite con respecto al deterioro de las (AVD) actividades de la vida diaria y (AIVD) actividades instrumentales de la vida diaria (INAPAM, 2010).

En otro estudio realizado por el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el D.F., entre 2005 y 2007 con personas mayores de 70 años se encontró que existe una feminización del envejecimiento y que el hombre tiene una mayor funcionalidad con respecto a la mujer para realizar tanto actividades de la vida diaria como las instrumentales; en el estado psicoafectivo los hombres tienen un mejor estado anímico y con respecto al deterioro cognitivo las mujeres se ven afectadas (IAAMDF, 2010).

México tendrá “más viejos” que niños; en la actualidad la vejez tiene un rostro femenino al contar con 110 mujeres por cada 100 hombres de 60 a 64 años y la cual se eleva a 120 por cada 100 entre los 75 y 79 años.

Este proceso de envejecimiento se ha dado de manera más rápida en los países en desarrollo que como sucedió en los países desarrollados.

En el caso de nuestro país no es la excepción, lo cual se agrava por la situación socioeconómica que vivimos. En el censo del año 2000 realizado por el INEGI se reportó que la población mayor de 60 años era de 7.24%; en 2005 de 8.02% y en 2010 subió a 9.4% y se estima que para el 2030 llegue a 17.5% y para el 2050 al 28% (Zuñiga, 2013).

CAPITULO 3

ADULTEZ TARDIA

Este capítulo menciona que es la adultez tardía así como los cambios o características físicas, cognitivas, de personalidad y sociales que se han dado a lo largo de la vida del individuo hasta convertirse un adulto tardío; y algunas de las enfermedades más frecuentes en su esfera física y/o psicológica. Así mismo se define lo que es la calidad de vida y sus características en el adulto tardío y los instrumentos que se utilizan para medir la calidad de vida en esta población.

Los adultos mayores o viejos o ancianos siempre han existido, a través de la historia o de relatos podemos dar cuenta de ello, lo que ha cambiado es el incremento de dicha población y el cual continúa en ascenso, así como la consideración que se les tiene y las circunstancias en que viven actualmente.

La adultez tardía es un término que podemos considerar sinónimo de vejez o ancianidad por lo que tiene diferentes significados dependiendo de la cultura y sociedad de que estemos hablando pero que a lo largo de la historia ha venido cambiando; por lo que su comprensión se complica.

Características del adulto tardío:

No vamos a encontrar un prototipo del adulto tardío que represente a todas las personas mayores, ya que existen diferencias entre estos porque el envejecimiento se da de manera individual. Pero si podemos considerar características generales y representativas para abordarlo de manera integral. Estas características van a estar determinados por factores tanto internos como externos. Dentro de los primeros vamos a tener los cambios físicos o biológicos que se dan en el propio cuerpo con el transcurrir del tiempo, y con respecto a los segundos la manera de hacer frente y responder a su entorno o ambiente y a los demás de acuerdo a su personalidad.

3.1 Concepto de Adulthood Tardía

La adultez tardía va a tener varios significados dependiendo de cómo sean vistos o considerados los ancianos, si son útiles e inútiles; del papel activo o pasivo que tengan dentro de la sociedad, de si se encuentran sanos o enfermos; si son vistos como personas con experiencia y sabiduría o son solo una carga al ser improductivos. Como también, la autopercepción o imagen que tengan de sí mismos va a ser fundamental.

Refiere Fernández-Ballesteros (2000, en Contreras 2012) que la adultez tardía es la última etapa de la vida de un individuo y relacionada con una condición y transcurso del tiempo, lo que viene a ser su edad.

Así mismo, (Fernández-Ballesteros, 1999), refiere que la vejez no está asociada necesariamente a la edad sino a otros factores como perder la ilusión por la vida o el deterioro físico y mental y que es la última etapa de la vida; desde un punto de vista socioeconómico sería la etapa de la vida que (en países desarrollados) empieza con la jubilación o el retiro de las funciones laborales, pero que este enfoque es insuficiente ya que solo contempla lo social.

Requejo (2007) propone que para la teoría del desarrollo humano existen tres etapas de la adultez señala la edad adulta temprana (entre los 20-45 años); la edad adulta intermedia (de los 45 hasta los 65 años) y finalmente la edad adulta tardía (después de los 65 años), en donde esta etapa coincide legalmente con retirarse de la vida activa.

En general en la edad adulta se mantiene un gran potencial para el desarrollo intelectual, emocional y físico señala Papalia et al (2012). Siendo para este autor la edad adulta temprana entre los 20 y los 40 años; la edad adulta intermedia entre los 40 y 65 años y la edad adulta tardía de los 65 años en adelante. Considerando a esta última un periodo normal del intervalo de la vida con características especiales en su desarrollo y oportunidades para el crecimiento psicológico.

Para Papalia (2005, en Olaechea, 2012), la adultez es el estado o periodo en que se ha alcanzado la madurez física y psicológica, siendo sus etapas. Adultez temprana, desde los 20 hasta los 39 años, adultez intermedia, entre 40 y 65 años y adultez tardía, entre los 66 y 75 años aproximadamente.

También para Gatti (2012) la adultez tardía comienza a los 65 años y se caracteriza por un declive gradual de todos sistemas corporales.

La vejez o adultez tardía para Erikson (en Alba, 1992), es la edad en que se llega, a la vez, a la sensatez por el cúmulo de experiencias que se tuvieron a lo largo de la vida y a la desesperación por la cercanía que se tiene con la muerte. Por lo que la madurez sería tener la capacidad o sensatez de sobreponerse a la desesperación.

3.2 Características físicas

Durante el proceso del envejecimiento los cambios físicos son inevitables e incluso se irán incrementando con el paso de los años y así el deterioro del cuerpo y la aparición problemas de salud o enfermedades, las cuales están determinadas por cuatro principales factores de acuerdo a Latorre (1992, en Sánchez, 2009): estilo de vida (51%); herencia (20%); ambientales (19%); y servicios de cuidados de salud (10%).

Pero también para evitar o retrasar este envejecimiento nocivo debemos de tomar parte activa a través de prácticas preventivas influyendo sobre estos factores que nos dañan para favorecer la calidad de vida de los individuos promoviendo su autonomía y funcionalidad; y que el envejecimiento se deba solo al proceso natural del mismo y no a la intervención de otros factores.

Las características físicas del envejecimiento son las que vamos a detectar a primera vista y las que nos hacen pensar que se trata de un adulto tardío porque estos cambios son notables y evidentes tanto en nosotros mismos como en los demás, los cuales venimos observando o detectando a lo largo de los años. Dichos cambios se presentan en la apariencia o visibilidad, en la estructura de los

órganos y su funcionalidad, los cuales se agudizan en esta etapa de adultez tardía.

Delgado (2012) y Sánchez (2009) señalan los cambios que se van a presentar en los diferentes aparatos y sistemas incluyendo los órganos de los sentidos, los cuales son:

Cambios en el Sistema Nervioso Central y Autónomo

Morfológicos:

- Cerebro disminuye de tamaño y peso
- Encéfalo estable hasta los 50 años para ir disminuyendo a razón de 2% por década
- Hipocampo, la corteza prefrontal dorsolateral y partes del cerebelo, con mayor atrofia
- Adelgazamiento de las circunvoluciones cerebrales, en particular las frontales y las parietales
- Pérdida de neuronas y cambios intracelulares
- Diversas lesiones anatómicas guardan una alta correlación con la demencia senil
- Alteraciones dendríticas relevantes

Funcionales:

- Concentraciones menores de neurotransmisores
- Disminución del tono muscular
- Enlentecimiento generalizado de los movimientos
- Disminución del tiempo de conducción nerviosa
- Dificultad para realizar movimientos coordinados o de alternancia rápida.
- Falta de precisión
- Disminución generalizada de la sensibilidad (térmica, dolorosa, auditiva, etc.)
- Temblor senil

Cambios en el Sistema Locomotor (músculo esquelético)

Articulaciones:

- Cambios macroscópicos a nivel del cartílago articular. Así, se observa fibrosis local periférica; pérdida de elasticidad y artrosis en el 80% de los mayores de 55 años.
- Articulaciones vertebrales sufren una serie de cambios a nivel del disco intervertebral con transformaciones físicas: se vuelve más duro, consistente y delgado, lo que a su vez origina disminución de la estructura pues $\frac{1}{4}$ parte de la longitud de la columna vertebral es discal, disminuye la flexibilidad.
- Articulaciones de los miembros inferiores 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 cabeza de fémur y cadera en la ancianidad.
- 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 plantar se desequilibran dando lugar a la aparición de callosidades y a la dificultad en el equilibrio corporal, la alineación y la marcha.

Huesos:

- Pérdida de masa ósea causando la disminución del peso del esqueleto con la edad.
- Osteoporosis.
- Las mujeres pierden en 30 años el 25% (700 gr. de los 3000) de su esqueleto; los hombres el 12% (450 gr. de los 4000).
- Las alteraciones osteoarticulares modifican la silueta: disminuye la estatura 1cm/10 años, cambios en la curvatura de la columna y en los planos corporales; desplazamiento del centro de gravedad del ombligo a la sínfisis del pubis; flexión de caderas y rodillas; inclinación de la cabeza.

- Músculos
- Descenso en el número de fibras musculares.
- Aumento extracelular de grasa
- 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 Respiratorio

Morfológicos:

- 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.
- Se reduce la adaptabilidad de la pared torácica y el pulmón se vuelve más rígido.
- Atrofia de la paredes alveolares y reducción en el número de alvéolos.

Funcionales:

- Disminución de la función respiratoria, sustituyendo la respiración torácica por respiración abdominal.
- Llenado parcial de los pulmones aun en situaciones de reposo aunque no cambia la capacidad pulmonar total.
- La cantidad máxima de oxígeno se reduce
- La reducción de la fuerza de los músculos respiratorios puede originar complicaciones mecánicas e infecciosas

Cambios en el Sistema Cardiovascular

Morfológicos:

- El corazón sufre un proceso de atrofia y esclerosis
- La elasticidad de los vasos sanguíneos se reduce.
- La aorta aumenta su calibre y volumen comportándose como un tubo rígido.
- Engrosamiento y rigidez de las válvulas cardíacas.

- Mayor rigidez en las paredes arteriales

Funcionales:

- Disminución del gasto cardíaco (1 año en respuesta al estrés o ejercicio, o edad a los 70 años es 25% inferior que a los 20).
- Disminución de la frecuencia cardíaca en respuesta al estrés o ejercicio.
- Disminución del flujo sanguíneo coronario.
- Aumento de la duración de la contracción ventricular.
- Disminución del tono vasomotor.
- Aumento de la presión arterial, mayor en la sistólica.

Cambios en el Sistema Renal

Morfológicos:

- Pérdida e hipertrofia de nefronas.
- Disminución del peso del riñón.

Funcionales:

- La tasa de filtración disminuye.
- El flujo plasmático renal también va disminuyendo
- La reabsorción de glucosa desciende.
- Menor capacidad para reabsorber sodio.
- Menor capacidad de excreción.
- Disminución moderada en la capacidad de concentración de la orina.

Cambios en el Sistema Gastrointestinal

Morfológicos:

- Disminución de la producción de saliva, erosión de dentina esmalte y retracción de la encía.
- Atrofia en la mucosa gástrica.
- Aumento de tejido conectivo en el intestino grueso, hipertrofia de la mucosa muscular

- Descenso del tamaño hepático.
- Pérdida de tejido funcional del páncreas que puede enmascarse por un aumento de tejido graso.

Funcionales:

- En personas muy ancianas se ha detectado reducción en la amplitud de las contracciones esofágicas.
- Disminución del tono muscular intestinal.
- La incontinencia fecal aumenta con la edad por la disminución del tono del esfínter y heces semilíquidas.
- La secreción de ácido gástrico desciende.
- Puede haber propensión a reacciones farmacológicas adversas debido al deterioro de la función enzimática hepática.
- Los mecanismos de estabilización y absorción de colesterol son menos.

Cambios en las estructuras del Sistema Endocrino

Gónadas: Atrofia gradual.

Tiroides: Atrofia celular que interfiere en el proceso de oxidación de tejidos.

Páncreas: Cambio en el mecanismo de producción de insulina.

Disminución gradual en la tolerancia a la glucosa.

Cambios en la velocidad de respuesta de los mecanismos anteriores.

Hipófisis: en la glándula parece ser estable hasta la edad de 80-100 años.

Suprarrenales: Insuficiencia de función suprarrenal, astenia, digestión difícil.

Paratiroides: si hay hipo o hiperfunción, se altera la fisiología del tejido óseo.

Cambios en el Sistema Inmunológico

- En general hay una respuesta reducida frente a los estímulos antigénicos, los anticuerpos naturales disminuyen, por lo que su respuesta es menor, provocando una propensión a las infecciones.

Cambios en el Sistema Tegumentario (Piel, Pelo y Uñas)

Piel:

- Adelgazamiento de las capas celulares de la epidermis.
- Reproducción celular más lenta.
- Disminución de la función fotoprotectora.
- Dermis adelgazada
- Aumento de la fragilidad vascular.
- Reducción del número de capilares dando lugar a la palidez cutánea y dificultando los procesos de cicatrización.
- Arrugas y flojedad, por pérdida en la elastina y la rigidez del colágeno.
- Pérdida de grasa subcutánea.
- Las glándulas sudoríparas disminuyen en tamaño, número y función contribuyendo a la sequedad de la piel y a una disminución funcional de la termorregulación.
- Disminución de la secreción de las glándulas sebáceas.

Pelo:

- Disminución en el diámetro del pelo que emerge de la piel.
- Disminución de la velocidad de crecimiento.
- Disminución de producción de melanina (canas)

Uñas:

- Disminución de la velocidad de crecimiento.
- Reducción vascular al lecho ungueal dando lugar a uñas mates, quebradizas, duras y gruesas.

Cambios en el Sistema Genital

Morfológicos:

En el hombre:

- El pene y los testículos disminuyen su tamaño.
- Los túbulos seminíferos de los testículos se engrosan
- Hipertrofia prostática.

En la mujer:

- El monte de Venus pierde grasa.
- Los labios mayores y los menores se adelgazan
- La vagina se adelgaza y pierde elasticidad.
- Hipertrofia uterina.

Funcionales:

En el hombre

- Declinación en los niveles de testosterona.
- Erección más lenta
- Elevación testicular moderada.
- Disminución en cantidad, calidad y fuerza de expulsión de semen

En la mujer:

- Deficiencia estrogénica.
- Cambio de PH vaginal.
- Secreción vaginal escasa.
- Menopausia.

En ambos sexos:

- Las glándulas mamarias adquieren una apariencia pendular y consistencia blanda.
- La piel de todo el cuerpo se atrofia perdiendo humedad y elasticidad.

- Pérdida de vello pubiano.
- Cambio en la forma del cuerpo.

Cambios en los sentidos de la Vista, Oído, Olfato, Gusto, Tacto, Equilibrio y Fonación

Vista:

- Disminución de la movilidad ocular, agudeza visual disminuida.
- Caída de párpado, hundimiento de los ojos.
- Disminución del tamaño de la pupila, descenso de la capacidad de acomodación.
- Reducción del campo de visión periférica.
- Disminución en la habilidad para diferenciar colores
- Secreción lagrimal disminuida en calidad y cantidad
- Aparición del arco senil, formación de un círculo blanco a nivel del borde externo del iris.

Oído:

- Más de 1/3 de las personas mayores de 75 años experimentan pérdida auditiva por la degeneración del nervio auditivo, siendo más significativa en el sexo masculino.
- Aumento de tamaño del pabellón de la oreja.
- La membrana del tímpano engruesa.

Gusto y Olfato:

- Atrofia y una pequeña disminución en el número de papilas gustativas.
- Pérdida de la capacidad de detección de sabores salados más que los dulces.
- La fragilidad dental y la sequedad en las encías unidas al deterioro de la raíz del diente provocan problemas capaces de alterar la función gustativa.
- Reducción en la capacidad de identificación olfatoria por la degeneración del nervio olfativo.

Tacto:

- Reducción en la agudeza del sentido del tacto.
- Pérdidas selectivas en sensibilidad vibratoria y reconocimiento táctil: hay disminución de la sensibilidad en la palma de la mano, planta de los pies y en los dedos.
- Disminución en la sensibilidad al dolor.

Equilibrio:

- La función vestibular se deteriora, y el vértigo o mareo aparece con más frecuencia (causa de accidentes y muertes producidas por caídas)

Fonación:

- Se ve alterada por los cambios que se presentan en la posición de los labios, en las cuerdas vocales, en la cavidad bucal como puede ser la pérdida de piezas dentales, en el sistema respiratorio, la postura y los problemas de autoescucha que determina el tono de la voz, entre otros.

3.3 Características cognitivas

Acompañados de los cambios físicos en la edad adulta tardía hacen también su aparición los cambios cognitivos. Los cuales tienen relación con la estructura o el funcionamiento del cerebro así como con el estado afectivo del individuo. Estos cambios o variaciones cognitivas se pueden presentar no solo entre diferentes grupos sino también dentro de un mismo grupo de adultos mayores relacionados con su edad, cultura, experiencia, motivación, etc.

Entre las funciones cognitivas como resultado de los procesos mentales globales tenemos la percepción, atención, orientación, habilidad viso-espacial, memoria, aprendizaje, lenguaje, cálculo y funciones ejecutivas, las cuales tendrán una disminución o un deterioro variable con el paso del tiempo.

Galindo (2004) señala que existe un deterioro de las funciones cognitivas las cuales se presentan por primera vez entre los 50 y 60 años de edad, con un aumento del declive de dichas capacidades después de los 70 años, esto en relación con el entorno y la actividad que desarrolla el individuo. Larue (1992, en Galindo, 2004) propone un “patrón clásico de envejecimiento” cognitivo dado por un decremento significativo en la respuesta frente de la velocidad psicomotora, en la habilidad constructiva y en la organización de secuencias espacio-temporales, en contraste con la conservación de la capacidad verbal.

Las personas mayores van a presentar problemas en su procesamiento de la información a través de sus sentidos (visual, auditivo, olfato, gusto y tacto), lo que repercutirá en su percepción y atención de su entorno, viéndose afectada la ejecución de sus tareas en dos niveles en el tiempo requerido para procesar un estímulo y el grado de vigilancia para mantener la atención.

La declinación de estas capacidades cognitivas que se dan sin cambios significativos durante la vida diaria suele llamársele deterioro cognitivo leve (DCL). Con esto nos estamos refiriendo a un intervalo o periodo entre una cognición normal y la pre-demencia o inicios de un proceso demencial.

Mc Gaugh y Lezak (1990 y 1995, en Galindo, 2004), evalúan la memoria en las personas mayores clasificándola en dos sistemas distintos: declarativa y de procedimientos.

- **Memoria declarativa:** es la capacidad para almacenar y recordar la información sobre los objetos y los sucesos; este sistema alude al conocimiento de algo.

Dentro de la memoria declarativa podemos encontrar diferentes tipos de memoria: episódica, semántica, automática, con esfuerzo, contextual y prospectiva. La memoria declarativa está integrada por tres estadios: la memoria sensorial relacionada con los información de los sentidos; la memoria a corto plazo o primaria esta comprende la memoria inmediata y la memoria de trabajo; y la

memoria a largo plazo o secundaria y dentro de esta se distingue la memoria reciente de la memoria remota.

- **Memoria de procedimientos:** es el aprendizaje de las conexiones entre los estímulos y las respuestas. Es un sistema de hábitos que debido a la repetición se desvinculan del lenguaje y aparecen automáticamente.

En la memoria de procedimientos encontramos: la memoria de habilidades que incluye el aprendizaje motor y cognitivo; el aprendizaje perceptual; el facilitador y el condicionamiento clásico. Dentro de la memoria de procedimientos podemos encontrar la memoria implícita y la memoria explícita.

Con respecto a la capacidad intelectual la teoría bifactorial de Catell y Horn (1963 y 1968, en Fernández-Ballesteros, 2000), establece dos factores diferenciados: la inteligencia fluida (Gf) o habilidad para enfrentarse con problemas nuevos, que sería la inteligencia biológica o genética independiente de los efectos de la educación de la estimulación ambiental; y la inteligencia cristalizada (Gc) o habilidad para aplicar aprendizajes previos y que, por tanto, tienen su fundamento en aquellas habilidades que han sido aprendidas y adquiridas de modo acumulativo a través de la experiencia.

La inteligencia fluida (Gf) a lo largo de los años va a presentar un declive gradual, en tanto que la inteligencia cristalizada (Gc) sigue un patrón de estabilidad, lo que corresponde a aptitudes vulnerables y aptitudes sostenidas con la edad.

Ante el cuestionamiento con respecto al mantenimiento o declinación de la inteligencia en la edad adulta tardía también para Gatti (2012) la inteligencia fluida parece declinar; pero la inteligencia cristalizada, basada en el aprendizaje y experiencias, tiende a mantenerse o incluso aumentar. Algunos aspectos de la inteligencia parecen aumentar con la edad, la mecánica de la inteligencia declina a menudo, pero la pragmática de la inteligencia (pensamiento práctico, conocimiento y habilidades especializados, y sabiduría) continúan creciendo.

Fernández-Ballesteros (1992, en Pando et al, 2004) encontró en su estudio con el WAIS (prueba de inteligencia para adultos de Weschler), que dos subtest

umentan su rendimiento con la edad: el de información y vocabulario, lo cual concuerda con Cattell respecto a su inteligencia cristalizada e inteligencia fluida; y que los otros 9 subtest (4 verbales y 5 ejecución) declinan con la edad. Y que a partir de los 70 años da inicio la declinación la cual se generaliza alrededor de los 80 años para todos los subtest.

Existen desacuerdos si el envejecimiento se acompaña necesariamente de un declive intelectual. Lo que si observamos es que existe una ralentización psicomotora constante en la edad. Se manifiesta en las capacidades de atención, adaptación y aprendizaje con una tendencia a la perseverancia y al estereotipo. Pero normalmente el sujeto palia la dilación de su tiempo de reacción desarrollando la capacidad de síntesis (Charazac, 2001).

En cuanto a la memoria, esta se encuentra en la encrucijada de lo instrumental y lo afectivo. Clínicamente, la memoria a corto plazo se encuentra con frecuencia más perturbada que la memoria a largo plazo, el cual puede ser un síntoma en la enfermedad demencial.

Custodio (2012) menciona los siguientes cambios cognoscitivos durante el envejecimiento:

La memoria semántica que se refiere a los hechos y conocimientos generales del entorno tienden a permanecer estables, si la información es usada con regularidad. Pero ante información específica tiende a declinar.

En cuanto a la memoria de procedimientos, relacionada con habilidades y hábitos, en ésta los adultos mayores requieren de mayor tiempo para aprender nuevas tareas.

Por su parte la memoria de trabajo que comprende la tenencia y la manipulación de la información mientras se procesa otras tareas se ve disminuida.

La memoria episódica, relativa a los hechos de nuestras vidas y experiencias al igual que la del trabajo se ve afectada.

La memoria prospectiva, que sirve para recordar hechos o actividades futuras también se ve comprometida.

En términos generales, se afecta más la memoria a corto plazo (con excepción de la memoria de trabajo).

La habilidad para focalizar la atención sostenida se mantiene con un buen desempeño en los ancianos.

Con respecto al lenguaje Custodio (2012) reporta que no se dan alteraciones significativas, pero si se ve afectada por un nivel educativo bajo. Los adultos mayores tienden a producir definiciones más largas que los jóvenes. Así mismos los adultos mayores tienen mayor dificultad para procesar estructuras sintácticas complejas como poder hacer inferencias en la comprensión.

En las habilidades espaciales referentes con el manejo del espacio corporal y extra-corporal, en el adulto mayor se presenta un descenso en la cognición espacial.

Las funciones ejecutivas relacionadas con la planificación y organización y solución de problemas nuevos tienden a disminuir levemente en el envejecimiento normal.

Podemos concluir que existen aspectos de la memoria que se deterioran con el paso de los años o envejecimiento pero también algunos tienden a preservarse; es decir, que no solo encontramos pérdidas sino también ganancias.

3.4 Características de personalidad

Diversas teorías refieren que la personalidad está determinada antes de la etapa de la adultez tardía, incluso no más allá de la adolescencia, por lo que el comportamiento de la persona adulta mayor va a ser el resultado de las vivencias durante su desarrollo.

De acuerdo a Brim (en Gognalons, 1994) el análisis psicológico del funcionamiento de la personalidad, se basa en las características del self o las características del sistema de personalidad que se transforma según lo que se espera de los roles marcados por la estructura de la edad.

Al respecto comenta Charazac (2001) que el adagio “envejecemos como vivimos”, es un ejemplo del concepto estructural según el cual, una vez franqueada la fase de la adolescencia, la personalidad del adulto se encuentra implicada en una organización o en una disposición que ya no variarán, y que condicionarán, en gran medida la crisis de la senectud y sus eventuales resultados patológicos.

Pochettino (2004) comenta que el comportamiento del adulto tardío no se debe tanto a la edad sino a reacciones de conducta frente a la involución en general de los factores a los que se enfrenta como lo son el aislamiento en sus relaciones sociales; regresión en su afectividad y aparición de rasgos de egocentrismo y narcisismo primitivo; dificultad para establecer nuevas relaciones sociales; resistencia a envejecer, no logra adaptarse a lo nuevo, etc. En ocasiones sus conductas son una reacción al ambiente que lo desprecia y rechaza y siente que quiere quitarle lo que tiene.

En este orden de ideas Salvarezza (1998) señala que existe el “viejismo” por parte de la sociedad, que es una actitud de discriminación y segregación hacia la población vieja o ancianos en función de su edad.

Con respecto a la personalidad de los adultos mayores, para algunos autores esta permanece estable a lo largo de su ciclo vital, incluso en la etapa tardía; otros consideran que si hay cambios relevantes, ya sea replegándose o siendo pasivos o también tomando un papel activo pero que esto va a depender de los intereses del adulto tardío y de su necesidad de cambio (Sánchez, 2009).

Dichas personas mayores tienden a utilizar varias estrategias de afrontamiento ya sea de manera directa e indirecta para hacer frente a sus problemas físicos, psicológicos, sociales, familiares, económicos, laborales o relacionados con sus pérdidas como también ante sus enfermedades para prevenirlos o adaptarse a las situaciones lo que les permite mantener o mejorar su calidad de vida (González-Celis y Padilla, 2006).

Erikson (en Cueli y et al 1990) en su teoría psicosocial manifiesta que el desarrollo de la personalidad es continuo y no se estanca en la adolescencia sino que se

prolonga desde la infancia hasta la vejez pasando por 8 etapas. Cada una de estas etapas va a presentar una tarea y una crisis que tiene que ser superada a través de una virtud básica. A continuación se mencionan las 8 etapas:

1. Confianza básica y desconfianza básica: pulsión y esperanza. (Infancia)
2. Autonomía y vergüenza y duda: autocontrol y fuerza de voluntad. (Infancia)
3. Iniciativa y culpa: dirección y propósito. (Niñez)
4. Industria e inferioridad: método y capacidad. (Niñez)
5. Identidad y confusión del rol: devoción y fidelidad. (Pubertad y adolescencia)
6. Intimidad y aislamiento: afiliación y amor. (juventud)
7. Generatividad y estancamiento: producción y cuidado. (Madurez)
8. Integridad del yo y desesperación: renunciamiento y sabiduría. (Vejez)

Para fines de esta tesina se explica la etapa 8 de Erikson (en Papalia et al, 1997), (Integridad vs. Desesperación):

Después de haber transcurrido y superado 7 etapas previas, aparece la etapa 8 que trae consigo la crisis final, en donde las personas ya en su adultez tardía se enfrentan a una necesidad de aceptar su vida tal como la vivieron para hacer frente a su muerte y aceptarla. Las personas mayores luchan por obtener un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida en lugar de enfrentarse a la desesperación ya que no se cuenta con el tiempo para volver a vivir la vida de otra manera diferente.

Quienes han alcanzado esta integridad final verán recompensada su vida de una manera ordenada dando un mayor significado a sus vidas tanto en el pasado, el presente y el futuro. Desarrollando con ello la virtud de la sabiduría, mostrando interés por la vida y lo cual les permitirá alcanzar la muerte con tranquilidad.

Para Erikson (en Papalia et al, 1997), la sabiduría consiste en aceptar la vida con lo que esta implica, lo bueno y lo no tan bueno, tanto de los padres como de uno mismo y de los demás. De la misma manera implica la aceptación de la muerte con un fin inevitable de acuerdo a lo vivido. Las personas que no logran esta

aceptación son abrazadas por la desesperanza. Para este autor alguna desesperanza en esta etapa tardía es inevitable dada la condición humana.

Erikson (en Papalia et al, 1997), también señala que en esta edad adulta tardía también es una época para divertirse y para la creatividad. No obstante de que las funciones del cuerpo se debilitan y la energía sexual disminuye, las personas pueden disfrutar de manera corporal y mental.

Lo que es un hecho es que el adulto tardío en el ocaso de su vida ya no se encuentra en la misma situación y condición de antes donde él era el actor sino que ahora está en otro lugar en el cual depende de su entorno debido a la serie de pérdidas que ha venido teniendo y al rol que le otorga la sociedad pero también con la posibilidad de obtener ganancias y gratificaciones.

Peck (1955, en Papalia et al, 2009) refiere tres adaptaciones necesarias en la edad adulta tardía para superar su interés por el trabajo, el bienestar físico y la sola existencia, buscando una comprensión amplia de sí mismo y el sentido de su vida.

- Una autodefinición más amplia contra la preocupación por los roles de trabajo.
- Trascendencia del cuerpo contra preocupación por el cuerpo.
- Trascendencia del ego contra preocupación por el ego.

Triado y Villar (1997) encontraron en su estudio sobre la percepción del envejecimiento de personas mayores cambios referidos a pérdidas más que a ganancias en el área biológica, psicológica y social. Con respecto al área psicológica manifestaron pérdidas de tipo intelectual, relativos a la memoria, inteligencia, aprendizaje, atención, etc.; afectivo emocional y motivacional, sentimientos de tipo depresivo y aspectos como el aburrimiento, la falta de ilusión o la falta de ganas de hacer las cosas, de dependencia y de falta de autonomía y de personalidad, relacionados con cambios en la forma de ser y en los rasgos de carácter.

3.5 Características sociales

Anteriormente el adulto tardío pertenecía a una familia tradicional donde los lazos consanguíneos se mantenían y en el cual existía una vinculación con los demás integrantes de la familia por lo que estaba involucrado en la misma incluso en las decisiones lo cual le daba un sentido a su vida. En la actualidad el adulto tardío tiene que estar y vivir solo al irse sus hijos y formar su propia familia quedándose a veces sin el apoyo de su familia lo cual le genera inseguridad y el sentirse relegado.

Así mismo se va a dar un cambio en el rol que llevaba a cabo la persona mayor de manera individual y en relación con sus grupos de pertenencia y en sus actividades sociales.

Triado y Villar (1997), incluyen dentro de los cambios sociales a aquellos que tienen las personas mayores en relación con otras personas, encontrando entre estas modificaciones familiares, en la que se incluyen cambios que se dan en las estructuras familiares por la pérdida de la pareja, marcha de los hijos, nacimiento y muerte de otros familiares; la jubilación, en donde se da la pérdida de la actividad laboral; cambios en el aspecto económico y con ello el nivel de vida; pérdida de las relaciones sociales, ya sea por la disminución de amistades por el aislamiento social, por la muerte de los amigos o conocidos, etc.

Dentro de los cambios que acompañan a la vejez que se dan en el entorno y origen social y/o familiar tenemos la pérdida del trabajo y la jubilación, siendo estos los primeros hechos sociales importantes señalan Buendía y Riquelme (1994, en Conde, 1997). Ya que esto socialmente se le considera como la entrada a la etapa de la vejez. Lo cual trae consigo cambios relevantes en la vida de las personas mayores en su vida cotidiana, en su vida familiar y su posición social.

La jubilación Atchley (1994, en Conde, 1997), en lugar de ser un periodo de descanso, de ilusiones y tranquilidad, trae consigo sentimientos de desesperanza y decepción, al considerarse el trabajo como la realización de la vida y no poderlo sustituir por otras actividades.

Con relación a la familia se pierden los roles que se venían desempeñando pero también se pueden adquirir otros llegando a quedar la pareja sola, dejando de ser productivos socialmente y tener responsabilidades en el sistema familiar, lo cual para algunos trae consigo la desvalorización.

3.6 Enfermedades del adulto tardío

Hay una serie de enfermedades o disfunciones que afectan principalmente a las personas de edad avanzada las cuales se encuentran en un mayor factor de riesgo por su condición y vulnerabilidad con respecto a otros grupos. Los problemas o enfermedades en las personas mayores repercuten tanto en su aspecto físico, cognitivo, como emocional o psicológico. Estas enfermedades van a limitar la funcionalidad y autonomía del adulto tardío así como su personalidad y adaptación al entorno o incluso provocar su muerte.

De acuerdo a Pérez (2006) las características de la enfermedad en el anciano son:

Mayor prevalencia de enfermedades

Mayor asociación de enfermedades/pluripatología

Mayor tendencia a la cronicidad e incapacidad

Mayor asociación de problemas sociales

Mayor dificultad diagnóstica y terapéutica

Mayores necesidades de cuidados de rehabilitación y de asistencia social.

Aunado a lo anterior recordemos que la duración de las enfermedades en los adultos mayores es más prolongada y que las mismas generalmente tienden a la discapacidad o la invalidez de los mismos lo que provoca o disminuye su estilo y calidad de vida.

3.6.1 Enfermedades físicas

Estas enfermedades van a tener la característica de ser crónico-degenerativas ya que con el transcurso del tiempo fueron deteriorando la salud del adulto tardío y son de larga estancia.

Mendoza et al (2004) refieren que entre las enfermedades más frecuentes durante el envejecimiento tenemos:

- **Diabetes mellitus**

La diabetes mellitus es una de las enfermedades que se presenta con mayor frecuencia en las personas mayores ya que 1 de cada 5 adultos mayores la presenta; y es causada por la disminución en la producción o acción inadecuada (resistencia) de insulina. Esta enfermedad con frecuencia se acompaña de complicaciones en el corazón, en el riñón, en los ojos y en la circulación de miembros inferiores y superiores y ocupa el tercer lugar como causas de muerte en personas mayores de 65 años y más. El diagnóstico en los ancianos se presenta cuando existe síntomas y glucemia por arriba de 200 mg/dl o en ayunas igual o mayor a 126 mg/dl.

- **Cáncer**

El cáncer es uno de los padecimientos más frecuentes en el envejecimiento, caracterizado por el crecimiento excesivo y desordenado de las células provocando que el órgano afectado funciones de manera anormal y aparezcan tumores, representa la segunda causa principal de muerte después de las enfermedades cardiovasculares. Los lugares en donde se presenta con mayor frecuencia el cáncer son piel, estómago, pulmón y próstata en el hombre; cuello de la matriz y mamas en la mujer.

- **Hipertensión arterial**

La hipertensión arterial se presenta en más del 50% de los adultos mayores y es la causa principal del infarto del miocardio y enfermedad vascular cerebral. Solo 1

de cada 3 es diagnosticado a tiempo. Se acompaña de complicaciones en el corazón (infarto), en el cerebro (embolia cerebral) y en el riñón (insuficiencia renal). Los signos y síntomas más frecuentes son: dolor de cabeza, hinchazón de piernas, sangrado de nariz, dolor opresivo en el pecho y dificultad para respirar, aunque también no se pueden presentar molestias (asesino silencioso). Los factores de riesgo son el sobrepeso, tabaquismo, ingesta abundante de sal, dieta rica en grasas saturadas, escasa actividad física, personalidad hostil, estilo de vida agitado y padecer diabetes mellitus. Los valores normales durante el envejecimiento son de 120 a 140 mm/hg sobre 70 a 90 mm/hg

- **Hipotensión arterial ortostática**

La hipotensión arterial se presenta en 1 de cada 5 adultos mayores al levantarse. Se caracteriza por debilidad, obnubilación al ponerse de pie, pueden presentarse caídas y fracturas, síncope, enfermedades cerebrovasculares e infarto al miocardio. Se presenta cuando se levanta el anciano y existe disminución en su presión sistólica (20) y/o diastólica (10). Las principales causas de esta enfermedad son el consumo de medicamentos para la hipertensión arterial, problemas del corazón y por inductores del sueño, depresión y la ansiedad.

- **Osteoartrosis**

La osteoartrosis es una enfermedad progresiva del cartílago que genera dolor afectando de manera importante la movilidad. Se presenta en cada cuatro de cinco ancianos. Las articulaciones más afectadas por la osteoartrosis son la cadera, las rodillas, la columna y las manos; se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. El sobrepeso agudiza la enfermedad. Entre los factores que predisponen la artrosis tenemos la edad avanzada, factores hormonales en las mujeres, factores hereditarios, obesidad, deportes extremos, actividades como el ballet y alteraciones relacionadas con luxaciones. El tratamiento se enfoca a medicamentos analgésicos y antiinflamatorios, restricción de la actividad, control de peso, terapia física, etc.

- **Osteoporosis**

La osteoporosis se caracteriza por la disminución y fragilidad del tejido óseo, lo cual predispone a una mayor frecuencia de fracturas. Se presenta en una de cada tres mujeres de 60 a 70 años y después de los 80 años en un 70%, en el hombre la frecuencia es menor. La osteoporosis se clasifica en dos tipos. Como tipo I o postmenopáusica con pérdida ósea acelerada (50 a 70 años) y tipo II o senil con pérdida ósea lenta (más de 70 años), también se presenta en hombres. Entre los principales factores de riesgo tenemos consumo pobre de calcio en la adolescencia y etapa adulta, inactividad física, tabaquismo, alcoholismo, cafeína, desnutrición y delgadez excesiva.

- **Enfermedad vascular cerebral**

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es la cuarta causa de fallecimiento en adultos mayores de 65 años, después de las enfermedades cardíacas, tumores malignos y la diabetes. Esta enfermedad es relevante por las consecuencias en funcionalidad de las personas mayores terminando en una total dependencia, se presenta con mayor frecuencia en los hombres. La EVC en su fase aguda se denomina accidente vascular cerebral, apoplejía cerebral o embolia. La enfermedad puede ser causada por la disminución en el calibre de las arterias y oclusión de éstas por un coágulo sanguíneo (trombosis). Entre los factores de riesgo se encuentran la hipertensión arterial sistémica, enfermedades cardíacas, diabetes mellitus, niveles altos de colesterol, al abuso excesivo de alcohol, sedentarismo y obesidad.

Dentro de las secuelas de EVC se encuentran las afecciones de algunas funciones mentales superiores, dependiendo del área cerebral dañada; a nivel motor, se presenta rigidez de la movilidad; a nivel sensitivo, disminuye la percepción del dolor y la temperatura, así como la sensibilidad a los estímulos. Dentro de las secuelas por la EVC tenemos: alteraciones en la memoria y orientación; alteraciones o pérdida del habla; rigidez de miembros superiores e inferiores que dificultan las actividades de la vida diaria; imposibilidad de caminar o

desplazarse por lo que la persona se vuelve dependiente; frecuentes estados depresivos; disfunción familiar y déficit económico.

- **Caídas**

Las caídas se presentan con mucha frecuencia en los adultos mayores provocando fracturas e inmovilidad, con el consecuente riesgo para la presencia de úlceras en la piel en las zonas de presión, infecciones pulmonares, enfermedades cardiovasculares, limitaciones físicas permanentes, aislamiento, depresión y, en ocasiones pueden llevar a la muerte. Uno de cada tres ancianos sufre una caída al año. Entre los principales factores de riesgo de caídas se encuentran la edad, los mayores de 75 años tienen más caídas, las caídas son más frecuentes en las mujeres que en los hombres porque tienen más movimiento, la disminución de la respuesta ante los estímulos, la disminución de la agudeza visual y auditiva, el estado de salud (enfermedad crónica), el consumo de medicamentos y la inactividad física

- **Enfermedades cardiovasculares:**

Entre las enfermedades del corazón más comunes se encuentran la arterioesclerosis que es el endurecimiento, pérdida de elasticidad de las arterias; las cardiopatías que pueden ser congénitas y la isquemia miocárdica que se produce por la degeneración de fibras musculares y una serie de alteraciones y la cardiopatía isquémica conocida como insuficiencia coronaria, que es la enfermedad más frecuente en el anciano y es debida a la obstrucción total o parcial de las arterias coronarias, secundaria a la arterioesclerosis. Es más frecuente en hombres que en mujeres y su incidencia aumenta con la edad (González, 1997). De acuerdo a la OMS la insuficiencia coronaria podemos clasificarla en: angina de pecho, infarto al miocardio, insuficiencia cardíaca crónica y arritmias y bloqueos.

- **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 (Contreras, 2012).

- **Neumonía**

Es la enfermedad respiratoria aguda más frecuente en el anciano. Se produce en ancianos con procesos demenciales. Entre los factores predisponentes están la

edad, la inmunosupresión, la inmovilidad, la enfermedad y la debilidad del anciano. Se trata de una infección aguda de las vías respiratorias inferiores. Es la primera causa de hospitalización y muerte en la población anciana (Pérez, 2006).

Entre otras enfermedades y trastornos comunes en el anciano podemos encontrar: la insuficiencia venosa periférica, las úlceras de decúbito, la incontinencia urinaria, las fracturas de cadera, el estreñimiento, los trastornos del sueño, la obesidad, los problemas relacionados con la vista y bucodentales y la automedicación

3.6.2 Enfermedades psicológicas

González Aragón (1997), refiere que de acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales de la vejez se pueden clasificar de manera simplificada en:

1. Enfermedades demenciales o síndrome cerebral orgánico crónico.
 - a) Demencia degenerativa.
 - b) Demencia Vascular.
 - c) Demencia Mixta.
2. Psicosis afectivas.
 - a) Depresión
 - b) Manías.
 - c) Neurosis.

3. Estados confusionales agudos o síndrome cerebral orgánico agudo.
4. Trastornos de la personalidad.
 - a) Esquizofrenia
 - b) Síndrome paranoide (parafrenia)

Por su parte, Zarit (1980, en Pando y et al, 2004) clasifica los trastornos psicopatológicos en:

- o psicosis con trastorno de la afectividad (manifestaciones depresivas o maníacas, hipocondría, paranoia benigna)
- o parafrenias (delirios con alucinaciones auditivas frecuentes)
- o estados confusionales o delirantes (obnubilación fluctuante de la conciencia, amnesia anterógrada, fabulación)
- o demencia senil (debilitación lenta y progresiva de las facultades intelectuales y personalidad)
- o demencias preseniles primarias (enfermedad de Pick, Alzheimer)
- o psicosis arteroesclerótica
- o alcoholismo
- o neurosis.

Dado que las enfermedades más frecuentes que se presentan en las personas de 60 años y más son las de tipo demencial y los trastornos afectivos tanto en la población en general así como en la del centro gerontológico, destacando en estos últimos la depresión, que por su alta incidencia son las que tienen mayores repercusiones a nivel individual, familiar y social; como también el consumo de fármacos y otras sustancias y el alcohol, son las que se abordarán.

- **Demencias**

La demencia podemos definirla como la pérdida de las funciones intelectuales, emocionales y ejecutivas con respecto a su desempeño anterior o previo de tal manera que impide y dificulta el funcionamiento del individuo en su medio familiar, social y laboral viéndose afectada su adaptación.

Para Agüera, Martín, Moriñigo y Pelegrín (2002), la demencia es un síndrome adquirido de naturaleza orgánica, que se caracteriza por un deterioro permanente de la memoria y de otras funciones intelectuales y frecuentemente se presenta acompañada de otras manifestaciones psicopatológicas: ocurre sin alteración del nivel de conciencia y afecta al funcionamiento social y ocupacional.

La demencia de acuerdo a Navarro (2008) es una condición neurodegenerativa bien delimitada de la senectud que se caracteriza por la declinación de la memoria y otras funciones cognoscitivas. Pero más que una enfermedad en sí, es un síndrome, siendo la más común la Enfermedad de Alzheimer.

Zuñiga (2013), considera a la demencia como un síndrome degenerativo progresivo, caracterizado por la pérdida de las funciones mentales, es un deterioro adquirido, persistente en múltiples áreas de la función intelectual que origina síntomas distintivos debido a lesiones cerebrales peculiares; su causa inmediata es una lesión orgánica más o menos difusa de la corteza cerebral y en casos raros, una lesión del tálamo óptico, en el cual hay compromiso en tres o más de las siguientes nueve esferas de la actividad mental: memoria, lenguaje, percepción, praxias, cálculo, conocimiento semántico, funciones ejecutivas, personalidad o conducta social y emocional.

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, 2005) la demencia se va a caracterizar por el deterioro de múltiples funciones mentales entre las que se encuentra la memoria y alteraciones en una o más de las funciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia y alteración de ejecución. Los cuales provocan un deterioro significativo en la actividad laboral o social con disminución de su actividad o desempeño anterior. Viéndose afectadas las funciones intelectuales y adaptativas.

Los criterios de Diagnóstico de Demencia tipo Alzheimer del DSM-IV-TR (2005) son:

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

- (1) deterioro de la memoria (alteración de la capacidad para aprender nueva información o de recordar información aprendida previamente).
 - (2) una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) afasia (alteración del lenguaje)
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora este intacta)
 - (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - (d) alteración de la ejecución (p. ej. planificación, organización y abstracción).
- B. Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.
- D. Los déficit cognoscitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:
- (1) Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral)
 - (2) Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B₁₂ y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)
 - (3) Enfermedades inducidas por sustancias
- E. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso del delirium,
- F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otros trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia). (pp. 179-180)

El diagnóstico para la demencia a través de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) es similar al del DSM-IV-TR (2005).

Criterios de Diagnóstico de Demencia de la CIE-10 (2002).

1. Deterioro de la memoria.
 - + Alteración de la capacidad de registrar, almacenar y recuperar información nueva.
 - + Pérdida de contenidos mnésicos relativos a la familia o al pasado.
2. Deterioro del pensamiento y del razonamiento.
 - + Reducción del flujo de ideas.
 - + Deterioro en el proceso de almacenar información
 - + Dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez.
 - + Dificultad para cambiar el foco de atención.
3. Síntomas presentes en la exploración psicopatológica y en la anamnesis obtenida de un tercero.
4. Interferencia en la actividad cotidiana.
5. Conciencia clara. Posibilidad de superposición delirium/demencia.
6. Síntomas presentes al menos durante seis meses.

Por lo tanto, la demencia se puede considerar: un síndrome (conjunto de síntomas y signos); produce deterioro global de las facultades intelectuales; tiene siempre un carácter orgánico (afectación difusa o localizada de los hemisferios cerebrales; produce desadaptación social y/o laboral (que podría variar dependiendo del nivel cultural y ambiente donde se encuentre el individuo afectado).

Tipos de demencia.

Existen varias clasificaciones de las demencias, de acuerdo al DSM-IV-TR (2005):

- Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano
- Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío
- Demencia Vascular

Tanto la demencia de Alzheimer y la Vascular pueden presentar los subtipos: con ideas delirantes, con estado de ánimo depresivo, no complicado y con trastorno de comportamiento.

- Demencia debida a enfermedad por VIH
- Demencia debida a traumatismo craneal
- Demencia debida a enfermedad de Parkinson
- Demencia debida a enfermedad de Huntington
- Demencia debida a enfermedad de Pick
- Demencia debido a enfermedad de Creutzfeld-Jakob
- Demencia debida a otras enfermedades médicas
- Demencia persistente inducida por sustancias
- Demencia debida a múltiples etiologías
- Demencia no especificada

Pérez (2006) señala que para la Sociedad Española de Neurología (Tabla 1) las demencias se clasifican de acuerdo a su etiología en:

Tabla 1

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS	Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Pick Enfermedad de Parkinson Atrofas Cerebelosas
DEMENCIAS VASCULARES	Multiinfarto Enfermedad de Binswanger Vasculitis (infecciosas, inflamatorias)
DEMENCIAS INFECCIOSAS	Neurolúes Leucoencefalopatía multifocal Complejo Demencia-Sida
HIDROCEFALIAS	Obstructivas Arreabsortiva
NEOPLASIAS CEREBRALES	Tumores cerebrales primarios Síndromes paraneoplásicos
DEMENCIAS METABOLICAS	Degeneración hepatocerebral adquirida Hipo/hipertiroidismo Hipoxia-isquemia
DEMENCIAS CARENCIALES	Déficit de ácido fólico Déficit de vitamina B12 Pelagra
DEMENCIAS TÓXICAS	Alcohol Fármacos Metales
DEMENCIAS TRAUMÁTICAS	Hematoma subdural crónico Demencia postraumática
ENFERMEDADES DESMIELIZANTES	Esclerosis múltiple

En DECLAMED Soc. Esp. De Neurología, 1989

- **Enfermedad de Alzheimer**

Su inicio es gradual y el deterioro cognoscitivo que se presenta es continuo. Su diagnóstico es excluyente con respecto a los demás tipos de demencia; ni puede explicarse por la presencia de delirium. Es de inicio temprano si se presenta a los 65 años o antes y de inicio tardío se inicia después de los 65 años. El trastorno es más frecuente en mujeres que en hombres. Por la intensidad de los síntomas se le considera leve, moderada y severa. Se presenta entre el 2 y 4 % de las personas mayores de 65 años y la cual aumenta con la edad después de los 75 años. La duración media de la enfermedad es de 8 a 10 años desde la aparición o inicio de los síntomas.

Los principales factores de riesgo para esta enfermedad son el envejecimiento, la historia familiar de la demencia, la presencia de síndrome de Down en la familia, la edad materna tardía y antecedentes de traumatismo craneal.

La evolución de la enfermedad de Alzheimer conforme progresan los síntomas se ha descrito generalmente en tres etapas (Navarro, 2008), en la que se presentan alteraciones cognoscitivas:

- Leve. Hay pérdida de la memoria a corto plazo (memoria reciente); olvidos frecuentes; dificultad para encontrar palabras específicas y las funciones ejecutivas presentan fallos en cuanto al cálculo, la planeación, resolución de problemas, juicio, etc.
- Moderada. La memoria a corto plazo se ve dañada seriamente; alterado el lenguaje; problemas de discernimiento y alteración de la orientación temporo-espacial y de la habilidad viso-espacial.
- Severa. La atención está severamente deteriorada; la memoria está ausente; el lenguaje se restringe casi totalmente alcanzando el mutismo.

Barroso (2008), señala que Barry Reisberg propone dicha evolución en siete etapas las cuales se mencionan a continuación:

Primera etapa

Esta etapa se caracteriza por que los cambios que se presentan tienden a ser irrelevantes o pasar desapercibidos, no habiendo conciencia de un mal funcionamiento.

Segunda etapa

En esta etapa el individuo empieza a darse cuenta de sus olvidos y a preocuparse por ello; pero las personas que lo rodean pasan desapercibidas dichas fallas. Esta fase es denominada del olvido.

Tercera etapa

Denominada confusional temprana, ya que en esta etapa el sujeto presenta problemas para realizar las tareas que antes realizaba de manera fácil. Aquí el sujeto presenta ansiedad. Las personas que lo rodean se dan cuenta de los fallos, pero el individuo justifica los mismos.

Cuarta etapa

Esta etapa se denomina confusional tardía. El individuo es incapaz de realizar por sí mismo actividades difíciles por lo que requiere de se le ayude teniendo conciencia de ello, lo cual afecta su estado de ánimo reflejándose en un estado depresivo. Esta etapa es similar a la enfermedad de Alzheimer leve.

Quinta etapa

Llamada demencia temprana, el individuo es dependiente en su funcionalidad. Se produce un aumento de los rasgos depresivos presentándose cambios de humor yendo del llanto al enfado o viceversa. Esta etapa dura aproximadamente año y medio, dependiendo de las condiciones y calidad de vida que se le brinde al individuo. Se le compara con la fase de Alzheimer moderada.

Sexta etapa

Denominada demencia intermedia, en esta etapa el individuo es dependiente en sus actividades de la vida diaria de manera global (vestirse, comer, asearse,

control de esfínteres, etc.). También tienen su aparición los síntomas psicóticos, como alucinaciones, agitación permanente, delirios, trastornos del sueño. Esta etapa es comparable a la enfermedad de Alzheimer moderadamente severa.

Séptima etapa

Conocida demencia tardía. En esta etapa se pierde el habla progresivamente y se presenta la pérdida de la capacidad para deambular, sentarse, sonreír y controlar los movimientos, apareciendo la rigidez por lo que el individuo debe de permanecer encamado la mayor parte del día. Esta etapa es comparable con la de Alzheimer severo.

Este proceso de la enfermedad puede durar entre diez a quince años dependiendo de los cuidados y salud del enfermo. El motivo del fallecimiento no es el de la demencia sino de otras enfermedades inherentes a la misma.

Entre los trastornos más comunes (no todos) que presenta el paciente demenciado para Carvajal (1997), se encuentran:

- Irritabilidad.
- Agitación
- Insomnio
- Deambulación
- Alucinaciones
- Agresividad
- Gritos
- Acciones repetitivas
- Vagabundeo nocturno
- Incontinencia
- Crisis convulsivas

Lammoglia (2007) señala que cuando aparecen frecuentemente síntomas conductuales graves durante la demencia como lo son la agitación y la agresividad, vagabundeo, incontinencia, alteraciones del sueño, gritos, reacciones catastróficas, conducta sexual inhibida, delirios y alucinaciones, estos no solo

generan problemas para el enfermo sino también para aquellos que están junto a él, ya sea su familia, el cuidador u otras personas.

La principal causa de demencia es la enfermedad de Alzheimer y representa entre el 40 y 60 % de todos los casos, seguida por la demencia vascular con un 20 a 30 %, las demencias mixtas (Alzheimer y vascular) entre un 15 y 20 %, y las restantes demencias con diversas enfermedades con un 10 a 15 %.

Afecta por igual a hombres y mujeres; pero la prevalencia asciende el 20% en mayores de 80 años y al 30% en mayores de 90 años.

- **Demencia vascular**

Su etiología está dada por lesiones histológicas y fisiopatológicas, infartos cerebrales múltiples. Es menos frecuente y su inicio más precoz que la de tipo Alzheimer. La prevalencia en mayores de 65 años oscila entre el 0,8 y 3.1%; aumenta con la edad y afecta más al hombre que a la mujer; la supervivencia es menor que en la enfermedad de Alzheimer.

Entre las manifestaciones clínicas encontramos labilidad e incontinencia emocional, cuadros confusionales, nocturnos, quejas somáticas imprecisas y preservación de la personalidad. Otras características son la apraxia de la marcha, afasia motora y trastornos viso motores.

Los criterios del DSM-IV-TR (2005) para el diagnóstico de demencia vascular son:

A. La presencia de múltiples déficit cognitivos se manifiestan por:

- (1) deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
- (2) Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) afasia (alteración del lenguaje)
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)

- (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - (d) alteración de la actividad constructiva (p. ej. planificación, organización, secuenciación, abstracción).
- B. Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. Los signos y síntomas neurológicos (p. ej., exageración de los reflejos tendinosos profundos, respuesta de extensión plantar, parálisis pseudobulbular, anomalías en la marcha, debilidad de una extremidad) o las pruebas de laboratorios sugerentes de la presencia de una enfermedad cerebrovascular se estiman etiológicamente relacionadas con la alteración (p. ej., infartos múltiples que implican al córtex y a la sustancia blanca acompañante).
- D. Los déficits no aparecen en el transcurso de un delirium. (pp.183-184)

- **Trastornos depresivos**

La depresión es la enfermedad mental más frecuente en la vejez y a cualquier edad; la vejez en si no produce depresión. Sin embargo, siendo la mayor queja de los adultos mayores la separación o pérdida de objetos reales o imaginarios este trastorno está ligado directamente a estas causas. Para la APA (1996, en Pando et al, 2004), “la depresión es un desorden mental caracterizado por disturbio primario del humor, agudo, crónico o recidivante” (p. 98).

Refieren García et al (1993), que tradicionalmente a la depresión se le ha diferenciado de acuerdo a su etiología y a su sintomatología. Por su etiología se divide en reactiva relacionada con causas externas, y endógena o interna sin causas aparentes. Por sus síntomas en depresión neurótica cuando no se presentan ideas delirantes ni alucinaciones, y depresión neurótica cuando existe delirio, alucinaciones y alteración del sentido de la realidad con síntomas físicos severos como insomnio, pérdida de peso, etc.

Cuando en la depresión endógena se presentan episodios de manía se le llama maniaco-depresiva o trastorno bipolar, y si cursa sin manía es considerado trastorno unipolar.

Dentro de las causas de la depresión esta la hipótesis del descenso de los neurotransmisores (noradrenalina, serotonina y dopamina), los factores genéticos, y la medicación o fármacos ante la polifarmacia del anciano.

Cevallos (2011), comenta que con respecto a la vejez existen factores de riesgo los cuales aumentan los trastornos depresivos entre los que se encuentran:

- envejecimiento cerebral
- factores genéticos
- lesiones vasculares
- endocrinos
- relacionados con enfermedades físicas
- medicación y sustancias tóxicas
- acontecimientos vitales adversos
- sociodemográficos, ya que producen estrés crónico

Al trastorno depresivo se le considera depresión mayor si durante dos semanas como mínimo se han presentado cinco de los síntomas siguientes: estado de ánimo deprimido, incapacidad para disfrutar de una actividad placentera (anhedonia), empeoramiento por la mañana, fatiga habitual, dificultad de atención y concentración, enlentecimiento de la actividad física, intranquilidad o agitación, sentimientos de culpa, insomnio o hipersomnia, anorexia o voracidad, retraimiento social e ideas de suicidio.

Hablamos de depresión distímica o neurosis depresiva cuando únicamente existen tres síntomas de los mencionados y se ha presentado por lo menos durante dos años de duración.

La depresión mayor recibe el nombre de trastorno depresivo psicótico cuando se presentan ideas delirantes, sentimientos de culpa, alucinaciones y alteración de la

realidad; y melancólico en donde existe insomnio, pérdida de peso, desaparición de la libido e inhibición psicomotriz.

En la depresión mayor o grave deben de tomar en cuenta: el estado de ánimo, pérdida de la memoria, ritmos vitales, insomnio, alteraciones del pensamiento, anhedonia, alteraciones neurovegetativas y la ideación suicida.

Cuando la depresión es leve se puede presentar en forma apática o en forma hipocondríaca, los síntomas están relacionados con la somatización y daño orgánico en todos los aparatos y sistemas (digestivo, circulatorio, respiratorio, neurovegetativo, genitourinario, etc.).

La consecuencia más importante de la depresión es el suicidio, el cual puede presentarse en tres contextos: fenómeno propio de la enfermedad psiquiátrica; complicación en ciertas enfermedades físicas; e implicaciones personales que provocan la imagen negativa de la vejez.

La depresión para el DSM-IV-TR (2005) es considerada dentro de los trastornos del estado de ánimo, dicho manual los agrupa en episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco para diferenciarlos, y en trastornos del estado de ánimo.

- **Episodio depresivo mayor**

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas que representan un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer:

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto,
- (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día,
- (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día,
- (4) insomnio o hipersomnia casi cada día,

- (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día,
 - (6) fatiga o pérdida de energía cada día,
 - (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o in apropiados casi cada día,
 - (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día,
 - (9) pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
 - C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
 - E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos, enlentecimiento motor. (pp. 398-399)

- **Trastorno distímico**

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás. Durante al menos 2 años.
- B. Presencia, mientras está depresivo, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
 - (1) Pérdida o aumento de apetito
 - (2) Insomnio o hipersomnia
 - (3) Falta de energía o fatiga
 - (4) Baja autoestima
 - (5) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
 - (6) Sentimientos de desesperanza

- C. Durante el período de 2 años de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D. No ha habido, ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a enfermedad médica.
- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral y otras áreas importantes activas del individuo. (pp.426-427)

El DSM-IV-TR (2005) clasifica los trastornos depresivos en: trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo mayor recidivante, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado.

Las definiciones más aceptadas y de mayor uso de los trastornos depresivos son las de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), señala Cervilla (2002, en Agüera; Martín; y Cervilla, 2002).

El CIE-10 considera el episodio depresivo como aquella situación en que se sufre una alteración del humor, reducción de la energía y disminución del nivel de actividad, en un contexto de disminución del interés, de la concentración y de la capacidad para disfrutar de acuerdo a la OMS (1992, en Agüera, Martín y Cervilla, 2002), asimismo dicho manual divide los trastornos depresivos en trastorno depresivo, trastorno depresivo recurrente y distimia.

Para el CIE-10 (s.f.) las pautas para el diagnóstico de depresión son:

- (1) Estado de ánimo bajo o tristeza
- (2) Pérdida de interés o capacidad de disfrutar
- (3) Trastorno del sueño
- (4) Culpabilidad o baja autoestima
- (5) Astenia o pérdida de la energía
- (6) Falta de concentración
- (7) Trastorno del apetito
- (8) Pensamientos o actos suicidas
- (9) Agitación o enlentecimiento de los movimientos o del habla
- (10) Disminución de la libido
- (11) También se presentan síntomas de ansiedad o nerviosismo

Determinadas enfermedades propias de la vejez como la enfermedad de Parkinson o la de Alzheimer, presentan comorbilidad con la depresión. De igual manera las limitaciones sensoriales y las disminuciones de la autonomía funcional son factores de riesgo para que se presente la depresión, Prince et al (1998, en Agüera, Martín y Cervilla, 2002).

Los trastornos depresivos en los ancianos se ven acompañados frecuentemente de alteraciones cognitivas lo cual ocasiona la aparición de la seudodemencia depresiva, que se define como un cuadro de alteración cognitiva secundario a un trastorno afectivo primario. Por lo que la seudodemencia depresiva se considera un deterioro cognitivo reversible en cuanto se resuelva el trastorno depresivo.

- **Trastorno por uso de alcohol y otras sustancias**

Refieren San Molina y Arranz (en Agüera; Martín y Cervilla, 2002), que los trastornos por uso de alcohol y otras sustancias en la población anciana no ha sido valorada ni diagnóstica como se debiera ya que se asocia a la población

joven; sin embargo, el abuso o dependencia de alcohol y fármacos hipnosedantes va en aumento en las personas mayores de 60 años.

Esto concuerda con nuestro país, Villatoro et al (2012), señalan que para la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), la población objetivo está entre los 12 y 65 años. Por su parte la OMS considera que el 5% de la población adulta (230 millones de personas) en el 2010 cuando menos una vez consumieron alguna droga ilegal.

Por lo que se observa la ENA no toma en cuenta a la población de adultos mayores, ya que solo incluyen los primeros 5 años, (de 60 hasta los 65); o por los resultados de este grupo que alcanza a vivir hasta 100 años no sería representativa.

La farmacodependencia podemos considerarla como el uso y consumo de sustancias que provocan alteraciones o trastornos biológicos, psicológicos o sociales en las personas dependiendo de su cultura con alguna "razón" específica.

En los ancianos es frecuente el abuso o dependencia de fármacos a través de la atención médica o de la automedicación debido a la polifarmacia por las múltiples enfermedades que presenta el adulto mayor; otra trastorno sería el abuso del alcohol, siendo el uso de las drogas ilegales como la cannabis, cocaína o heroína menor o menos frecuente que en población en general.

Así mismo, comentan San Molina y Arranz (2002) que el diagnóstico de dependencia o abuso es difícil de aplicar en la población anciana incluso mediante el DSM-IV-TR (2005), a través de los criterios para la dependencia de sustancias, porque las consecuencias de vulnerabilidad son distintas a las de los jóvenes; sin embargo, mediante los criterios diagnósticos DSM-IV-TR (2005) para la dependencia de sustancias aplicables a la población anciana se facilita (Tabla 2).

Tabla 2

Criterio	Consideraciones especiales en ancianos
1. Tolerancia	Puede tener problemas con incluso pequeños consumos de alcohol debido a la mayor sensibilidad y a las altas concentraciones de alcohol en sangre
2. Abstinencia	Muchos pacientes que han iniciado el consumo a una edad tardía no desarrollan dependencia física.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía	El mayor deterioro cognitivo puede interferir con el autorregistro; el consumo puede exacerbar el deterioro cognitivo y el propio registro de consumo
4. Existe el deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia	Lo mismo pero a lo largo de la vida
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, en el consumo o en la recuperación de los efectos de la sustancia	Pueden aparecer efectos nocivos incluso con dosis relativamente bajas
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia	Puede presentar un nivel de actividad menor que dificulta la atención de problemas
7. Se continua tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia	Puede desconocer o incluso no comprender que los problemas están relacionados con el consumo.

Criterios diagnósticos DSM-IV-TR aplicables a población anciana

En el DSM-IV-TR (2005) la dependencia se define como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses.

Las personas mayores tienden con frecuencia a minimizar o racionalizar el consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias, incluso a negarlo o guardarse en secreto sobre todo por parte de las mujeres. El motivo del consumo en estas poblaciones está asociado a problemas médicos y/o enfermedades de tipo mental; las consecuencias pueden parecer estar relacionadas con fenómenos típicos de la última etapa de la vida como la soledad, el aislamiento social, la pérdida de entusiasmo, los sentimientos de abandono, de inutilidad entre otros.

Tanto el alcoholismo como la depresión son enfermedades comunes en las personas mayores, encontrando que están se correlacionan significativamente. Dicha combinación de depresión y dependencia de alcohol se considera el primer factor de riesgo para cometer un suicidio en las personas ancianas. Al respecto refiere Valdés (1997) que el "fortalecimiento de la integración y la autoestima es el recurso más efectivo para prevenir la tendencia suicida en la tercera edad" (p. 37).

El abuso de fármacos en los ancianos es común y tiende a pasar desapercibido o ignorado por el servicio médico y/o los familiares del mismo. Así mismo, los factores psicosociales y de salud relacionados con el proceso de envejecimiento contribuyen ostensiblemente al alcoholismo y abuso de drogas o fármacos. El uso de fármacos sin prescripción médica aumenta con la edad sobre todos en las mujeres, y aproximadamente dos terceras partes de las personas mayores de 60 años toman al menos uno de estos fármacos diariamente.

Las consecuencias del alcoholismo o de la dependencia de drogas o fármacos pueden confundirse con otros trastornos psiquiátricos, entre las que están la ansiedad, depresión, insomnio y demencia; por lo que una forma de distinguir las consecuencias de la dependencia de otros trastornos psiquiátricos es identificar y tratar primero la adicción y dejar transcurrir un período de abstinencia para ver si mejora o disminuye el trastorno psiquiátrico.

Reporta Pérez (2006), que se ha encontrado en el alcoholismo dos tipos de bebedores en los ancianos: a) los que iniciaron su abuso en etapas anteriores y han sobrevivido al mismo, los cuales pueden presentar las secuelas físicas y psíquicas manifestadas por problemas hepáticos, alucinaciones o celotipias o aquellos que habiendo dejado el alcoholismo que iniciaron en edades tempranas lo reinician en la vejez debido a los problemas psicosociales que presentan; y b) los que inician su consumo de alcohol en la vejez, los cuales van a presentar una mayor vulnerabilidad por sus características físicas al alcoholismo en lo que respecta a cantidades y frecuencia con respecto a las etapas anteriores. Los motivos del consumo de alcohol en este período también están relacionados con las presiones sociales y personales.

Uriarte (1997), menciona que entre las patologías más frecuentes que pueden ocasionar el uso y abuso de sustancias o drogas se encuentra la depresión, la manía, la esquizofrenia, la personalidad antisocial, el estrés postraumático, la homosexualidad, como también situaciones o condiciones estresantes o limitaciones físicas que ocasionan sentimientos de inferioridad, frustración, segregación o culpabilidad.

3.7 Definición y características de la calidad de vida

La calidad de vida (CV) se remonta en sus inicios a la industria y el comercio pero en relación a la "calidad" como característica de control que deben de cumplir los productos para satisfacer a los usuarios. En los años sesenta y setenta los científicos sociales, filósofos y políticos mostraron interés por dicho concepto como calidad de vida o nivel de vida. Siendo utilizado en la medicina por Elkinton en su libro "Medicina y calidad de vida" (1966, en Katsching et al, 2000). En los setenta se le vincula con problemas económicos y sociales. Convirtiéndose en un "boom" en los años noventa en las ciencias de la medicina y el comportamiento humano, por esto último se le asocia con salud, bienestar, estilo de vida y satisfacción.

Debido a las diversas disciplinas que la integran su definición se complica no existiendo un consenso al considerarla algunos investigadores unidimensional y otros multifactorial; centrándose en el estado de salud y su nivel de funcionalidad los estudios con los que se le ha relacionado. Pero vemos que la mayoría de los investigadores coinciden en utilizar un enfoque multidimensional y hacen hincapié en la valoración del sujeto de su propia vida.

Por su parte, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), de la cual nuestro país es integrante declara que en México existe una deficiente calidad de vida de acuerdo al “índice para una vida mejor”, que contempla once parámetros: los ingresos, vivienda, el empleo, las relaciones sociales, la educación, el medio ambiente, la salud, la satisfacción, la seguridad y la conciliación entre la vida laboral y la vida privada. Sin embargo, la población mexicana refirió estar satisfecha con su vida en un 66% (Rojas, 2011); entendemos que este enfoque es socioeconómico.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997) la calidad de vida es “la percepción del individuo de su posición en la vida con el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (p.1), dentro de una determinada cultura en la que existen valores determinados, incluyendo su sensación de bienestar personal y satisfacción de sus necesidades ambientales y de su entorno social y familiar para su funcionamiento humano. Por lo que se le considera una categoría que va más allá de la concepción de salud que teníamos de no solo ausencia de enfermedad, o de un estado de bienestar físico, psicológico y social. Considerando a la salud un componente de la calidad de vida pero también un resultado de ésta (González-Celis et al, 2009).

Rubio (2010, en INAPAM), menciona que la calidad de vida en las personas adultas mayores se puede definir como aquella que se funda en el gozo tranquilo y seguro de la salud y la educación, de una alimentación suficiente y de una vivienda digna, de un medio ambiente estable y sano, de justicia, de la igualdad entre sexos, de la responsabilidad de la vida cotidiana, de la dignidad y de la



seguridad. La cual está determinada por un sentimiento subjetivo de bienestar; y que puede variar de una cultura a otra o de un ambiente social a otro.

Algunas de las definiciones que han recabado González-Celis, Tron y Chávez (2009), se señalan a continuación:

Velarde y Ávila (2002), definen la calidad de vida es un estado de bienestar que recibe la influencia de varios factores de carácter sociodemográfico los cuales influyen sobre el desarrollo humano de una sociedad.

Giusti (1991), la considera un estado de bienestar que le permite al individuo satisfacer sus necesidades individuales y colectivas

Para Mora, Villalobos y Ozols (2004), la conciben también como un estado de bienestar, de acuerdo al contexto de su valoración; en estas definiciones que comentamos no se toma en consideración la percepción o valoración del individuo.

Otra manera de considerar a la CV es la de Vinaccia y Orozco (2005) la cual se da de forma complementaria: a nivel de bienestar subjetivo, y en términos de indicadores objetivos, el primero relacionado con la felicidad o ánimo positivo y el segundo con la satisfacción o estado de bienestar.

Katsching (2000) propone un concepto más comprensivo al hacer uso de indicadores normativos objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional de los individuos para evaluar el bienestar psicológico, la función social y el estado emocional, la funcionalidad, así como el nivel de vida.

Por su parte, González-Celis y Sánchez-Sosa (2006), refieren que la calidad de vida debe de abarcar tres dimensiones globales:

- aquello que la personas es capaz de hacer (estado funcional)
- el acceso a los recursos y las oportunidades
- la sensación de bienestar.

De ahí que se le considere multifactorial, y en donde también existe una percepción objetiva (estado de bienestar) y otra percepción subjetiva (bienestar

subjetivo) de manera personal incluyendo la satisfacción de la vida de manera individual y socialmente.

La dimensión objetiva tiene que ver con la valoración hecha por los otros y relacionada con la funcionalidad física, psicológica y social, y las oportunidades y acceso a los recursos que tiene la persona; en tanto que la dimensión subjetiva, es la percepción propia del individuo de valorar su vida con respecto a sí mismo y su entorno. Por lo que las variables o indicadores objetivos son más fáciles de medir que los subjetivos.

Para González-Celis (1998, en González-Celis et al, 2009), la CV debe de estar compuesta de condiciones subjetivas como de condiciones objetivas; es decir, la percepción del sujeto mismo y la medición de sus condiciones objetivas.

El modelo ecológico de calidad de vida propuesto por Lawton (2001, en Molina et al, 2008), está constituido por cuatro dimensiones:

- la calidad de vida física, centrada en lo biológico, la salud y las limitaciones funcionales y cognitivas.
- la calidad de vida social, relacionada con el mundo externo y el apoyo social, la frecuencia de los contactos el tamaño de la red y la participación en actividades.
- la calidad de vida percibida, enfocada en la valoración subjetiva de la calidad de vida social de las relaciones familiares y de los amigos;
- la calidad de vida psicológica, relacionada con el bienestar subjetivo de los aspectos positivos y negativos y de la percepción de la satisfacción.

Rubén Ardila (2003), nos muestra una definición de la calidad de vida integradora al considerarla:

un estado de satisfacción personal. Derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones

armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. (p.161).

Los estudios de la calidad de vida en las personas mayores se han enfocado de manera general en la salud y la actividad física y la autonomía o la capacidad funcional, la cual se refleja en la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), y para adaptarse a su entorno.

Prevalecen dos tendencias, una centrada en variables objetivas y externas relacionadas con un enfoque sociodemográfico y la otra una dimensión subjetiva determinada por la valoración que hace el sujeto de su experiencia o de su propia vida.

Varios estudios reportan que con relación a los problemas propios de la vejez, entre los factores determinantes que afectan la calidad de vida se han encontrado problemas económicos, médicos, falta de autonomía funcional, rechazo familiar, soledad, pérdida de roles, la reducción de la actividad y de la participación, pérdida de familiares y amigos, etc.

Para Fernández-Garrido (2009), la calidad de vida del anciano va a estar determinada por su independencia y funcionalidad y no por la gravedad de la enfermedad. Por ello para las personas mayores es de suma importancia en su proceso de envejecimiento el valerse por sí mismos y sentirse autónomos y tener un control sobre las situaciones de su entorno.

Mencionan Lehr, Zimmerg y Lin (1996, en Victoria et al, 2005) que aquellos individuos que tienen un envejecimiento positivo o exitoso tienen una longevidad con bienestar ya que al permanecer activos física y socialmente logran mantener un control sobre su entorno y sus relaciones y valores personales.

3.7.1 Calidad de vida del adulto tardío

En lo que respecta a la calidad de vida en los adultos mayores en su mayoría los estudios refieren que esta presenta limitaciones o se encuentra en desventaja con otras poblaciones de etapas anteriores como también diferencias entre las mismas

personas mayores dependiendo de sus connotaciones sociales, familiares e individuales.

La evaluación de la calidad de vida en los adultos mayores es prácticamente nueva y en forma general ha sido enfocada a la enfermedad por encontrarse el adulto tardío en la última etapa de su vida en la cual se incrementan o acumulan las enfermedades debido al mal uso o abuso que se hizo del organismo como también al proceso natural de desgaste del mismo o a la declinación de las capacidades.

La calidad de vida (CV) es un concepto que abarca múltiples componentes y el cual está en dependencia con las características de la persona mayor y de las condiciones en que se encuentra.

Para evaluar la calidad de vida en las personas mayores deben de tomarse en cuenta los diferentes cambios físicos, psicológicos, sociales y espirituales ocurridos durante el proceso de envejecimiento. En virtud que durante esta etapa de la vejez, la cual consideramos que es la más larga en el desarrollo del individuo, ya que puede abarcar más de 40 años de vida y en la que suceden más cambios en la misma persona como en sus semejantes de las mismas edades no solo está solo caracterizada por el deterioro o la disminución en dichas esferas sino que también se pueden dar cambios significativos a niveles positivos o de bienestar al reorganizar su vida; es decir no sólo es una etapa de pérdidas sino también en la que se pueden tener ganancias y alcanzar metas y un mejor bienestar.

Con el incremento de la esperanza de vida no solo se han aumentado los años en que vive el individuo sino también que al vivirse más años esto trae consigo la aparición de enfermedades crónicas o discapacitantes, por lo que a esta etapa tardía se le ha considerado como pérdida de capacidades o de deterioro aunado al poco valor que la sociedad le da a la misma al considerar a la personas mayores poco productivas

Se ha reportado en diversas investigaciones que con relación a los problemas propios de la vejez, entre los factores determinantes se han encontrado problemas económicos, médicos o enfermedades, pérdida de autonomía funcional, rechazo familiar, soledad, pérdida de roles, reducción de la actividad y la participación, pérdida de familiares y amigos, lugar de residencia, la imagen de sí mismo, etc. Por lo que a continuación se exponen varios de estos.

Por otro lado los resultados de diversos autores (Ramírez, 1999; Fajn, 2001; Muñoz, 2002 y Murillo, 2003 en Arraga y Sánchez, 2007), concuerdan con las de las autoras al afirmar que las actividades recreativas ya sean informales, formales o actividades solitarias tanto de tipo cultural, deportivo o recreativas en el adulto mayor favorecen su calidad de vida al mantenerse activos, olvidarse de sus problemas, del aburrimiento, descubrir intereses y necesidades, desarrollar sus potencialidades y crecer como individuos, además de convivir con otras personas y darles sentido de pertenencia a grupos ayudando con ello a retardar el proceso del envejecimiento.

Fernández-Ballesteros (1997) encontró que las condiciones que integran la calidad de vida de las personas mayores independientemente de su género, edad y posición social son: la salud, las habilidades funcionales, las condiciones económicas, las relaciones sociales, la actividad, los servicios sociales y sanitarios, la calidad en el propio domicilio y del contexto inmediato, la satisfacción con la vida y las oportunidades culturales y de aprendizaje. Sin embargo, que una de las condiciones que más influye en la calidad de vida de las personas mayores es el que viva en su propio domicilio o hacerlo en una institución pública o privada; ya que se tiene la idea de que las personas que viven en estas instituciones tienen una menor calidad de vida.

Maya (2003) en Colombia comparó algunos componentes de calidad de vida (condiciones sociodemográficas, salud física y psicológica, habilidades funcionales, relaciones socio familiares) en ancianos institucionalizados y ancianos que residían en la comunidad y asistían a un programa de atención del anciano; encontró que estos últimos presentaban una orientación positiva hacia dichos

componentes. Señalando que para ambos grupos los factores que más inciden en la calidad de vida son tener una buena salud, poder valerse por sí mismos y seguridad en el medio donde viven.

Barrón (2006) utilizó el WHOQOL-100 y la escala de bienestar subjetivo PGC (Philadelphia Geriatric Center) con pacientes que acudían a una clínica urbana encontró que las personas mayores que tienen una actitud positiva hacia su propio envejecimiento tenían una calidad de vida buena y que la actitud negativa hacia el envejecimiento dependía más de factores psicológicos y emocionales que del deterioro biológico o corporal.

En otro estudio realizado por Cader et al (2006) donde se analizó la calidad de vida y la autonomía funcional de residentes asilados en una institución filantrópica en Brasil, encontró que una falta de autonomía genera una calidad de vida insatisfactoria; y en el cual se aplicó Whoqol-Bref, obteniéndose puntajes positivos en el dominio de la espiritualidad.

En su investigación Lobo et al (2007) concluye que la calidad de vida de los ancianos institucionalizados parece estar asociada a sus niveles de dependencia, estado mental y funcionalidad.

En un estudio llevado a cabo por González-Celis y Camarena (2009) entre estudiantes universitarios y adultos mayores en relación con la calidad de vida y la ansiedad, se encontró que las personas mayores perciben una mejor calidad de vida y menor ansiedad debido a las estrategias de afrontamiento que desarrollan.

En su investigación Espinoza et al (2010), aplicó el Whoqol-Bref a una población de adultos mayores autónomos e independientes en la comunidad de Santiago de Chile encontrando que la calidad de vida es dependiente de un mejor nivel educacional y socioeconómico y de una mayor participación social.

Estrada et al (2011), en su investigación sobre la calidad de vida en adultos mayores en Medellín señala que este concepto involucra muchas variables como la satisfacción, la felicidad, la autoestima, el tener una buena salud física y psíquica, relaciones favorables con la familia y la sociedad, el contar con la

capacidad adquisitiva, pero sobre todo que el tener una buena salud es la más relevante percepción en la calidad de vida de los ancianos, así como el no contar con la misma el primer problema.

Por su parte Oruela et al (2008) en su estudio con ancianos frágiles y calidad de vida reportan que existe un grado de deterioro subjetivo considerable en su calidad de vida por lo que se debe de considerar la calidad de vida subjetiva en la valoración integral en este tipo de población con criterios o características sociodemográficas, médicas y funcionales especiales.

En la evaluación de la calidad de vida en el centro gerontológico (CNMAICG AM), Aguilar (2007), aplicó el SF 36 encontrando un importante deterioro en las ocho dimensiones que mide el instrumento, en especial en la función física y el rol físico, viéndose más afectada la percepción y la calidad de vida en general la población femenina que en la masculina; señalando que por su condición de asilados no parece ser la herramienta adecuada para dicha evaluación.

Por su parte, Jiménez (2013), reporta con el mismo instrumento y el Índice de Berthel que la calidad de vida global es buena en dicho centro gerontológico; en las mujeres se detectó una mayor afectación en la esfera emocional así como una tendencia de dependencia moderada. Que la presencia de una red familiar se correlaciona con una buena calidad de vida y mejor funcionalidad del adulto mayor institucionalizado. La autopercepción de la CV en los adultos mayores ambulantes no se vio afectada por la deficiencia en la ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD) por la atención recibida por el personal.

Cartwright et al (2009) en su estudio encontró que los residentes que vivían en hospicios para tener un buen cuidado al final de la vida por parte del staff era determinante una colaboración respetuosa, una clara comunicación, el uso de conocimientos complementarios y acerca de su cuidado y una buena relación con los pacientes que atendían y que los conocieran además de apoyar a sus familias.

En diversos estudios donde se compara la calidad de vida entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados, se reporta que existen diferencias en la misma, teniendo o alcanzando una mejor percepción de su calidad de vida y bienestar las personas que viven en la comunidad en sus hogares o domicilio en comparación con los que permanecen o viven en residencias, casas hogar o centros gerontológicos (Estrada et al, 2011; Lobo et al, 2007; López, 2009; Molina et al, 2008; Pinillos y Prieto, 2012).

3.7.2 Medición e instrumentos en la calidad de vida en el adulto mayor

Dentro de los diferentes determinantes que constituyen la calidad de vida, la relacionada con la salud es la de mayor importancia por las repercusiones que tiene en la vida en general. Ya que esta dimensión está conformada por aspectos que van desde el padecimiento de síntomas físicos hasta la pérdida de la funcionalidad y/o autonomía del individuo alterando su estado emocional e interfiriendo en sus relaciones sociales.

Para González-Celis (2009), además del área de salud, la cual es de relevancia, se deben de incluir otras dos categorías para evaluar la calidad de vida en las personas mayores de una manera integral:

1. Salud. Relacionada con el desarrollo de la salud y la enfermedad incluyendo los servicios asistenciales.
2. Social. Referida con aspectos de apoyo, protección social y familiar.
3. Económico. Enfocada a la seguridad económica y material.

Ávila y Velarde (2002), nos presentan un inventario de 126 instrumentos utilizados para medir la calidad de vida en diversas poblaciones y enfermedades a los cuales clasifican en:

- Cuestionarios genéricos para evaluar la calidad de vida en adultos (42).
- Cuestionarios específicos para evaluar la calidad de vida en adultos con una enfermedad específica (50).

- Cuestionarios genéricos para evaluar la calidad de vida en niños y adolescentes (15).
- Cuestionarios específicos para evaluar la calidad de vida en niños y adolescentes con una enfermedad específica (19).

Los instrumentos genéricos nos sirven para medir diversos grupos y poblaciones en tanto que los cuestionarios específicos permiten evaluar el impacto de un diagnóstico específico en condiciones crónicas. Dichos instrumentos valoran las esferas que integran la calidad de vida (física, mental o social) en dos dimensiones de manera objetiva relacionada la salud con su funcionalidad, y subjetiva respecto a la percepción de la salud.

Para Guzmán (2008), los instrumentos de evaluación de calidad de vida se pueden catalogar en:

- Escalas o índices de problemas específicos.
- Pruebas o escalas de evaluación psicológica.
- Instrumentos especialmente diseñados para evaluar calidad de vida.

Encontrando para evaluar la CV dentro de la tercera edad:

- World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Instrumento diseñado por la OMS que consta de 100 reactivos, existiendo una versión breve, WHOQOL-BREF de 26 ítems, el cual evalúa cuatro dominios (físico, psicológico, relaciones sociales, medio ambiente) y CV global; es autoaplicado pero ser usado como entrevista con analfabetas.
- Smithkline Beechman Quality of Life Scale (SBQOL). Instrumento autoaplicado que mide la percepción de los pacientes deprimidos y ansiosos sobre su CV, el cual permite cuantificar los sentimientos de bienestar actual en comparación con las expectativas y esperanzas de una situación ideal.
- Depression Quality of Life Battery (DQOLB). Instrumento autoaplicado, específico para la depresión; diseñado para valorar el resultado de tratamientos antidepressivos. Consta de 53 ítems y evalúa nueve dominios.

- o Escala de MGH DE CV. Instrumento diseñado en Cuba. Está conformado por 34 ítems en el cual se miden las dimensiones de salud del paciente, condiciones económicas y satisfacción por la vida.

Peña et al (2009), refieren haber utilizado el CUBRECAVI en su investigación encontrando que la percepción de calidad de vida se relaciona de manera directa con las relaciones interpersonales. El Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) consta de 17 elementos agrupados en nueve apartados: salud (objetiva y subjetiva), integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos y servicios sociales y sanitarios.

Para Millan (2011), entre los instrumentos más utilizados para evaluar la calidad de vida se encuentran los relacionados con la incapacidad física y limitaciones funcionales como el Nottingham Health Profile o el Functional Status Questionnaire o enfocados en la dimensión psíquica como el Psychological General Well Being Index, otros referentes a la dimensión social, o en escalas mixtas.

Entre los de mayor interés y más utilizados en México para las personas mayores se encuentran: WHOQOL-100 (OMS), que consta de 100 preguntas para evaluar 6 áreas o dominios: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad/religión/creencias personales. De este existe una versión corta, el WHOQOL-BREF (OMS), de 26 preguntas y 4 áreas pero que abarca las otras dos áreas del anterior: salud física, salud psicológica, área social y ambiental. En el apartado del Procedimiento que veremos más abajo se esboza de manera específica.

El Cuestionario SF-36, es una encuesta de salud que consta de 36 preguntas para evaluar ocho conceptos genéricos; valora el perfil de calidad de vida en enfermos crónicos, y está enfocado a evaluar el impacto de la enfermedad (Tuesca, 2005).

1. Función física: mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado.
2. Rol físico: valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias.
3. Dolor corporal: valora la intensidad de dolor y su efecto habitual.
4. Salud general: valora una percepción de la salud actual, en el futuro y resistencia a enfermar.
5. Vitalidad. Cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de agotamiento.
6. Función social: mide el grado en que los problemas de salud física o mental afectan la vida social.
7. Rol emocional: valora el grado en que los problemas emocionales afectan el trabajo y las actividades diarias.
8. Salud mental: mide la salud mental general relacionada con la depresión, ansiedad, problemas de conducta y emocionales.

Otras escalas utilizadas para valorar la calidad de vida son el Cuestionario de la Evolución Funcional, que mide el estado funcional del individuo o población, tiene 72 ítems. El perfil de las Consecuencias de la Enfermedad, es utilizado para evaluar también las repercusiones de la enfermedad, (Fernández Garrido, 2009).

El SF-12, está formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36, incluyendo uno o dos ítems de las 8 escalas del SF-36 (funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental).

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Justificación

Dado el cambio en la población que se está dando en nuestro país y que ya vivieron países desarrollados en la cual hay un incremento considerable de adultos mayores esto trae consigo la necesidad de atenderlos de manera inmediata e integral ante sus nuevas y varias demandas.

Dichas necesidades no solo están orientadas hacia lo económico o su salud sino que abarcan otros aspectos relacionados con su entorno y vida cotidiana las cuales se requieren cubrir y satisfacer para mejorar su calidad de vida y bienestar psicológico.

Al darse un aumento en la esperanza de vida en los adultos mayores, trae consigo que se dé un incremento de la discapacidad y de la dependencia debido a enfermedades crónico degenerativas o accidentes en dichas personas mayores viéndose afectada su calidad de vida. Es decir, el que haya un aumento en la esperanza de vida no implica que se viva en mejores condiciones ya que vivir más años implica mayores riesgos para la salud, y no siempre mejor.

Considerando que existe una calidad de vida inadecuada o deficiente en la población en general. Suponemos que la población que es marginada o vive y permanece en instituciones verá afectada necesariamente su calidad de vida

De ahí el interés de abordar la calidad de vida en la etapa del adultez tardía ya que además de la importancia científica que esto tiene; también cobra relevancia que dentro de los objetivos del centro gerontológico la misión y visión están enfocadas a favorecer la calidad de vida de las personas mayores.

Objetivo General

Evaluar la calidad de vida de los adultos mayores albergados en el Centro Nacional Modelo de Atención Capacitación e Investigación Gerontológica “Arturo Mundet” utilizando el instrumento Whoqol-Bref de la OMS, a fin de que en un futuro se promuevan estrategias e implementen programas para alcanzar un envejecimiento más saludable.

Etapas:

A continuación se explican de manera breve las fases que se llevaron a cabo durante el estudio para valorar la calidad de vida de los residentes.

Primera

Se solicitó autorización al Centro Gerontológico “Arturo Mundet” para la evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores.

Se invitaron a los adultos mayores de forma grupal e individual para que participarán en el estudio a fin de conocer su estado de salud física, psicológica y emocional así como su trato o relación con otros residentes.

La aplicación se realizó de manera individual. Primero se les aplicó el Mini-mental de Folstein (MMSE) para seleccionar aquellos que no presentarán problemas en su cognición y que pudieran contestar el test que mide la calidad de vida y la ficha sociodemográfica.

A los sujetos seleccionados (muestra) del total de la población se les dio a firmar su carta de consentimiento informado (anexo 4) y se les aplicaron los dos instrumentos restantes: Whoqol-Bref y la ficha sociodemográfica el mismo día.

Segunda

Para analizar la información se elaboró una base de datos donde se descargaron los datos obtenidos del Test del Mini-mental, la escala de calidad de vida Whoqol-

Bref y la ficha sociodemográfica a través del programa SPSS versión 15.0. Se calcularon las medidas descriptivas (promedio y desviación estándar) con prueba de "t" student y para las frecuencias y porcentajes χ^2 . Para todas las pruebas se buscó un valor de $p < 0.05$ como significancia estadística e índice de confianza (IC) de 95%.

Tercera

A partir de los resultados obtenidos y de su análisis se llevaron a cabo la discusión y las conclusiones con la finalidad de proponer alternativas o propuestas para mejorar la calidad de vida de las personas que viven en el Centro Gerontológico.

Escenario

La aplicación de los instrumentos se realizó de manera personalizada en el cubículo del área de gericultura perteneciente al departamento de Psicogerontología de aproximadamente 8 M², el cual cuenta con ventanas, con dos escritorios y cuatro sillas para entrevistar o atender a los adultos mayores, con la finalidad de evitar la distracción de los participantes y favorecer la privacidad.

Población

Universo de estudio:

El total de la población asilada era de 127 residentes, constituida por 80 mujeres y 47 hombres; entre 63 y 103 años de edad. En el momento del estudio se encontraban 25 sujetos en el área de crónicos (16 mujeres y 9 hombres) y 5 en el área de enfermería (3 mujeres y 2 hombres) los cuales no se incluyeron porque eran dependientes en sus actividades de la vida diaria y algunos con limitaciones en sus funciones mentales o presentar problemas de salud, y los restantes 97 en el área de ambulantes a los que se les consideraba funcionales o capaces de realizar sus tareas cotidianas de manera adecuada o aceptable. El MMSE se

aplicó a 90 residentes, descartándose a 23 por presentar deterioro moderado o severo, aceptándose a 42 por encontrarse dentro de los parámetros de deterioro leve o normalidad.

Participantes

La población está conformada una muestra de 42 sujetos de ambos sexos (23 mujeres y 19 hombres) entre 63 y 92 años que cubrían los criterios o requisitos para participar en el estudio.

Criterios de inclusión

Todas aquellas personas mayores que se encuentran en el área de ambulantes sin distinción de sexo, que muestren normalidad o deterioro cognitivo leve (MMSE: ≥ 20 puntos); no presenten déficit sensorial crónico y que sean funcionalmente semi-dependientes o independientes en sus actividades cotidianas, es decir, capaces de contestar el cuestionario.

Instrumentos de evaluación

Cuestionario (MMSE) “Mini-mental” de Folstein

El Mini-mental State Examination (MMSE) fue creado por Marshall Folstein en 1975, es una prueba neuropsicológica breve para evaluar la funcionalidad cognitiva de pacientes geriátricos (González-Hernández et al, 2009). El MMSE ha sido estandarizado y normalizado en varios idiomas y países; en México es de uso frecuente en la evaluación de las enfermedades demenciales, delirium y otras patologías. En un estudio realizado con población hispanoparlantes entre los 16 y 85 años de edad y con un nivel de estudios desde personas sin educación (analfabetas) hasta mayor de 10 años encontró una sensibilidad y especificidad desde el 50% hasta el 86.36% respectivamente dependiendo de su escolaridad (Ostrosky et al, 2009).

Sirve de prueba de tamizaje en la evaluación de enfermedades neuro-psiquiátricas. Consta de 11 ítems y una calificación máxima de 30 puntos: orientación temporal

(5 puntos); orientación espacial (5 puntos); recuerdo inmediato (3 puntos); atención y calculo (5 puntos); recuerdo diferido (3 puntos); repetición de frase (1 punto); comprensión de una orden verbal (3 puntos); comprensión de orden escrita (1 punto); escritura de una oración (1 punto) y copia de un diagrama (1 punto). Existen varias adaptaciones del Mini mental, en nuestro caso las puntuaciones son las siguientes: 0 a 15 puntos probable demencia; de 16 a 19 puntos trastorno cognitivo moderado; de 20 a 24 puntos deterioro cognitivo leve y de 25 a 30 puntos normal. El punto de corte es de 20 puntos (Anexo 1).

Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF)

El cuestionario World Health Organization Quality of Life Group Whoqol-Bref, es la versión breve del WHOQOL-100 que fue creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y fue traducido y adaptado para la población anciana mexicana por González-Celis y Sánchez-Sosa en 2003 (González-Celis et al, 2005; Mendoza et al, 2008). Cuenta con una consistencia interna de moderada a buena con valores de 0.66 a 0.82 para las cuatro áreas o dominios; así mismo con un 69.05 de validez de contenido.

Este instrumento mide cuatro dominios: salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente; el dominio físico y psicológico incluyen respectivamente los de independencia y espiritualidad de la versión completa. Consta de 26 ítems con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert, que va de 1 a 5 puntos. Las 2 primeras preguntas corresponden a calidad de vida en general y percepción del estado de salud en general. Las preguntas de la 3 a la 26 corresponden a las 4 áreas mencionadas:

Salud física: 7 preguntas (3, 4, 10, 15, 16 ,17 y 18) con un puntaje crudo máximo de 35 que se pondera a una escala de 100.

Aspectos psicológicos: 6 preguntas (5, 6, 7, 11, 19 y 26) con un puntaje crudo máximo de 30 que se pondera a una escala de 100.

Relaciones sociales: 3 preguntas (20, 21 y 22) con un puntaje crudo máximo de 15 que se pondera a una escala de 100.

Medioambiente: 8 preguntas (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25) con un puntaje crudo máximo de 40 que se pondera a una escala de 100.

El puntaje global es de 130 puntos el cual se pondera a una escala de 100. Las preguntas 3, 4 y 26 se puntúan inversamente.

El área de la salud física está relacionada con el dolor, medicamentos, la energía, la movilidad, sueño y actividades cotidianas. Los aspectos psicológicos con los sentimientos positivos y negativos, espiritualidad, concentración, apariencia, salud, satisfacción con la vida. Las relaciones sociales con el apoyo social, la actividad sexual y las relaciones personales. El medio ambiente con la seguridad, medio ambiente saludable, economía, actividades recreativas, hogar, servicios de salud, y transporte. La calidad de vida general con la calidad de vida global y la salud en general.

La calidad de vida se cataloga como mala, promedio y buena considerando el puntaje crudo por área y global.

El cuestionario debe ser autoaplicado aunque puede ser a través de una entrevista asistida o administrada en situaciones especiales.

Se recomienda en estudios donde interese verificar el nivel de vida (Anexo 2).

Ficha de datos sociodemográficos:

Se diseñó un formato de 8 reactivos en el cual se solicitó al participante sus datos generales mediante una entrevista que sirvieron de variables clasificatorias como son: su sexo, edad, estado civil, escolaridad, ingreso económico mensual, enfermedades crónico degenerativas que presenta actualmente, tiempo que lleva de residir en el centro y si acude a actividades ocupacionales o socioculturales dentro de dicho lugar (Anexo3).

Materiales

42 copias de consentimiento informado.

42 copias del test de Mini-mental.

42 juegos de copias del cuestionario de calidad de vida Whoqol-Bref.

42 copias de ficha de datos sociodemográfica.

Lápices

RESULTADOS

La población total estuvo constituida por 42 ancianos, de edades entre 63 y 92 años; 23 eran mujeres y 19 hombres. La edad media de la población general fue de 78.38 ± 7.22 años, para las mujeres 78.30 ± 8.19 y para los hombres 78.42 ± 6.05 años.

En el cuadro 1 se muestran los resultados encontrados de los factores sociodemográficos. En el que se señala que en cuanto a la percepción de ingreso económico son los hombres quienes alcanzan mayores porcentajes por pensión, jubilación o ayuda por parte del Gobierno; asimismo de los 19, solo 1 (11%) no percibe ningún ingreso en comparación con 8 (89%) de 42 las mujeres.

Con respecto a la participación en actividades ocupacionales y socioculturales son las mujeres quienes participan y están más activas dentro de la residencia (74%) 20 con respecto al (26%) 7 de los hombres.

En relación a la población en general el 50% es soltero (a) y el 35% es viudo(a), siendo mayor estas dos condiciones sociales en las mujeres (52% y 60%) en relación a los hombres.

De la población en general 71.5% cuentan con 6 años o menos de estudio, 14.25% de 7 a 9 años y con más de 9 años el otro 14.25%; siendo los hombres quienes tienen estudios más altos.

Con respecto a su permanencia en el centro tienen 3 años o menos el (67%) 14 de las mujeres y un (33%) 7 los hombres, siendo posteriormente esta frecuencia mayor (57%) 12 en los hombres contra (43%) 9 mujeres, superado este tiempo.

En cuanto al grupo por edad en ambos casos es mayor en las mujeres que el de los hombres tanto en el de 60 a 74 años (58%) 7 contra 42% 5 como en el de 75 o más años (53%) 16 contra (47%) 14.

En relación a la pluripatología (3 o más enfermedades) se da una mayor presencia en las mujeres con el (63%) 15 y solo un (37%) 9 en los hombres.

Cuadro 1. Frecuencia de variables sociodemográficas de la población por sexo.

Variable o factor	Femenino (n=23)	Masculino (n=19)
Percepción económica		
Sin ingresos	8 (89%)	1 (11%)*
Apoyo económico (tarjeta gobierno)	13 (46%)	15 (54%)
Pensión, jubilación, apoyo económico	2 (40%)	3 (60%)
Actividad o taller ocupacional		
Participa	20 (74%)	7 (26%)*
No participa	3 (20%)	12 (80%)
Estado civil		
Soltero(a)	11 (52%)	10 (48%)
Casado(a)	2 (100%)	0 (0%)
Viudo(a)	9 (60%)	6 (40%)
Separado(a)	1 (25%)	3 (75%)
Nivel de estudios		
Analfabeta	1 (50%)	1 (50%)
Alfabetizado	4 (67%)	2 (37%)
Primaria incompleta	7 (64%)	4 (36%)
Primaria completa	6 (55%)	5 (45%)
Secundaria incompleta	1 (100%)	0 (0%)
Secundaria completa	3 (60%)	2 (40%)
Medio superior o más	1 (17%)	5 (83%)
Tiempo de residencia en el centro		
De 1 día a 3 años	14 (67%)	7 (33%)
Más de 3 años	9 (43%)	12 (57%)
Grupo de edad		
60 a 74 años	7 (58%)	5 (42%)
75 años o más	16 (53%)	14 (47%)
Patologías		
Ninguna a 2 enfermedades	8 (44%)	10 (56%)
3 o más enfermedades	15 (63%)	9 (37%)

*p<0.05 χ^2

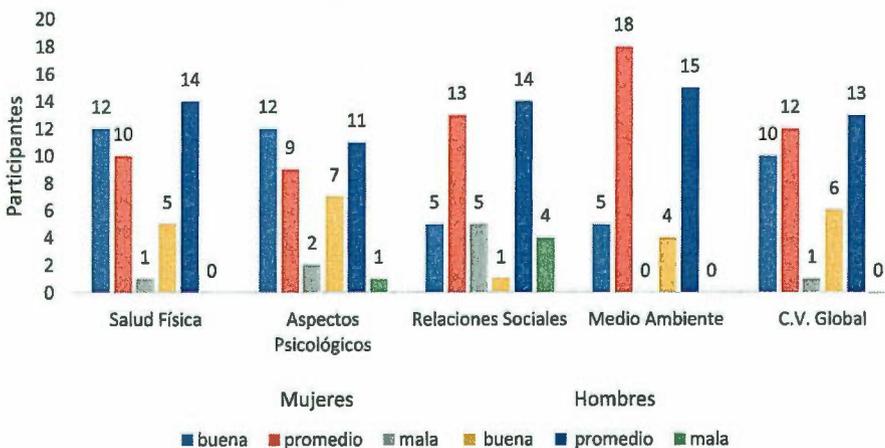
En la Gráfica 1 se mostró la frecuencia de las áreas o dominios y la calidad de vida global, donde se observó que la salud física es considerada como buena en (71%) 12 de las mujeres con respecto a (29%) 5 de los hombres; en esta área se encontró una participante mujer que consideró su salud física como mala.

En el área psicológica también las mujeres la percibieron como buena alcanzando una frecuencia mayor (63%) 12 en relación a los hombres (37%) 7. Consideraron como insatisfactorio o malo su estado emocional (67%) 2 mujeres y (33%) un hombre. En el dominio de las relaciones sociales los hombres se vieron en desventaja (17%) 1 contra un (83%) 5 de las mujeres que la consideran buenas. En esta área (55%) 5 mujeres y (45%) 4 hombres percibieron sus relaciones sociales como malas. En el área ambiental las mujeres reportaron mayores frecuencias (56%) 5 contra (44%) 4 de los hombres En esta área nadie de los participantes consideró su medio ambiente malo.

La percepción de su calidad de vida global en las mujeres fue buena en un (63%) 10 y por parte de los hombres (37%) 6. En esta área solo una participante mujer del total de la población consideró su calidad de vida global como mala.

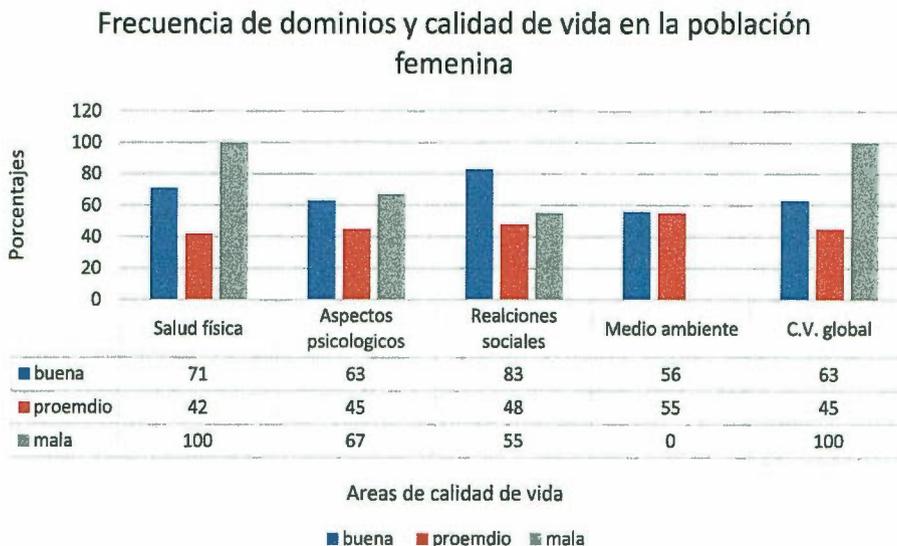
Gráfica 1

Frecuencia de dominios y calidad de vida global en la población por sexo

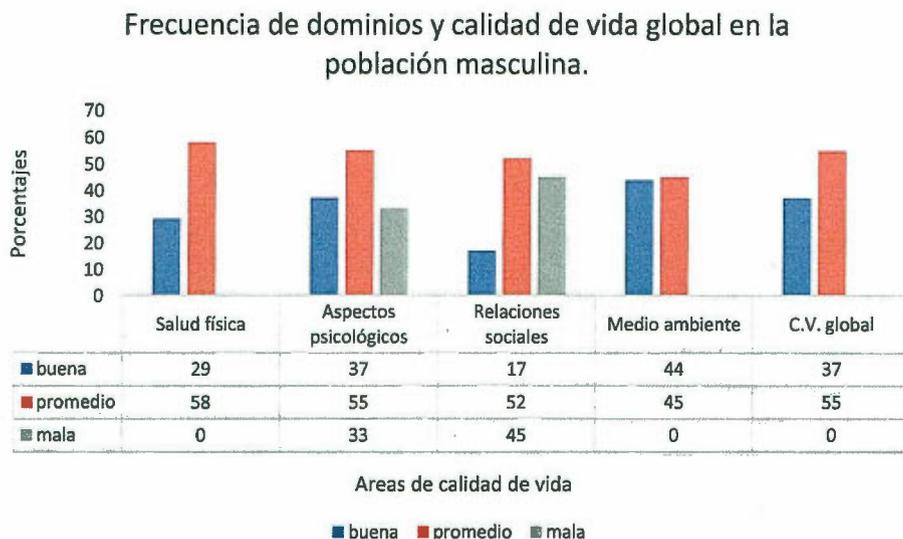


En la Grafica 2 y 3 se mostró los dominios y calidad de vida por porcentajes correspondientes a cada sexo.

Gráfica 2



Gráfica 3



En el cuadro 2 se observaron las medias y DE los dominios o áreas que integran la calidad de vida por grupo de edad de 60 a 74 años y ≥ 75 años.

Cuadro 2. Media y \pm DE de los dominios o áreas y calidad de vida total de la población de estudio.

Variable	60 a 74 años n = 12	≥ 75 años n = 30
Salud Física	26.08 \pm 4.25	24.30 \pm 4.40
Aspectos Psicológicos	22.92 \pm 4.71	21.37 \pm 4.11
Relaciones Sociales	9.83 \pm 2.55	9.43 \pm 1.92
Medio Ambiente	28.67 \pm 5.34	25.10 \pm 3.71*
Calidad de Vida	93.33 \pm 14.20	87.50 \pm 12.41

*t Student *p < 0.05 p=0.018

En el cuadro 3 se observaron diferencias en las medias \pm DE por grupo de patologías y calidad de vida.

Cuadro 3. Media y \pm DE por grupo patológico y dominios de calidad de vida de la población de estudio.

Variable	0 a 2 patologías n= 18		3 o más patologías n= 24	
	Media	\pm DE	Media	\pm DE
Salud física	25.61	3.86	24.21	4.72
Aspectos psicológicos	23.72	3.49	20.38	4.34*
Relaciones sociales	9.67	2.47	9.46	1.81
Medio ambiente	26.17	4.24	26.08	4.74
Calidad de vida total	92.61	12.07	86.58	13.43

*t student $p < 0.05$ $p = 0.011$

En relación con los resultados del cuadro 4 se mostraron la frecuencia del Mini mental obteniendo una buena calidad de vida global con el 88% aquellos que obtuvieron un puntaje normal (25 a 30 puntos) en dicho test de Folstein.

Cuadro 4. MMSE por calidad de vida global.

Calidad de vida global	Mini mental	de Folstein
	Deterioro cognitivo leve 20-24 puntos	Normal 25-30 puntos
Mala	0 (0%)	1 (100%)
Promedio	12 (48%)	13 (52%)
Buena	2 (12%)	14 (88%)*

* χ^2 $p < 0.0$

En el cuadro 5 se señalaron la frecuencia del puntaje normal obtenido en el Mini mental por grupo de edad en los que se observó un 83% para el grupo de 60 a 74 años y de un 60% en la población que tiene ≥ 75 años.

Cuadro 5. MMSE por grupo de edad.

Grupo de edad (años)	Mini mental	de Folstein
	Deterioro cognitivo leve 20-24 puntos	Normal 25-30 puntos
60 a 74 años	2 (17%)	10 (83%)
≥ 75 años	12 (40%)	18 (60%)

En la figura 1 se mostró el porcentaje de la calidad de vida global por grupo de edad.

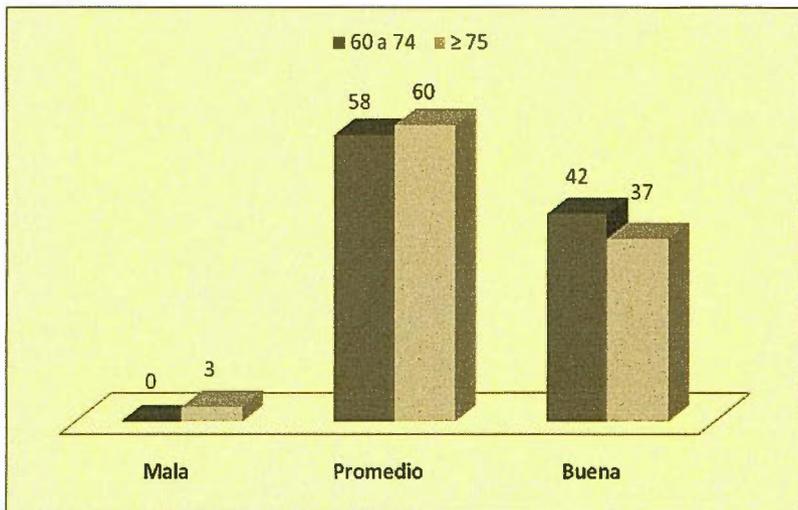


Figura 1. Porcentaje de calidad de vida global por grupo de edad.

En la figura 2 se señaló el porcentaje de la calidad de vida global por sexo.

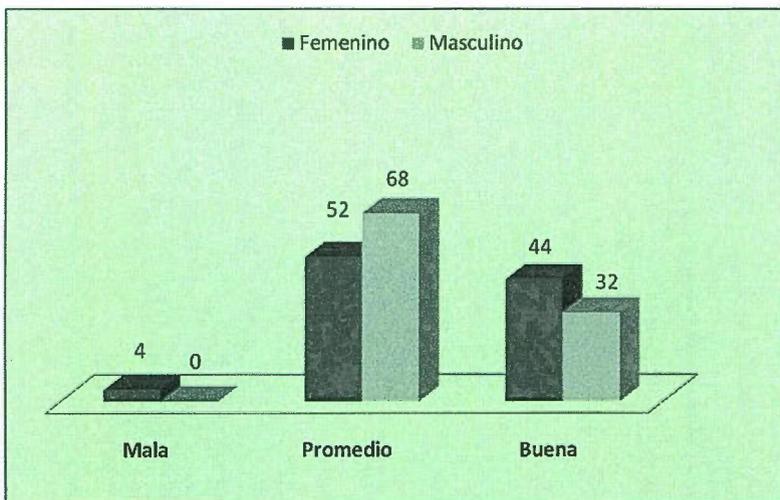


Figura 2. Porcentaje de calidad de vida global por sexo

En la figura 3 se observó el porcentaje de la calidad de vida global por pluripatología.

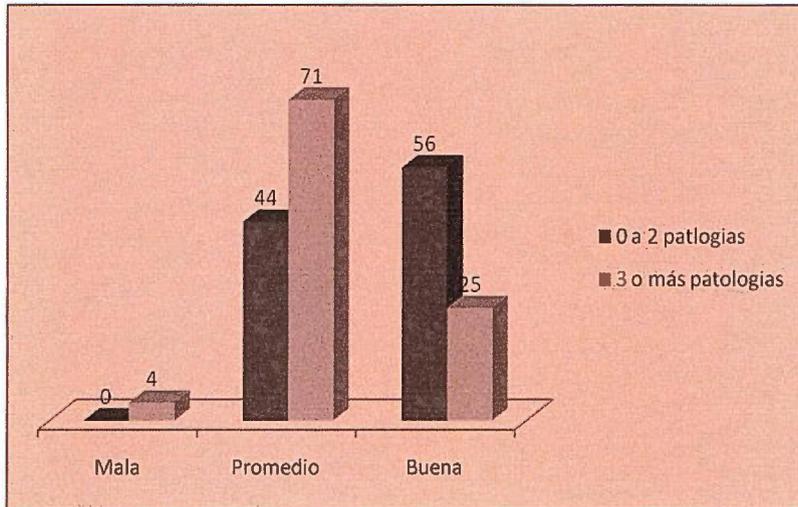


Figura 3. Porcentaje de calidad de vida global por patología por grupo.

En la figura 4 se señaló el porcentaje de MMSE y calidad de vida global.

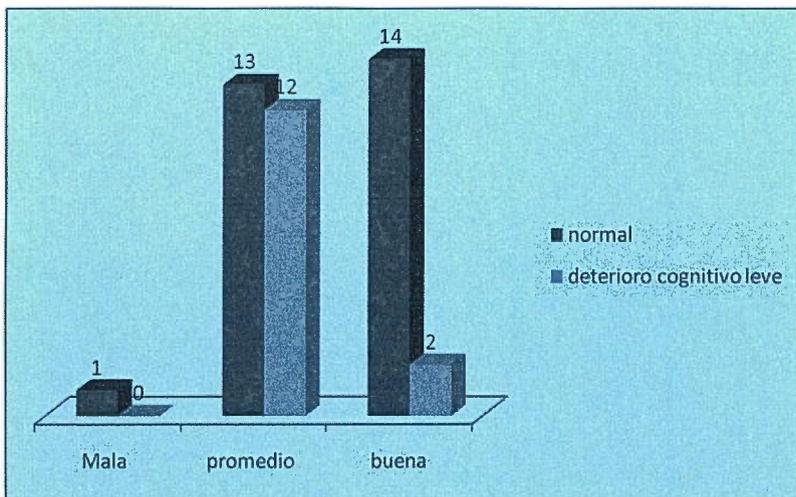


Figura 4. MMSE y calidad de vida global

En la figura 5 se mostró el porcentaje de MMSE y grupo de edad.

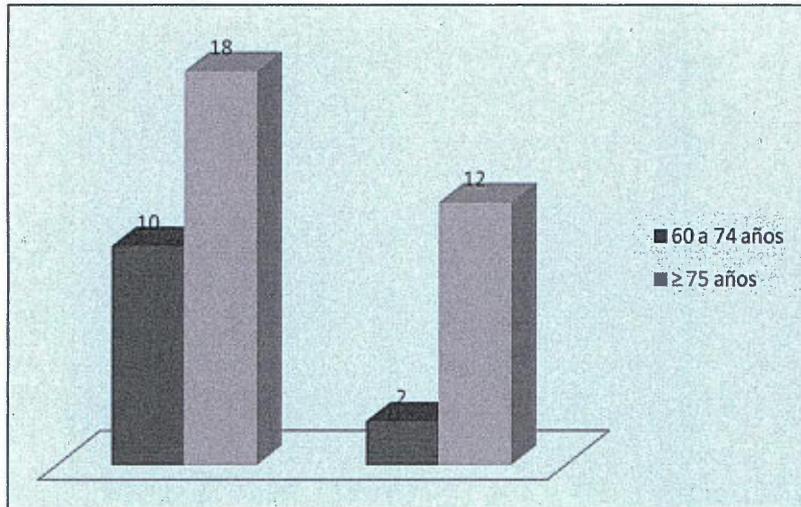


Figura 5 MMSE por grupo de edad.

DISCUSIÓN

En los resultados obtenidos en los datos sociodemográficos se encontró un mayor porcentaje de participantes mujeres que de hombres, así como también son las mujeres las que alcanzan a vivir más años, lo cual coincide con lo comentado en la Cumbre del Envejecimiento organizada por la ONU (2002, Quintanar, 2013; IAAMDF, 2010; INAPAM, 2010) quienes afirman que existe una feminización del envejecimiento. Zúñiga (2013) al respecto señala que existen un 10% más mujeres que de hombres entre las personas de 60 y 64 años los cuales se incrementa a 20% entre 75 y 79 años.

Así mismo, González-Aragón (2006) menciona que el promedio de expectativa de vida en México es de 76 años y donde el grupo de la población que más ha crecido es el de los 75 años y más considerado como los "viejos viejos" por la gerontología. Referente a esto se reporta que la edad media que la población alcanzó es un poco mayor a 78 años tanto para los hombres como para las mujeres. Según Papalia et al (2012) dentro de la misma población de ancianos el grupo que cuenta con 80 años y más es el que está creciendo con mayor rapidez en diversas partes del mundo, el cual es de 19% y se estima que para el 2040 será de 233%.

Para Zúñiga (2013) en este grupo de 75 años y más de edad, se presenta un incremento mayor de las enfermedades de tipo mental como lo son los procesos demenciales, lo cual también encontró (INAPAM, 2010; IAAMDF, 2010) quienes reportan un mayor deterioro en la población femenina lo cual coincide con los resultados de este trabajo al comparar el MMSE por grupo de edad, al incrementarse la edad aparece el deterioro cognitivo leve, pasando de un 17% (2) al 40% (12) en la población al rebasar los 75 años.

En lo que respecta a las enfermedades crónicas no transmisibles o degenerativas el INAPAM (2010) refiere que estas afectan la esperanza y calidad de vida de las personas mayores en cuanto estas alcanzan edades más tardías, lo cual se encontró en este trabajo al presentarse una mayor pluriopatología, sobre todo en

las mujeres e incrementarse el deterioro cognitivo, y alcanzar edades más avanzadas, lo cual disminuyó y repercutió en una buena calidad de vida.

Con relación a la percepción de ingresos fueron los hombres quienes alcanzaron una mayor proporción en al ver sido los que se ocuparon o trabajaron durante su vida productiva en alguna organización logrando alguna compensación, ya que las mujeres lo hicieron de manera informal o no laboraron. Al respecto Arraga y Sánchez (2007) comentan que las actividades tienen el propósito de desarrollar potencialidades y aptitudes así como ofrecer ocupación del tiempo y compañía con otras personas además de ofrecer entretenimiento y diversión lo que repercute en su calidad de vida.

Espinoza et al (2010) a través del Whoqol-Bref y Azpiazu et al (2003) aplicando el Euroqol, reportan que la calidad de vida es dependiente de un mejor nivel educacional y socioeconómico y de una mayor participación social, lo cual concuerda con lo que se encontró, que percibir una aportación económica y acudir al taller de actividades ocupacional son significativos, en el primer caso para los hombres y en el segundo para las mujeres. En este sentido William et al (2011) menciona que más que la actividad es el contacto o la relación lo que mejora la calidad de vida.

Se encontró que al taller de actividades ocupacionales asistieron más mujeres que hombres al ser actividades propias de su género relacionadas con actividades de costura y tejido o bordado como manualidades siendo la participación mínima por parte de los varones, lo cual William y et al (2011) consideran que los adultos mayores necesitan ser productivos y activos para disfrutar de la vida lo que mejorara su calidad de vida ya que su restricción de la participación de sus roles afectan su sentimiento de utilidad disminuyendo su bienestar.

Los resultados obtenidos permiten ver que la percepción de las personas mayores residentes del centro considera que su calidad de vida global es promedio ("regular"). Sin embargo, las mujeres manifestaron una mejor calidad de vida global que los hombres, no obstante de presentar una mayor pluripatología. Desde esta perspectiva Barrón (2006), refiere que entre la población de adultos mayores

más que el deterioro biológico y corporal o las enfermedades, la actitud negativa hacia el envejecimiento depende de factores psicológicos y emocionales, lo cual repercute en su calidad de vida; lo cual estaría compensado por el uso de sus estrategias de afrontamiento señaladas por González-Celis y Padilla (2006); y la resiliencia o resistencia para Hildon et al (2010) ante la adversidad que utilizan los ancianos para hacer frente a sus problemas de salud, pérdidas o conflictos y adaptarse a las situaciones; así como por su sentido de la vida en las personas mayores que de acuerdo a Pastorizzo et al (2009), los adultos mayores son capaces de compensar algunos déficit neuropsicológicos que aparecen en el envejecimiento normal o una enfermedad y con el cual se puede tener una mejor calidad de vida.

Con relación a la esfera psicológica los hallazgos nos permiten confirmar que las mujeres aventajan a los hombres en dicha área emocional. Yasuko et al (2005) refiere que las mujeres tienden a presentar una mayor satisfacción con la vida al presentar una mayor intensidad y frecuencia tanto en sus emociones positivas como negativas; lo cual se intensifica al buscar en la espiritualidad su tranquilidad o bienestar. Así mismo, confirmamos que los problemas de salud física repercuten en el estado psicológico y anímico y en sus relaciones sociales limitando su calidad de vida.

En lo que se respecta a sus relaciones sociales es el dominio en el que ambos grupos de mujeres y hombres presentaron una mayor limitación debido a la insatisfacción en sus relaciones interpersonales y falta de apoyo de su red familiar o social; presentándose una mayor desventaja en los hombres con respecto a las mujeres al tener éstas un mayor contacto o relación entre ellas o visitantes. En cambio las personas que viven en su propio domicilio presentan una mayor integración social tanto por su red de apoyo social como por la satisfacción que les presentan dichas relaciones. En tanto que los que viven en hogares geriátricos señalan Estrada et al (2011) reducen el contacto con su familia y las amistades tendiendo al aislamiento y siendo sus interacciones pocas, hostiles y en ocasiones conflictivas. Desde esta perspectiva Pochettino (2004) comenta que los ancianos

en su comportamiento presentan aislamiento en sus relaciones sociales, dificultad para establecer nuevas relaciones afectivas, mostrándose sensibles y no lográndose adaptar a su nuevo ambiente y que sus conductas son una reacción defensiva ante el ambiente al cual viven como amenazante.

Fernández-Ballesteros (1997) señala en su estudio donde compara las condiciones diferenciales de calidad de vida en la vejez, que la calidad ambiental parece ser mejor en las instituciones públicas y privadas que los que viven en su domicilio o comunidad, lo cual es confirmado en nuestro caso al percibir las personas mayores que se les proporcionan y satisfacen sus necesidades primarias y básicas así como de salud, seguridad, su entorno favorable en relación de las condiciones en que se encontraban antes de residir en la Casa Hogar.

En diversos estudios donde se compara la calidad de vida entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados se ha señalado (Espinoza, 2010; Reig, 2000; Pinillos y Prieto, 2012; Molina y et al, 2008; López, 2009; Estrada et al, 2011) que los adultos mayores que viven institucionalizados su calidad de vida se ve afectada en comparación de los que residen en su domicilio o la comunidad ya que la institucionalización es un factor que actúa en la disminución de la autonomía de las personas mayores y que además tienen que adaptarse a un ambiente nuevo y a las normas institucionales, deteriorándose sus relaciones sociales, generando una reducción del contacto con la familia y amistades, dándose una falta de responsabilidades y de control de las tareas de la vida cotidiana, pérdida de la realidad, una pobre percepción de sí mismos y en ocasiones olvidándose de su historia personal.

Refieren (Cader, 2006; Lobo, 2007) que entre los ancianos institucionalizados la calidad de vida está en relación con su dependencia, estado mental y funcionalidad, lo cual concuerda con los resultados reportados en este trabajo al aumentar la edad, presentar una mayor pluripatología, incrementarse el tiempo de residencia y disminuir el funcionamiento cognitivo de las personas mayores albergadas su calidad de vida se ve afectada o vulnerada.

Al analizarse los resultados de este estudio con lo reportado en diversas investigaciones (Fernández, 2007; Fernández-Ballesteros, 1997; Maya, 2008) se constata que son diversos los factores que inciden para tener una mejor calidad de vida como lo son la posición social, el género, edad, economía, redes familiares, apoyo social, la educación, independencia y funcionalidad de la salud, encontrarse activos, mantener contactos sociales, estado emocional positivo, sentirse seguro en el medio donde se vive, etc.

CONCLUSIONES

El incremento de los adultos mayores requiere que se aborde y se tome en consideración a esta población en investigaciones para concientizar a la sociedad mexicana de la relevancia de la misma.

El presente trabajo surgió como una necesidad personal como psicólogo del Centro Gerontológico "Arturo Mundet" en el Departamento de Psicogerontología de conocer la calidad de vida de los adultos mayores que viven en la institución ante su heterogeneidad como individuos y las necesidades que presentan y requieren ser cubiertas para mejorar su calidad de vida.

Durante el desarrollo del trabajo se observó la importancia que tiene este reporte ya que al contar con una mejor calidad de vida los ancianos del Centro lo reflejaran en su integridad y dignidad como seres humanos al aceptar sus capacidades, sus logros y por qué no también sus fracasos.

Pudimos ver como esta población cuenta con estrategias "naturales" o que les han funcionado con anterioridad para enfrentarse a su envejecimiento previniendo o adaptándose a situaciones. Los ancianos requieren ser reconocidos y valorados y no dejados en el olvido, no obstante, de haber disminuido o perdido sus capacidades.

Por lo que se hace necesario cambiar el estereotipo de la vejez en México de que el anciano es una persona dependiente y enferma que requiere ayuda.

Los cambios y modificaciones en la vejez pueden ser posibles por lo que debemos de promover los mismos a través de la actividad, independencia y participación de las personas mayores en su entorno.

Así como que se le brinden mejores servicios dentro de las Instituciones para su mejor atención brindándoles calidad y calidez además de capacitar y sensibilizar al personal que tiene contacto e interviene en el manejo manera directa de estas personas mayores.

También se hace necesario que se ponga una mayor atención por parte del Gobierno no únicamente para crear más centros o casas hogar para los ancianos, sino buscar estrategias para mantenerlos activos dentro de su comunidad o con su familia para evitar su desarraigo.

Los adultos mayores residentes del Centro en su mayoría cuentan con pobres redes de apoyo familiares y sociales, lo cual se complica al ser visitados en su mayoría en forma esporádica o nunca debilitándose el vínculo por la ausencia de sus encuentros o comunicación. Por lo que existe nula o poca participación por parte de los familiares para apoyar al adulto mayor ya sea de forma económica o moral.

Estamos ciertos que debemos enseñar o capacitar a los individuos asilados o no antes de que inicien o lleguen a su etapa de adultez tardía para que conozcan las características que se presentan a lo largo de la misma así como que sean capaces de planear su vida de manera individual dentro de la familia y de la sociedad para hacer frente a su envejecimiento independientemente de que vaya a ingresar a una casa u hogar para ancianos.

Así mismo, al terminar este reporte laboral se concluye que es de suma importancia la aplicación de estrategias y programas con el fin de favorecer un envejecimiento saludable no únicamente enfocado en el aspecto biológico, relacionado con sus limitaciones o enfermedades físicas sino también privilegiar el área psicológica, social y cultural.

La finalidad de este reporte fue conocer la calidad de vida de los residentes que viven en el Centro Gerontológico para dar pie a futuras investigaciones por lo que se sugiere realizar un trabajo en forma intra e interdisciplinaria con las demás áreas de dicho Centro, así como involucrar a los familiares de las personas mayores en caso de que existan y a la sociedad.

BIBLIOGRAFIA

- Aguiar, S. E. (2007). Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en el centro gerontológico (CNMAICG) "Arturo Mundet". TESIS. Esp. en Geriatría. UNAM.
- Agüera, O. L.; Martín, C. M.; Moríñigo, D. O.; Pelegrín V. C. (2002). Las Demencias. En (Editores) *Psiquiatría Geriátrica*. España: Masson.
- Alba, V. (1992). La historia social de la vejez. España. Laertes.
- Arraga, B. M. y Sánchez, V. M. (2007). Recreación y calidad de vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y en sus hogares. Un estudio comparativo. *Rev. Espacio Abierto*, vol. 16 núm. 4, oct-dic, pp. 737-756. Venezuela.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. vol. 35, núm. 2, pp. 161-164.
- Asociación de Psiquiatría Americana (2005). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) Barcelona: Masson.
- Ávila, F. A y Velarde, J. E. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Revista Salud Pública de México*. vol. 44 no. 4 pp. 349-361.
- Azpiazu, G. M.; Cruz, J. A.; Villagrasa, F. J.; Abanades, H. J.; García, M. N. y Álvarez de Mon, R. C. (2003). Calidad de vida en mayores no institucionalizados de dos áreas de Madrid. *Rev. Aten Primaria*, vol. 31 (5), pp.285-294.
- Baltazar, N. A. y Rodríguez, C. R. (1999). Evaluación de la calidad de vida en ancianos institucionalizados. TESIS. Facultad de Psicología. UNAM.
- Barrón, R. Y. (2006). Calidad de vida y actitud hacia el envejecimiento en adultos mayores. TESIS. Facultad de Psicología. UNAM.
- Barroso, S. R. (2008). Entrenamiento en calidad de vida a familiares y cuidadores primarios de pacientes con demencia. TESIS. Facultad de Psicología. UNAM.

Cader, S. A.; Guimaraes, A. C.; Vale, R. G.; Pernanbuco, C. S. Martín, E. H.; Rocha, C. (2006). Perfil de la calidad de vida y autonomía funcional de los ancianos asilados en una institución filantrópica en el municipio de Rio de Janeiro. *Fitness & Performance Jornal*, vol. 5 no. 4 pp. 256-261.

Camacho, S. R. E; Gámez, M. C. H.; Flores, G. A. V. y Guerrero, N. G. (2007). Programa de envejecimiento Activo del Instituto Nacional de Geriátría de México www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/37.pdf. 17/08/2014.

Cartwright, J. C.; Miller, L. y Volpin, M. (2009). Hospice in Assisted Living: Promoting Good Quality Care at End of Life. *The Gerontologist*. vol. 49, No.4, pp. 508-516.

Carvajal, G. R. (1997). Cuando la realidad se aleja del anciano. El enfermo demenciado y sus principales cuidados. México: Trillas.

Cevallos, S. G.E. (2011) Consecuencias psíquicas del abandono familiar en los ancianos de la institución hogar de vida 1. TESIS. Licenciatura en Psicología. Universidad Politécnica Salesiana de Quito, Ecuador.

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). (2002). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de la investigación. Madrid: Médica Panamericana.

Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE 10). (s.f.). Manual de pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en Atención Primaria. Secretaria de Salud (SSA).

Conde, J. L. (1997). Subjetivación y vinculación en el proceso de envejecimiento. *Anuario de Psicología. Psicogerontología*. No. 73, pp. 71-87.

Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2004). La situación demográfica de México. www.conapo.gob.mx/publicación/2004

Contreras, V. M. (2012). Propuesta de un taller para la creación de un proyecto de vida en los adultos mayores. TESINA. Facultad de Psicología. UNAM.

Cruz, R. A. (1996). *Psicología Gerontológica y Geriatría*. La Habana Cuba: Científico-Técnica.

Cueli, J.; Reidl, L. Marti; C; Lartigue, T. y Michaca P. (1990). *Teorías de la personalidad*. (3ª Ed.) (Reimp. 2013) México: Trillas.

Custodio, N; Herrera, E; Lira, D. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la facultad de medicina, vol. 73, núm. 4, Lima, Perú*. pp. 321-330.

Charazac, P. (2001), *Psicoterapia del paciente anciano y su familia*. España: Síntesis.

Delgado, R. R. (2013). *Curso de actualización en Gerontología*. Facultad de Psicología. DEC. UNAM. México.

Espinoza, S. I.; Osorio, P. P.; Jiron, A. M. (2010). Calidad de vida en adultos mayores de Santiago aplicando el instrumento Whoqol-Bref. *Revista de Salud Pública. vol. 14 (2-3)*, pp. 293-294.

Estrada, A.; Cardona, D; Segura, A.M.; Chavarriaga, L.M.; Ordoñez, J. y Osorio, J. J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica, vol. 31, núm. 4*.

Feldman, S.R. (2009). *Psicología con aplicaciones a los países de habla hispana*. (8ª Ed.). México: Mc Graw Hill.

Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología. Psicogerontología. No. 73*, pp. 89-104.

Fernández-Ballesteros, R. (1999). *Que es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.

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

Fernández, G. J. J. (2009), *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos sociales diferentes: España y Cuba*. TESIS Doctoral. Universidad de Valencia. España.

Ferraro, F. K. y Shippee, P. T. (2009). Aging and Cumulative Inequality: How Does Inequality Get Under the Skin? *The Gerontologist*. vol. 49, No.3, pp. 333-343.

Galindo, G; Villa, M; Balderas, C. E. (2004). La evaluación neuropsicológica del anciano. *Revista de salud mental*, vol. 27, núm. 3, pp.9-18.

García, M. J. y Sánchez, García, A. (1998). Un modelo de educación en los mayores: la interactividad. Madrid: Dykinson.

García, L.; Nebreda, O. y Perlado, F. (1993). Enfermedad mental en el anciano. Madrid: Díaz de Santos.

Gatti, A.E. (2012) Seminario cambio y conflictos en la adultez. Psicología de la edad adulta. Universidad del Salvador. [www.projeto progredir.com.br/images/bibliografia.definitiva.psicología de la edad adulta](http://www.projetoprogredir.com.br/images/bibliografia.definitiva.psicologia%20de%20la%20edad%20adulta).

Gognalons-Nicolet, M. (1994). Desarrollo, envejecimiento y realización personal. En Buendía (comp.) *Envejecimiento y psicología de la salud* (35-51). España: Siglo XXI.

González Aragón, G. J. (1995). Psicología y envejecimiento. En Asili N. (comp.) Universidad de las Américas y Sociedad de Geriatria y Gerontología. México.

González Aragón G. J. (1997). Aprendamos a envejecer sanos. Manual de autocuidado y salud en el envejecimiento (4ª Ed). México: Costa-Amic.

González Aragón, G. J. (2006). Plan Integral Anti-envejecimiento (5ª Ed.) México: Costa-Amic.

González-Celis, R. A.L. (2011). Calidad de vida en el adulto mayor. Consultado en www.geriatriatria.salud.gob.mx/descargas/34pdf.

González-Celis. R. A. L.; Esquivel, H. I. A. y Jiménez, F. J. (2005). Impacto de un aula para personas mayores sobre calidad de vida. Una experiencia intergeneracional. Avances de un proyecto. *Rev. Interamericana de Educación de Adultos*. Año. 27, No. 1, pp. 95-109.

- González-Celis, R. A. L. y Martínez, C. R. L. (2009) Análisis comparativo de la calidad de vida y la ansiedad en jóvenes estudiantes universitarios y adultos mayores. *Revista mexicana de Investigación en Psicología* vol. 1 no. 1.
- González-Celis, R. A. L. y Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Rev. Universitas Psychologia*, vol. 5, núm. 3, oct-dic. pp. 501-509.
- González-Celis, R. A.L.; Trón, A. R. y Chávez, B. M. (2009). Evaluación de la calidad de vida a través del WHOQOL en población de adultos mayores en México. UNAM. FESI. México.
- González, M. M. R. (2000). Cuando la tercera edad nos alcanza. Crisis o retos. México: Trillas.
- González-Hernández, J; Aguilar, L; Oporto, S; Araneda, A.; Vásquez, M. y von Bernhardi, R. (2009). Normalización del "Mini-Mental State Examination" según edad y educación, para la población de Santiago de Chile. *Rev. Memoriza.com*, núm. 3, Chile. pp. 23-34.
- Guzmán, G. N. (2008). Autopercepción de calidad de vida y satisfacción del apoyo familiar en el adulto mayor. TESIS. Facultad de Medicina. Dip. Medicina Familiar. UNAM.
- Hildon, Z, M.A.; Montgomery S.; Blane, D.; Wiggins, R. y Netuveli, G. (2010). Examining Resilience of Quality of Life in the Face of Health-Related and Psychosocial Adversity at Older Ages: What is "Right" About the Way We Age? *The Gerontologist*. Vol. 50, No. 1, pp. 36-47.
- Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal. (IAAMDF) (2010). Perfil del estado de salud de las personas mayores en unidades territoriales de muy alta y alta marginación en el D.F. México.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) (2010). Por una cultura del envejecimiento. México.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2005). Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. Consultado en www.inegi.gob.mx
- Jiménez, G. M. L. (2013), Análisis de calidad de vida y funcionalidad en adultos mayores residentes del centro gerontológico (CNMAICG) "Arturo Mundet". TESIS. Facultad de Medicina. Esp. Rehabilitación. UNAM.
- Katsching, H.; Freeman, H. y Sartorius N. (2000). Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Lammoglia, E. (2007). Ancianidad, ¿camino sin retorno? México. Random House Mondadori.
- Lobo, A. S.; Santos, M. P. y Carvalho, J. (2007). Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Revista española de Geriatria y Gerontología*. 42 (1), pp. 22-26.
- López, M. L. (2009). Calidad de vida y autoconcepto en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. TESIS. Facultad de Psicología. UNAM.
- Maya, S. L. H. (2003). Componentes de la calidad de vida en adultos mayores. Servicio de la Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación. www.funlibre.org/documentos/lemaya2.htm-101k
- Mendoza, N. V. M. (2008). (Coord.) Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad. (2ª Ed.) FESZ. UNAM.
- Mendoza, N. V. M.; Sánchez R. M.A.; Vargas G. L.A.; Robledo, E.; Arronte R. A.; Reyes, G. J. A. (2004). Enfermedades más frecuentes durante el envejecimiento. (Edit.) *Gerontología Comunitaria*. FESZ. CONACYT-Gobierno del Estado de Hidalgo. pp 115-263.
- Miguel, J. A. y Ortiz, H. D. (2006). Gerontología, Geriatria y Medicina Interna. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM. www.facmed.unam.mx/deptos/salud/enseñanza/spivsa/anciano/05_gerontología.

- Millán, C. J. C. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. *Rev. Galega de Economía, Universidad de Compostela*, vol. 20, pp. 1-13.
- Molina, S. C.; Meléndez, M. J. C. y Navarro, P. E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*. vol. 24, núm. 2 dic. pp. 312-319.
- Muñoz, T.J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide.
- Navarro, O. R. (2008). *Homeopatía ante la enfermedad de Alzheimer y demencias similares*. Biblioteca Homeopática Clásicos y Similares. México.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1997). WHOQOL. Calidad de vida. Medición de la calidad de vida. Programa de Salud Mental.WHO/MSA/MNH/PSF/97-4.
- Olaechea, R. M. S. (2012). Calidad de vida, autoestima, y felicidad en mujeres durante el climaterio de estrato socioeconómico medio-alto y bajo en la ciudad de Lima, Perú. *Revista de Universidad Femenina*. 17 (1), pp. 181-193.
- Ortiz De la H, D. (2006). Aspectos sociales del envejecimiento. En *Antología Salud del anciano*. Salud Pública IV. Facultad de Medicina. UNAM. pp. 79-93.
- Oruela, S. R.; Rodríguez, C. A.; Carmona M. J.; Moreno, A. A.; García, L.A. y Pintor, C. C. (2008). Anciano frágil y calidad de vida. Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria. *Rev. Clínica de Medicina de Familia*, vol. 2 núm. 3, pp. 101-105.
- Ostrosky-Sánchez, F; López-Arango, G. y Ardila, A. (2009). Sensitivity and Specificity of the Mini-Mental State Examination in a Spanish-Speaking Population. *Applied Neuropsychology, UNAM, 2000, vol.7, No.1*, pp. 25-31.
- Pando, M. M; Aranda, B. C. y Amezcua, S. M.T. (2004). *Salud y enfermedad mental en la tercera edad*. México: Universidad de Guadalajara.
- Papalia, E.D.; Feldman, R. D. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. (12ª Ed). México: McGraw Hill.

Papalia, E. D.; Sterns, H. L.; Feldman, R. D. y Camp, C. J. (2009). Desarrollo del adulto y vejez. (3ª Ed.). México. Mc Graw Hill/Interamericana.

Papalia, E.D. y Wendkos O.S. (1997). Desarrollo humano con aportaciones para Iberoamérica (6ª Ed). México: McGraw Hill.

Pastorizzo, O. D.; Cespedes, A.; Ramírez, G. C.; Padilla R. M. Gaviria, J. N. y Guerrero, B. V. (2009). Evaluación de la calidad de vida del adulto mayor en el asilo San Pedro Claver de Cartagena de Indias. Colombia. *Ciencia y Salud Virtual*. vol.1 no.1, pp. 69-79.

Peña, P.B.; Terán, T.M.; Moreno, A.F y Bazán, C.M. (2009). Autopercepción de la calidad de vida en el adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*. vol. 14, núm. 2 abril-junio, pp. 33-61.

Pérez, M. A. (2006). Enfermería Geriátrica. España: Síntesis.

Peter, R. (2004). Visión humana en la vejez. Un enfoque de la antropología del límite. En Asili N. *Vida plena en la vejez*. pp. 246-252. México: Pax.

Pochettino, E. (2004). Espiritualidad y crecimiento interior en la vejez. En N. Asili. *Vida plena en la vejez*. pp. 296-326. México: Pax.

Pinillos, P. Y. y Prieto, S. E. (2012). Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla Colombia. *Rev. de Salud pública*. vol. 14, núm. 3, pp. 436-445.

Pruchno, R.A.; Wilson-Genderson, M.; Rose, M. y Cartwright, F. (2010). Successful Aging: Early Influences and Contemporary Characteristics. *The Gerontologist*. Vol. 50, No. 6, pp. 821-823.

Quintanar, O. F. (2011). Escenarios gerontológicos: nuevos espacios para la intervención del psicogerontólogo. *Atención psicológica de las personas mayores. Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento*. (Coord.) Pax: México. pp. 325-335.

Reig, F. A. (2000). La calidad de vida en gerontología como constructo psicológico. *Rev. Geriátría y gerontología* No. 35 (S2) pp. 5-16.

Requejo, O. A. (2007). La formación de la adultez tardía. *Revista portuguesa de pedagogía*, 2007, Año 41-3, pp. 11-32.

Rodríguez, U. A.; Valderrama O. L; Molina, L. J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Revista Psicología del Caribe. Colombia: Universidad del Norte. núm, 25*, pp.246-258.

Rojas, A. A. (2011). México con bajo índice en calidad de vida: OCDE. El financiero en línea. Miércoles 25 de mayo 2011. www.elfinanciero.com.mx/index.php/economia/25739.

Salvarezza, L. (1998). La vejez. (Comp.) Paidós: Argentina.

Sánchez, B. S. S. (2009). Propuesta de un taller de estimulación de la memoria para personas adultas mayores. TESINA. Facultad de Psicología. UNAM.

Sánchez, S. C. D. (2000). Gerontología social. Bs. As. Argentina: Espacio.

Sandoval G. M.A. (2010) Breve historia del DIF DF. educacionmedicacontinuadaifdf.blogspot.com.mx. 26/03/2014.

San Molina, L y Arranz, M.A. (2002). Trastornos por el uso del alcohol y otras sustancias. En (Edit.). *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson. pp. 543-565.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (2012). Reglamento Interno de los Centros Nacionales Modelos de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica y Casas Hogar para Ancianos.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (2012). Manual de Procedimientos de la Dirección General de Integración Social.

Tuesca, M. R. (2005). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Revista Salud Uninorte, Barranquilla Colombia. No. 21*, pp. 76-86.

Trejo, M. C. (2001). El viejo en la historia¹⁰. *Acta Bioética, Universidad de Chile, vol. VII, núm. 1*, 7-119.

Triado, C. y Villar, F. (1997). Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. *Anuario de Psicología*. No. 73, 1997 (2), pp. 43-55, Barcelona: Paidós.

Uriarte, B. V. (1997). Farmacodependencia. *En Manual Clínico de Psiquiatría*. (Dupont, Comp.) México: Ciencia y Cultura Latinoamericana. pp. 51-68.

Valdés, M. M. A. (1997). Psicogeriatría para médicos generales integrales. Santiago de Cuba: Oriente.

Victoria, G-V. C.R.; González, B. L.; Fernández, G. M. y Ruíz, R. J. (2005). Calidad de vida y salud en la tercera edad. Una actualización del tema. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, UNAM vol. 8 núm. 3, dic.*

Villatoro, J.; Medina, M. M.E.; Fleiz, B.C.; Moreno, L. M.; Oliva, R. N.; Bustos, G. M.; Fregoso, I. D.; Gutierrez, L. M. y Amador, B. N. (2012). El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. Instituto Nacional de Psiquiatría R. de la Fuente. *Salud Mental, vol. 35, núm. 6*, pp. 447-457.

William, M. J.; Anderson, A. H; Dussan, J.C.; Alvarez, B. J. A. y Carvajal, R. J. A. (2011). Calidad de vida en ancianos institucionalizados en Pereira. *Rev. Colombiana de Psiquiatría. vol. 40, núm. 4*, pp. 700-708.

Yasuko, A. B.; Romano, S. y Noraya, G. M. R. (2005). Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología vol.10, núm. 1*, pp. 93-102.

Zuñiga, S. T. (2013). Bioética y Calidad de vida. México: Medica-Panamericana.



CENTRO NACIONAL MODELO DE ATENCION, INVESTIGACION
CAPACITACION GERONTOLOGICO "ARTURO MUNDET"
DEPARTAMENTO DE PSICOGERONTOLOGIA

PRUEBA MINIMA PARA DETERMINACION DEL ESTADO MENTAL
(MMSE)

NOMBRE: _____
SEXO: _____ EDAD: _____
FECHA: _____
ESCOLARIDAD (EN AÑOS) _____

CALIFICACION MAXIMA CALIFICACION OBTENIDA ORIENTACION

PREGUNTE: ¿QUE FECHA ES HOY? DESPUES COMPLETE SOLO LAS PARTES OMITIDAS. FORMULANDO LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- 5 _____ ¿EN QUE AÑO ESTAMOS? ()
- ¿EN QUE MES ESTAMOS? ()
- ¿QUE DIA DEL MES ES HOY? ()
- ¿QUE DIA DE LA SEMANA? ()
- ¿QUE HORA ES APROXIMADAMENTE? ()

PREGUNTE: ¿EN DONDE NOS ENCONTRAMOS AHORA? (CASA, CONSULTORIO, HOSPITAL, ETC.) PARA OBTENER LA INFORMACION HAGA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- 5 _____ ¿EN QUE LUGAR ESTAMOS? ()
- ¿EN QUE PAIS ESTAMOS? ()
- ¿EN QUE ESTADO? ()
- ¿EN QUE CIUDAD O POBLACION? ()
- ¿EN QUE COLONIA O DELEGACION? ()

- REGISTRO
 - 3 _____ DIGA CLARA Y LENTAMENTE LAS PALABRAS: FLOR, COCHE; NARIZ.
DESPUES PIDA AL PACIENTE: "REPITA LAS 3 PALABRAS", CALIFIQUE LA EJECUCION EN EL PRIMER INTENTO.
 - FLOR ()
 - COCHE ()
 - NARIZ ()
- Número de ensayo (1 a 6).

ATENCION Y CÁLCULO

- 5 _____ PIDA AL PACIENTE: "RESTE DE 2 EN 2 A PARTIR DE 40. SE TRATA DE CONTAR HACIA ATRÁS RESTANDO CADA VEZ 2, POR EJEMPLO: 40 MENOS 2= 38. CONTINUE HASTA QUE YO LE DIGA QUE SE DETENGA" (DETENGAO DESPUES DE 5 RESPUESTAS, NO PROPORCIONE AYUDA).

38 () 36 () 34 () 32 () 30 ()

SI EL PACIENTE SE NIEGA SE LE PIDE QUE DELETREE LA PALABRA "MUNDO"
HACIA ATRÁS

O () D () N () U () M ()

3 EVOCACION

PIDA AL PACIENTE: "REPITA LAS TRES PALABRAS QUE LE PEDI QUE
RECORDARA"

FLOR () COCHE () NARIZ ()

2 LENGUAJE

NOMBRAR: MUESTRE AL PACIENTE UN RELOJ Y UNA MONEDA Y PREGUNTELE:
¿COMO SE LLAMA ESTO?"

RELOJ ()

MONEDA ()

1 REPETICION: "REPITA LO SIGUIENTE: NO VOY SI TU NO LLEGAS TEMPRANO"

3 COMPRESION: SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

TOME UN PAPEL EN SU MANO DERECHA ()

DOBLELO POR LA MITAD ()

Y PONGALO SOBRE EL PISO ()

1 LECTURA: "POR FAVOR HAGA LO QUE DICE AQUÍ" (MUESTRE LA FRASE
CIERRE SUS OJOS).

1 ESCRITURA:

"ESCRIBA UNA ORACION QUE TENGA SENTIDO CON SUJETO Y VERBO"

1 COPIA DE MODELO: "COPIE ESTE DISEÑO"

(MUESTRE LA FIGURA DE LOS PENTAGONOS)

0-15 PROBABLE DEMENCIA

16-19 TRASTORNO COGNITIVO MODERADO

20-24 DETERIORO COGNITIVO LEVE

25-30 NORMAL

PSICOLOGO RESPONSABLE

INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL¹

Nombre _____

Sexo _____ Fecha de nacimiento _____

Fecha de aplicación _____

¹ Traducción y adaptación: González-Celis, R. A. L. y Sánchez-Sosa, J. J. (2001)

Instrucciones: Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste todas las preguntas.** Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, **por favor seleccione sólo una**, la que le parezca más apropiada.

Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en **las últimas dos semanas**. Por ejemplo pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacerse sería:

		No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
	¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted deberá poner un círculo en el número que mejor corresponde de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con un círculo el número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describa.

Ahora puede comenzar:

		Muy pobre	Pobre	Ni Pobre Ni Buena	Buena	Muy buena
1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cuánto ha experimentado sobre ciertos aspectos en las dos últimas semanas:

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

Las siguientes preguntas son acerca de qué tan completamente ha experimentado. O ha tenido usted oportunidad de llevar a cabo ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	La mayor Parte del tiempo	Completamente
10	¿ Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿ Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5

		Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	La mayor parte del tiempo	Completamente
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas le piden contestar qué tan bien o satisfecho se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas.

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
23	¿ Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar dónde vive?	1	2	3	4	5
24	¿ Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿ Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a con qué frecuencia usted ha sentido o experimentado en las dos últimas semanas.

		Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
26	¿ Con que frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	5	4	3	2	1

¿Le ayudó alguien a usted a llenar esta forma? _____

¿Cuánto tiempo le tomó completar esta forma? _____

¿Tiene usted algún comentario acerca de la evaluación? _____

Evaluador(a) _____ Supervisor(a) _____

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- Sexo: () mujer () hombre

2.- Edad: _____

3.- Estado civil: () soltera(o) () viuda(o) () casada(o)

4.- Escolaridad:

() Analfabeta

() Alfabetizado

() Primaria incompleta

() Primaria completa

() Secundaria incompleta () preparatoria incompleta

() Secundaria completa () preparatoria completa otro_____

5.- Ingreso económico mensual recibido: _____

6.- Enfermedades que el anciano presenta en el momento o padece (degenerativas):

7.- Tiempo que lleva viviendo en la casa hogar: _____

8.- Actividades a que asiste el anciano dentro de la casa hogar centro:

() Taller de terapia ocupacional () actividades socioculturales () ninguna

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación que se realizará sobre **Calidad de Vida en los Adultos Mayores en el Centro Gerontológico “Arturo Mundet”** tiene como finalidad obtener información que permitirá describir las características de la calidad de vida de las personas mayores de 60 años y más que residen en dicho centro.

A todos los participantes se les aplicará un cuestionario y entrevistará.

La aceptación a participar en este estudio es enteramente voluntaria. Por lo que si decide no hacerlo no le afectará en su estancia en el centro.

Manifiesto que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y el propósito de este estudio y de los procedimientos que de él se derivan. Me han aclarado todas las dudas e igualmente se me ha explicado que el estudio no representará riesgo para mi salud e integridad física, mental y social. Se me ha asegurado el carácter anónimo y la confidencialidad de la información.

CONSENTIMIENTO

Consiento en participar en el estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo o me lo han leído en presencia de un familiar responsable.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de un familiar (testigo)

Nombre y firma del investigador (testigo)

En caso de no saber leer ni escribir, poner huella digital.

México, D.F., a _____ de _____ del _____