



CENTRO UNIVERSITARIO DE TAXCO

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE UNAM 8991-25 ACUERDO CIREyTG 32/13 DE FECHA 2013/2014

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Análisis sobre el crecimiento demográfico
en la vejez y estrategias de intervención**

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

KARLA PORCAYO VENTURA

NOMBRE DEL ASESOR

LIC. CLAUDIA NARVAEZ CASTREJON

CD. MX. 2023



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.



CENTRO UNIVERSITARIO DE TAXCO
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE UNAM 8991-25 ACUERDO CIREyTG 32/13 DE FECHA 2013/2014

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Análisis sobre el crecimiento demográfico
en la vejez y estrategias de intervención**

T E S I S A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

KARLA PORCAYO VENTURA

DIRIGIDO:

NOMBRE DEL ASESOR

LIC. CLAUDIA NARVAEZ CASTREJON

SINODALES

LIC. CLAUDIA NARVAEZ CASTREJON

PRESIDENTE

LIC. IRMA ELIZABETH ALCO CER ARRIAGA

SECRETARIO

DRA. KAREN ITZEL RODRIGUEZ MATA

VOCAL

Taxco, Guerrero; a febrero 2023

DEDICATORIAS

El cumplir hoy esta meta después de haber recorrido un amplio camino, por las distintas instituciones educativas a las cuales debí asistir para formarme; además de cursar por distintas etapas de mi vida personal, en donde siempre estuvo y está presente mi familia apoyándome en todo lo que les es posible.

La enseñanza que mi familia me fomentó siempre se distinguió por la honestidad, respeto, responsabilidad, compromiso, tolerancia y perseverancia, para realizar y alcanzar las cosas que uno anhela, donde el esfuerzo y disciplina de cada persona hablará sin la necesidad de ningún tipo de artimañas, para lograr estos objetivos y/o sueños y sobre todo sin pasar por encima de nadie.

Debo de reconocer que esta educación ha influido en mí como persona, puesto que todo lo que he logrado o alcanzado, lo he hecho con compromiso y responsabilidad a la vez del esfuerzo que he colocado en cada objetivo que me he propuesto, por lo que hoy al encontrarme en este momento de mi vida, no solo me marca a mí una etapa profesional, sino también personal y donde sé que a mi familia la marcará de igual manera, ya que ellos tuvieron mucho que ver en lo que hoy me he convertido como persona y como profesionista.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a aquellas personas que formaron parte de mi formación educativa y personal, ya que de alguna manera siempre aprendemos algo de todos y este aprendizaje nos ayuda a crecer profesional y personalmente.

Debo mencionar que existen quienes siempre han estado con nosotros, los que llegaron para quedarse, otros solo están de paso y algunos más se han ido antes de tiempo; pero sin importar quien ha estado desde siempre, quien se fue, quien se quedó o quien se tuvo que marchar antes de tiempo, la realidad es que cada una de estas personas han dejado huella para hacernos crecer no solo en un ambiente de conocimiento en cuanto a lo académico, sino también en el conocimiento de nuestra propia persona y que sin duda alguna estoy segura que ha tenido que ver con lo que muchos universitarios hemos logrado.

RESÚMEN

La presente tesina que lleva por nombre “Análisis sobre el crecimiento demográfico en la vejez y estrategias de intervención”. Para obtener el título de licenciada en psicología, está constituida por cuatro capítulos de abordaje teórico los cuales son:

En el primer capítulo se abordan algunos conceptos considerados como básicos o clave para poder ir comprendiendo el proceso del envejecimiento, así como sus antecedentes históricos, ya que en la historia de la sociedad y los distintos significados que se le han dado a la vejez no es el mismo, ni del todo de acuerdo a un diccionario, incluso del peso o valor que le damos como individuos y sociedades; pues las percepciones entre épocas y sociedades van cambiando; además de que en todos los seres humanos siempre existirá la edad cronológica, la edad mental y la edad social, las cuales nos darán ciertas características y roles, que la misma sociedad ha establecido a cada persona. Aunado a esto se expondrá de manera breve algunas teorías que se han hecho sobre la vejez y su inclinación tanto negativa y/o positiva que los mismos autores de estas teorías les han dado, basándose en la percepción que como sujetos tenemos y relacionando los cambios de los cuales son objeto las personas adultas mayores tanto a nivel biológico, físico, emocional y social.

También se explica de manera breve algunas funciones superiores y como estas intervienen en el funcionamiento del individuo no importando tanto la edad, aunque es cierto que algunas capacidades se mantienen, se pierden o se pueden incluso reforzar con el paso del tiempo a edades ya avanzadas, demostrando lo funcional que cualquier persona puede ser a pesar de la edad que posea; esto se da en base a que las capacidades deben de mantenerse en constante reforzamiento, pues si se llegan a perder, cabe la posibilidad de que no se recuperen estas capacidades, por lo que la parte de una buena salud física y mental cobra especial relevancia y se aborda en el capítulo tres.

Posteriormente en el segundo capítulo se hace mención del crecimiento demográfico y como este ha afectado y afectará al futuro no solo de la persona que está viviendo o que vivirá su proceso de envejecimiento, sino a todos como sociedad, para ello se toman en cuenta tres fases de desarrollo o crecimiento en la población, donde la primer fase está marcada por una alta natalidad y con el paso de los años esta disminuye aumentando la tasa de esperanza de vida y colaborando a que las personas sean más longevas, pero no sanas, ni física, ni emocionalmente, por lo que se ve reflejado en los sistemas de salud que en algún punto serán insuficientes debido a la demanda de estos, así como los sistemas de pensiones y/o jubilaciones, además de que la economía misma será afectada y por ende nuestra calidad de vida como personas, llegando así a la tercer fase, en la cual la mayoría de la población ya habrá envejecido.

Además se observan otros elementos que juegan un papel importante en el proceso del envejecimiento, como el maltrato de diversos tipos hacia el adulto mayor, el que los jóvenes no consideren como vivirán el retiro, es decir, que se ocupen más de su presente y dejando aún lado su porvenir, la educación y cultura que como mexicanos manejamos y que es evidente que ha ido cambiando pero no lo suficiente, pues encontramos a la mayor parte del sector femenino fuera del mercado laboral por dedicarse a su familia, por maternidad o por ser madre soltera y no contar con un horario flexible, y encima de que la mayoría de puestos de trabajo tanto para hombres y mujeres se dan en la informalidad.

En el tercer capítulo, se consideran las redes de apoyo familiares y sociales con las que cuenta el adulto mayor, se considera el conservar una buena salud tanto física como mental, es decir, una salud integral y tener las cosas materiales necesarias, como un hogar para vivir. Se toman en cuenta algunos proyectos y/o estrategias que se han hecho en favor del envejecimiento y los cuales buscan una mejoría en la calidad de vida de estas personas, pero que son insuficientes o escasos, por lo que se vuelve importante reconsiderar estos proyectos y/o estrategias, y que el propio sujeto se involucre de manera activa para su propia vejez.

En el cuarto y último capítulo se abordan algunas estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, estas estrategias ayudaran a conservar algunas capacidades necesarias para un buen desenvolvimiento físico y mental de la persona, además de

que se anexan algunas recomendaciones para los cuidadores y para el autocuidado personal, pues la responsabilidad de tener una buena salud integral es de todos y no solo del cuidador. También se anexa la educación financiera como parte de una estrategia para prevenir que los jóvenes dejen a la deriva su futuro y que al menos diez jóvenes de veinte se hagan responsables sobre su futuro para tener una mejor calidad de vida en su vejez.



ÍNDICE



ÍNDICE

Dedicatorias

Agradecimientos

Resumen

Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	6
Justificación.....	8
Marco teórico.....	10
CAPÍTULO I. NOCIONES BÁSICAS DE LA VEJEZ	11
1.1 Antecedentes históricos	11
1.1.1 Estereotipos en torno a la vejez.....	20
1.1.2 Concepto de identidad.....	23
1.1.3 Concepto de calidad de vida.....	24
1.1.4 Concepto de vejez.....	25
1.1.5 Sociedad y vejez.....	51
1.2 Teorías sobre la vejez.....	34
1.2.1 Teoría de la desvinculación.....	34
1.2.2 Teoría de la actividad.....	36
1.2.3 Teoría de la continuidad.....	36
1.2.4 Teoría de los roles.....	37
1.2.5 Teoría de la subcultura.....	38
1.2.6 Teoría de la estratificación por edades.....	38
1.2.7 Teoría de la modernidad.....	39
1.2.8 Teoría del apego.....	40
1.3 Percepción de la ancianidad.....	42
1.3.1 Cambios físicos y biológicos.....	44
1.3.2 Cambios sociales.....	50

Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.



1.3.3	Cambios emocionales.....	51
1.3.4	Enfoques de la vejez.....	54
1.3.5	Enfoque biológico.....	55
1.3.6	Enfoque demográfico.....	56
1.3.7	Enfoque socioeconómico.....	56
1.3.8	Enfoque sociocultural.....	56
1.3.9	Enfoque familiar.....	57
1.3.10	Enfoque psicológico.....	57
1.4	Funcionalidades en el proceso de envejecimiento.....	57
1.4.1	Funciones ejecutivas.....	57
1.4.2	Inteligencia (inteligencia fluida y cristalizada)	58
1.4.3	Memoria.....	60
1.4.4	Tipos de memoria.....	60
1.4.5	Percepción, Orientación y Atención.....	61
1.5	Elementos adicionales al proceso de envejecimiento.....	63
1.5.1	Lenguaje y componentes del lenguaje.....	63
1.5.2	Aprendizaje.	63
1.5.3	Razonamiento.....	64
1.5.4	Memoria y aprendizaje.	64
1.5.5	Envejecimiento en relación a la capacidad funcional.....	65
CAPITULO 2. UNA SOCIEDAD ENVEJECIDA.....		69
2.1	Crecimiento demográfico en la vejez.....	70
2.1.1	Transición demográfica de la población.....	70
2.1.2	Características sociodemográficas.....	75
2.1.3	Condiciones de la vivienda en la tercera edad	76
2.1.4	Hablantes de lengua indígena.....	77
2.1.5	Necesidad de cuidados.....	78
2.2	Personas encargadas del cuidado de los ancianos y ancianas.....	78
2.2.1	Cuidadores.....	78
2.2.2	Violencia y discriminación hacia las personas adultas mayores.....	79



2.2.3	Tipos de violencia.....	81
2.2.4	Abuso o maltrato físico.....	81
2.2.5	Abuso o maltrato psicológico	81
2.2.6	Abuso sexual.....	81
2.2.7	Abuso patrimonial.....	81
2.2.8	Abandono.....	82
2.3	La negligencia clasificada.	82
2.3.1	Negligencia activa.....	82
2.3.2	Negligencia pasiva.....	82
2.3.3	Auto-negligencia.....	82
2.4	Educación, economía, ingresos, puesto de trabajo y/o ocupación, ocio.....	82
2.4.1	Educación.....	82
2.4.2	Economía.....	83
2.4.3	Ingresos.....	86
2.4.4	Puesto de trabajo y/o ocupación.....	87
2.4.5	Ocio.....	89
2.5	Factores que influyen en la salud del adulto mayor	90
2.5.1	Salud y atención.....	90
2.5.2	Enfermedad.....	92
2.5.3	Padecimientos.....	95
2.5.4	Muertes.....	99
2.5.5	Suicidios.....	102
2.6	Servicios con los que cuenta el adulto mayor.....	102
2.6.1	Derechohabencia.	102
2.6.2	Retiro.....	105
2.6.3	Pobreza.....	111
CAPÍTULO 3. RECURSOS DEL ADULTO MAYOR.....		112
3.1	Redes familiares y sociales con las que cuenta el adulto mayor.....	113
3.1.1	Tipo de funciones de las redes de apoyo.....	115
3.1.2	Vínculos establecidos.....	116



3.1.3	Funciones de las redes familiares y sociales.....	117
3.1.4	Determinación del apoyo	119
3.1.5	Envejecimiento saludable.....	122
3.2	Características para un envejecimiento activo.....	123
3.2.1	Sistemas sanitarios y servicios sociales	123
3.2.2	Promoción de la salud y prevención de las enfermedades.....	124
3.2.3	Servicios curativos.....	124
3.2.4	Asistencia de larga duración.	124
3.2.5	Salud mental.....	124
3.2.6	Conductas.....	125
3.3	Proyectos para una mejor calidad de vida en el proceso de envejecimiento.....	126
3.3.1	Asambleas.....	127
3.3.2	Unión Europea.....	128
3.3.3	BLUEPRINT.....	128
3.3.4	Vivir con vitalidad.....	129
3.3.5	Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.....	130
3.3.6	Brasil, Uruguay y Costa Rica.....	133
3.4	Programas federales.....	134
3.4.1	INAPAM.....	134
3.4.2	CEDAW.....	135
3.4.3	Como prevenir la discriminación y violencia.....	136
3.4.4	Para la persona adulta mayor.....	136
3.4.5	Para la familia.....	136
3.4.6	Instituciones.....	137
3.4.7	Sociedad.....	138
3.4.8	Modificación a la ley.....	138
CAPÍTULO 4. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.....		140
4.1	Aprendamos a organizar, planificar y anticipar con facilidad.....	141
4.2	Motricidad fina y gruesa.....	166



4.3	Recreación.....	181
4.4	Comunicación.....	186
4.5	Psicoeducación.....	217
	CONCLUSIONES.....	237
	ESQUEMA.....	239
	BIBLIOGRAFÍA.....	240
	ÍNDICE DE FIGURAS	
	Figura 1. Los cuatro ejes.....	132
	Figura 2. Laberinto.....	156
	Figura 3. Fotografía.....	158
	Figura 4. Sopa de letras.....	160
	Figura 5. Postres.....	161
	Figura 6. Pluzze.....	162
	Figura 7. Revueltos.....	163
	Figura 8. Enlazados.....	164
	Figura 9. Secuencia.....	166
	Figura 10. Mandala.....	169
	Figura 11. Completa la figura.....	169
	Figura 12. Completa la figura.....	169
	Figura 13. Completa la figura.....	170
	Figura 14. Completa la figura.....	170
	Figura 15. Replica la figura.....	170
	Figura 16. Replica la figura.....	170
	Figura 17. Replica la figura.....	171
	Figura 18. Replica la figura.....	171
	Figura 19. Paso a paso.....	171
	Figura 20. Corta y pega.....	172
	Figura 21. Siluetas.....	173
	Figura 22. B) Descanso.....	191
	Figura 23. C) Cuarto de baño.....	192



Figura 24. Parte 1: D) Aseo personal.....	193
Figura 25. Parte 2: D) Aseo personal.....	194
Figura 26. Parte 1: E) Ropa.....	195
Figura 27. Parte 2: E) Ropa.....	196
Figura 28. Parte 1: F) Cuerpo.....	197
Figura 29. Parte 2: F) Cuerpo.....	198
Figura 30. Parte 3: F) Cuerpo.....	199
Figura 31. Parte 4: F) Cuerpo.....	200
Figura 32. Parte 5: F) Cuerpo.....	201
Figura 33. Parte 1: G) Comida.....	202
Figura 34. Parte 2: G) Comida.....	203
Figura 35. Parte 3: G) Comida.....	204
Figura 36. Parte 4: G) Comida.....	205
Figura 37. Parte 5: G) Comida.....	206
Figura 38. Parte 1: H) Salud.....	207
Figura 39. Parte 2: H) Salud.....	208
Figura 40. I) Salón-comedor.....	209
Figura 41. Parte 1: J) Lugares.....	210
Figura 42. Parte 2: J) Lugares.....	211
Figura 43. K) Objetos.....	212
Figura 44. L) Agenda.....	213
Figura 45. M) Parte 1: Personas-preguntas.....	214
Figura 46. M) Parte 2: Personas-preguntas. ¿Cómo me siento?.....	215
Figura 47. N) Tablero.....	216

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estereotipos negativos y positivos hacia la vejez.....	21
Tabla 2. Síntesis de la percepción de la ancianidad. Luis-Vicent Tomas.....	43
Tabla 3. Cambios físicos y biológicos.....	44
Tabla 4. Población envejecida, y su distribución por grupos de edad según el sexo.....	74
Tabla 5. Violencia en la pareja y en el hogar entre los 60-69 años.....	80



Tabla 6. Motivos para cambiar del sector formal al informal y del informal al formal.....	88
Tabla 7. Clasificación del adulto mayor referente a la salud.....	94
Tabla 8. Enfermedades habituales en hombres y mujeres que pueden ocasionar ingresos al área médica.....	96
Tabla 9. Generalidades de salud de las personas adultas mayores por grupos de edad, sexo y lugar de residencia (rural y urbano). México, ENSANUT 2012.....	97
Tabla 10. Causas de muerte entre hombres y mujeres.....	99
Tabla 11. Causas de muerte asociadas a enfermedades crónico-degenerativas, 2012.....	101
Tabla 12. Tipo de funciones de las redes de apoyo.....	115
Tabla 13. Tipo de vínculos.....	116
Tabla 14. La actividad física y sus efectos en la salud.....	125
Tabla 15. Aprendamos a Organizar, Planificar y Anticipar con facilidad.....	144
Tabla 16. Aprendamos a Organizar, Planificar y Anticipar con facilidad.....	145
Tabla 17. Ejemplo de calendario.....	147
Tabla 18. Fluidez verbal y semántica: Basta.....	149
Tabla 19. Fluidez verbal y semántica: ¡A completar!.....	151
Tabla 20. Ejemplo: ¿Cómo arreglar las cosas?.....	152
Tabla 21. Parte 1: ¿Cómo arreglar las cosas?.....	153
Tabla 22. Parte 2: ¿Cómo arreglar las cosas?.....	154
Tabla 23. Parte 3: ¿Cómo arreglar las cosas?.....	154
Tabla 24. Parte 2: Recorta, traza, colorea y muévete.....	173
Tabla 25. Datos personales.....	189
Tabla 26. Taller: Conociendo la vejez.....	230
Tabla 27. Taller: Educación financiera.....	234



INTRODUCCIÓN



Introducción

No dejas de reír porque te haces mayor.

Te haces mayor porque dejas de reír.

– Maurice Chevalie.

La presente investigación se realizara en base a una metodología teórica al tomarse en consideración investigaciones fundamentadas en datos estadísticos, esto con la finalidad de dar soporte a los resultados presentados y de deslumbrar un panorama general en cuanto al crecimiento demográfico, el cual en México se empezó a notar desde los años treinta y donde las estimaciones para el año 2050 se espera que sean de 150 millones de habitantes (77.9 millones de mujeres y 72.9 millones de hombres), según proyecciones de la CONAPO (Consejo Nacional de Población).

La transición demográfica se da gracias a ciertos factores como, los cambios demográficos, cambios de natalidad, mortalidad, migración, que poco a poco han ido determinando el volumen y estructura de la población, dejando una sociedad envejecida.

Cabe señalar que, para adentrarse como tal al crecimiento demográfico de la población adulta mayor, es necesario entender y comprender algunos aspectos que conlleva el proceso de envejecimiento, abarcando al individuo como un ser biopsicosocial, incluyendo los cambios que existen en distintas áreas de la vida del ser humano como lo es el estado físico, biológico, psicológico y social. Estos cambios y áreas de vida son parte de todos los seres humanos que vivimos de manera distinta y donde nuestra sociedad y/o cultura, tradiciones y costumbres influyen en cómo nos desenvolvemos como sujetos de la tercera edad, o como es que tratamos a estos individuos, pues la percepción que llegamos a tener muchas veces es negativa por lo que incide de manera poco positiva hacia este sector, quedando en ocasiones estos sujetos desamparados no solo material sino emocionalmente.



Esto se debe a que la percepción que se tiene hacia la vejez está llena de prejuicios y/o estereotipos mal infundados, pero que se han aprendido gracias al entorno donde nos encontramos, por ejemplo; en la cultura rural negro- africana, se cree que los viejos son útiles para trabajos especiales o la educación con los niños e incluso son sujetos de respeto; pero por el contrario en la cultura occidental se cree que los viejos son inútiles socialmente y molestos, además de dependientes de otros.

Debido a esto se busca cambiar o aminorar la perspectiva negativa que se tiene hacia la vejez, pues recordemos que la mayoría de los seres humanos atravesara por esta etapa, y es necesario fomentar relaciones positivas entre jóvenes y adultos mayores, pues tal vez el hecho de ver a la tercera edad como algo de lo que no se debe hablar, además de negativo, implica que las personas no se preparen para su propia vejez, incluso que los más jóvenes no tengan empatía con los adultos mayores, lo que suele provocar discriminación y violencia.

Actualmente con el aumento en la población de adultos mayores se busca dar otro significado a la vejez, pero comprendiendo los cambios y características que lleva consigo el proceso de envejecimiento, entendiendo que el hecho de envejecer no suele ser sinónimo de pérdida, pues podemos valernos de la capacidad funcional con la que contemos a la edad que sea, pues el perder algunas habilidades, capacidades o destrezas no suelen ser propios o causas por la edad, incluso se puede prevenir el desgaste con una buena alimentación, practicando algún deporte o haciendo ejercicio, además de no consumir en exceso alcohol, cigarros u otro tipo de sustancias; con los cuales también podemos afectar nuestra salud y tener pérdidas en distintas áreas a cualquier edad.

Por lo que recae en nosotros como personas el cuidarnos para nuestro futuro y no solo física y biológicamente, sino que la salud mental es igual de importante, así como mantener nuestras relaciones con nuestros pares, familiares, amigos, vecinos y no aislarnos o aislar al adulto mayor, porque sin darnos cuenta estaríamos ocasionado alguna mella en su psique, que muchas veces se refleja en el estado de salud orgánico.



También es importante prepararnos para el retiro pues al no hacerlo quedamos vulnerables ante el crecimiento demográfico que se está dando, por lo que es necesario empezar a preocuparnos por un futuro digno para nosotros en la vejez, ya que cabe sugerir que no todo el tiempo podremos trabajar o desempeñarnos en alguna actividad que nos remunere, por lo que muchas veces pasaremos a depender de instituciones gubernamentales y/o apoyos sociales que nos den una entrada de dinero para poder subsistir, pero los apoyos sociales resultan insuficientes, muchos de nosotros que vamos para la tercera edad y que bien pudiésemos pensar “aún falta mucho tiempo”, o “seguiré trabajando”, o “que el gobierno o estado tiene la obligación de mantenerme”; no basta pues el estado o gobierno, así como los sistemas de salud no se dan, ni se darán abasto para cubrir las necesidades de una población envejecida, por lo que tenemos que comprometernos y hacernos responsables nosotros mismos con nuestra propia vida y con ello tener una calidad de vida o por lo menos estar estables económicamente para poder adquirir los servicios básicos, otra realidad es que no seguiremos trabajando toda la vida y no porque no queramos hacerlo o algo parecido, sino porque en algún punto nuestro cuerpo y mente no podrán hacerlo.

Así mismo se han desarrollado políticas para mejorar el estatus de vida de la población ya envejecida, pero varias de estas políticas no se han logrado llevar a cabo de manera adecuada, esto debido a que existen muchos huecos un tanto difíciles de cubrir, como, por ejemplo, el llegar hasta las comunidades o que el adulto mayor sea analfabeta, o que no tiene alguna red de apoyo, entre otras, lo que dificulta su aplicación



Planteamiento del problema



Planteamiento Del Problema

“La vejez empieza cuando se pierde la curiosidad”.
– José Saramago

El presente estudio busca conocer el crecimiento demográfico que es hasta cierto punto esperable en todas las poblaciones, en cuanto a cómo la sociedad percibe estos cambios y cómo reacciona ante estos debido a su evolución en crecimiento, longevidad, cambios en el ámbito social, en el ámbito personal, en el ámbito físico, en el ámbito mental y biológico.

Actualmente existe un crecimiento demográfico que se está dando desde hace algunas décadas, y lo importante no es que la población se incline hacia un lado como en una balanza, sino que como personas y como una población en general no estamos preparados, tan solo con el hecho de que tradicionalmente solemos tener prejuicios y/o estereotipos alrededor de la niñez, adolescencia, juventud, adultez y adultez tardía o tercera edad, que en cuanto al último son negativos, ya que se cree que llegar a la vejez es sinónimo de pérdidas cognitivas, físicas, biológicas, mentales y sociales, cuando muchas veces esto no es cierto, pues claro que se presenta un desgaste pero no como se percibe, y otras ni siquiera se dan como consecuencia de la edad como el padecer alguna enfermedad crónico-degenerativa como la artritis o algún tipo de cáncer.

Con esto se plantea que al envejecer se logren mantener todas las habilidades o capacidades, pero si en su gran mayoría se puede hacer o buscar la manera de compensar algunas de estas habilidades o capacidades, para seguir siendo funcionales en todas las esferas de la vida y así contribuir como personas económicamente activas, pero no podemos confiarnos en que llegaremos a la vejez en óptimas condiciones, puesto que depende de nosotros como personas individuales el preocuparnos pero más que nada ocuparnos de cuidar lo que tenemos tanto orgánicamente hablando como materialmente, debemos ser conscientes de que cuando estemos en edad de laborar no solo los gastos presentes son necesarios a cubrir, ya que se hace indispensable prever el futuro, es decir, como queremos envejecer en cuanto a salud física y mental, así como en qué condiciones queremos hacerlo en cuanto a algún ingreso económico fijo

Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.



para cubrir las necesidades básicas como el alimento, vivienda, vestimenta y servicios de salud; esto se debe de tener en consideración ya que por ejemplo, en países europeos la transición les llevo casi dos siglos, lo cual les dio tiempo para prepararse como país y como personas, logrando afrontar esta situación de una manera más viable, además su crecimiento demográfico se relaciona con la evolución industrial, transformaciones económicas, mejoramiento de condiciones de vida, avances en la medicina; mientras que en América Latina y principalmente México, esta transición se ha dado de manera rápida, pues ha llevado menos de un siglo (Chakiel, 2006; Schkolnik, 2007 y Zavala de Cosío, 1992); por lo cual el país y las personas no se encuentran en condiciones de hacer frente a los nuevos retos de una sociedad envejecida.

La realidad es que este sector de la población, ya de por sí numeroso y que sigue aumentando, a pesar de que el gobierno busque estrategias para mitigar las demandas de necesidad de este sector de la población, no es suficiente; por lo que con esto se busca hacer conscientes y con ello responsables tanto al gobierno como a las personas individualmente ya que pasa a ser un problema de todas las personas y donde se deben buscar soluciones por lo menos para uno mismo.

Además, debemos fomentar relaciones positivas intergeneracionales pues en un futuro habrá menos personas jóvenes y más adultos mayores, los cuales necesitarán de apoyo ya que, aunque se logre extender la longevidad en mejores condiciones de vida, llegará un punto en que la capacidad funcional deje de dar resultados.

Pregunta Central de Investigación

Por lo mencionado anteriormente nuestra pregunta central es conocer ¿Se le está dando la debida importancia al crecimiento demográfico, demostrando la necesidad de generar estrategias de intervención?



Objetivo general

Realizar una investigación metodológica para describir el proceso de envejecimiento y con ello tratar de refutar las nociones negativas que se tengan del proceso de envejecer. Además de fomentar una mayor promoción y divulgación en cuanto a dar a conocer las necesidades ante las que nos encontramos actualmente y con ello aplicar diversas estrategias de intervención mejorando la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Justificación

*“Mucho tiempo antes de que uno sepa que es viejo,
los demás lo saben y lo dicen”.*
– **Manuel Gutiérrez Nájera**

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, en 2014, el promedio de personas adultas mayores que viven en situación de pobreza en México es del 27%, por lo que este estudio se hace debido a la necesidad que de por sí ya existe en cuanto al cubrir ciertas necesidades de los adultos mayores y donde el gobierno a pesar de sus esfuerzos, estos parecen ser insuficientes, por lo que se vuelve importante hacer de conocimiento público y con ello lograr hacer un poco de conciencia, creando responsabilidad en los individuos, en cuanto al crecimiento demográfico que estamos viviendo, pues dentro de unos años será imposible querer solucionar o buscar alternativas a los sistemas de salud, de pensiones o incluso los apoyos sociales no serán suficientes para satisfacer la necesidades de toda la población y tampoco podemos dejárselo todo a las dependencias gubernamentales, pues nosotros como personas debemos preocuparnos por nosotros mismos y con ello buscar alternativas y dejar de postergar acciones que nos vendrán bien en un futuro, puesto que para el 2050 se esperan 150 millones de habitantes (77.9 millones de mujeres y 72.9 millones de hombres), según proyecciones de la CONAPO (Consejo Nacional de Población), y donde podremos ver a una población mayormente envejecida.



Aunado a esto se hace evidente el rechazo hacia el adulto mayor por medio de la discriminación y violencia a consecuencia de estereotipos y/o prejuicios que como sociedad se manejan; de acuerdo con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia (INMLCF), entre el año 2014 y 2015 se presentaron 1510 casos de violencia siendo el 99% de los agresores, familiares del adulto mayor. Esto cobra especial relevancia a consecuencia de que como sociedad debemos aprender a vivir con este sector de la población, pero sin ejercer algún tipo de discriminación. Por lo que se debe de tener en cuenta el poder fomentar una mayor comprensión en cuanto a la población envejecida, así como entender que el ser viejo no es igual a una persona incapaz de realizar o cumplir sus actividades, sino que debemos de reeducarnos en el solo concepto de la vejez, para poder entender y/o comprender lo que conlleva el proceso de envejecimiento, esto con el objetivo de cambiar nuestra perspectiva y dejar de disponer de tantos estereotipos y/o prejuicios a las personas por algo que por cultura o tradición creemos.

También es necesario crear estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor y donde no solo se involucre al adulto mayor, sino a la población en general para que se tomen iniciativas en cuanto a la transición demográfica, es decir, como se enfrentara esta situación ya que las personas no se pueden mantener jóvenes por siempre, por lo que en algún momento todos pasaran por esta etapa de la vida y se vuelve importante tener las herramientas y/o recursos con los cuales se afrontara esta situación.



Marco Teórico



Marco Teórico

La vejez es solo un registro de toda la vida.
– *Muhammad Ali*

Capítulo 1. Nociones básicas de la vejez

1.1 Antecedentes históricos

La palabra viejo hace referencia a una edad avanzada y por supuesto a la utilización del término a lo largo de la historia, es decir, la sociedad en sí misma ha utilizado esta palabra durante mucho tiempo, pero las circunstancias, situaciones y entornos suelen no ser los mismos, ya que las sociedades van evolucionando en cuanto a su forma de percibir, de sentir y de dar significado hasta a los individuos, modificando o manteniendo sus creencias culturales y tradicionalistas.

Prehistoria:

En la prehistoria, debido a su longevidad representaban un motivo de orgullo para el grupo, eran considerados como personas sabias o con sabiduría, por lo cual merecían respeto y ellos podían intervenir y dar su consejo a las generaciones más jóvenes, además creían eran ellos quienes debían contar las historias de su cultura, como una manera de fomentar e instruir la educación, pues se asumía que ellos poseían una excelente memoria y conocimientos, a causa de su edad.

Se les atribuía ciertos dones entre el presente, el pasado y el futuro, es por eso varios ancianos fungían como brujos y/o chamanes.



En las sociedades antiguas, alcanzar edades avanzadas significaba un privilegio, una hazaña que no podía lograrse sin la ayuda de los dioses, por tanto, la longevidad equivalía a una recompensa divina que le era dada a las personas justas.

Grecia antigua.

En Atenas los ancianos formaban parte del consejo que sólo era un órgano consultivo, pues las decisiones al final eran tomadas por los jóvenes, quienes podían seguir el consejo de los ancianos o pasarlo por alto.

En el período de Pericles, existía un monopolio donde el poder se concentraba en el Areópago, institución aristocrática de personajes inamovibles y tenían amplios poderes parecidos a los de la *Gerusía* espartana. Pero con la llegada de los demócratas el Areópago, perdió sus facultades políticas y judiciales, quedándole sólo las honoríficas. Los ancianos no volvieron a tener un papel importante. Atenas le dio más valor a la juventud, reemplazando a los adultos mayores.

Minois resume así: *"Vejez maldita y patética de las tragedias, vejez ridícula y repulsiva de las comedias; vejez contradictoria y ambigua de los filósofos."*

La contraparte de esta creencia hizo que Grecia fomentara por primera vez las instituciones de caridad preocupadas y dedicadas al cuidado de los ancianos necesitados, pues no se les consideraba como personas sabias y activas dentro de la sociedad, sino más bien se le veía como a alguien con falta de energía y se les relegaba de su participación en la sociedad.

Vitruvio relata sobre *"la casa de Cresos, destinada por los sardianos a los habitantes de la ciudad que, por su edad avanzada, han adquirido el privilegio de vivir en paz en una comunidad de ancianos a los que llaman Gerusía."*



Posteriormente en el período helenístico los viejos robustos y ambiciosos tuvieron más oportunidades que en la Grecia clásica. Fue una sociedad más abierta y menos prejuiciosa y con estereotipos respecto a la raza o la edad.

Mientras que, en Esparta, se tenía un régimen con un senado (*Gerusía*) compuesto por veintiocho miembros, todos de más de sesenta años, cuando alguno moría, los candidatos a sucederlo desfilaban en fila, llevando a cabo una votación donde el que recibía más aplausos quedaba elegido *como el nuevo miembro del senado. Esto a consecuencia de que se les consideraba sabios y maduros para participar en decisiones que tuviesen que ver con el bien de Esparta.*

Hebreo-cristiana.

La historia de este pueblo se encuentra en las cuarenta y cinco obras del Antiguo Testamento, que abarcan un lapso de aproximadamente un milenio de acontecimientos. El relato de sus representantes desde el siglo IX al I A.C. permite comprender como se han esforzado por mantenerse como un pueblo teo (dios es el centro del universo) y etnocéntrico (su cultura o raza es superior); viviendo para ellos la dura realidad de sentirse el pueblo elegido de Dios.

Los ancianos ocuparon un lugar privilegiado desde que estos eran nómadas, cumpliendo una función importante en la conducción de su pueblo (Ex 3:16). Se describe que Moisés tomaba las decisiones sólo con la consulta directa de Dios quien le dice: *"Ve, reúne a los ancianos de Israel y diles"*. Del mismo modo, Yahvé le ordena *"Vete delante del pueblo y lleva contigo a ancianos de Israel"* (Ex 17: 5).

En el Libro de los Números encontramos la descripción de la creación del Consejo de Ancianos como una iniciativa Divina: *"Entonces dijo Yahvé a Moisés: Elígeme a setenta varones de los que tú sabes que son ancianos del pueblo y de sus principales, y tráelos a la puerta del tabernáculo... para que te ayuden a llevar la carga y no la lleves tú solo"* (Nm 11:16 y 17).



Por lo que cada ciudad tenía un Consejo de Ancianos el cual representaba la autoridad y se le relacionaba con poderes religiosos y judiciales que eran incontrarrestables, es decir, podían tomar decisiones en conjunto y llevarlas a cabo sin que hubiese alguien capaz de oponerse.

Pero, al institucionalizarse el poder político de la monarquía, el Consejo de Ancianos igualmente institucionaliza su papel de consejeros; preservando su autoridad durante el período de los reyes y estos respetaban las atribuciones de los ancianos.

Sin embargo, con la muerte de Salomón, tras cuarenta años de reinado, lo sucedió su hijo Roboam, el cual mantiene una actitud diferente a su antecesor y desecha la opinión de los ancianos, como se lee en el Libro Primero de Reyes (IRey 12:6-8). La imagen de los viejos comienza a deteriorarse. El temor a la vejez ya lo podemos comprobar al leer el Salmo 71: *"No me rechaces al tiempo de la vejez; cuando me faltan las fuerzas, no me abandones"*.

Cultura romana.

En esta sociedad al anciano se le dedicó mucha atención y se plantearon los problemas de la vejez desde casi todos los aspectos: políticos, sociales, psicológicos, demográficos y médicos.

Se preocupaban por la longevidad que podían alcanzar los seres humanos por lo que se elaboró *"La Tabla de Ulpiano"* la cual tenía por objetivo evaluar la importancia de las rentas vitalicias, esto era una forma de pensión y/o jubilación como se le denomina actualmente, asignada por legados o herencia según la edad del beneficiario.

Domicio Ulpiano (170 - 228 D.C.) elaboró una regla para el cálculo de las pensiones alimentarias, de las inscripciones funerarias. En la población romana existía un mayor número de ancianos varones que de ancianas, situación inversa a la actual. La causa, con toda seguridad, se debía a las muertes maternas post parto.

El proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir del siglo II.



El Derecho Romano tipificaba la figura jurídica del "*pater familia*" que concedía a los ancianos un poder con una autoridad ilimitada, era vitalicio, e incluso se podía disponer de la vida de algún integrante de la familia. Gracias a esta figura jurídica la patria potestad se regía por nacimiento, adopción o matrimonio, pues cualquier parentesco era a través de la vía masculina.

Este tipo de autoridad trajo consecuencias negativas, pues al ir aumentando las personas envejecidas con ello aumento su dominio a medida que pasaban los años, por lo que la concentración del poder fue asimétrica intergeneracional mente, generando conflictos y provocando odio y rechazo hacia los viejos.

La "*mater familia*" jugaba un papel secundario, pero gozaba de la simpatía de los demás integrantes de una familia e incluso socialmente.

En el siglo I antes de nuestra era, se produce un período inestable y los valores tradicionales cambian. Augusto, el sobrino y heredero de César, inaugura un nuevo período, floreciente para las artes y la economía, pero también, comienza la declinación del poder del Senado y con ello el poder de los ancianos; ya no se confiaba en los hombres mayores para dirigir los destinos políticos.

Al perder el poder familiar y político y de hacerse merecedores de la riqueza, la autoridad y la impopularidad, los ancianos cayeron en el desprecio, no obstante, hubo quienes se mantuvieron en el poder, pues la cultura romana reconocía el poder y por eso mismo luchaba, por lo que no discriminaba por raza, religión o edad, mientras esto no representara un impedimento.

Edad Media: tiempo de contrastes.

En el siglo IV el cristianismo se fortaleció en el interior del Imperio Romano en donde a partir de Constantino, la mayor parte de los emperadores se declararon cristianos. Teodosio



impuso la religión cristiana, pero aun así algunos seguían rindiendo culto a sus propias creencias, en particular, en las zonas rurales.

Cuando el occidente cae y se asientan los bárbaros, los cristianos son borrados del Imperio Romano, pero los nuevos residentes adoptan la fe católica, aunque conservan costumbres bárbaras.

La llamada "Edad Oscura" o "Alta Edad Media", del siglo V al X, es la época de la brutalidad y del predominio de la fuerza, y las personas pobres, se encontraban en igualdad de condiciones no distinguiendo su edad. Se desencadenó una confusión, entre las costumbres bárbaras y romanas llevando a la población, a la ley del más fuerte, pero a pesar de eso, las personas adultas mayores dependían de la solidaridad familiar, de los hospitales y monasterios, en estos dos últimos se les acogía temporalmente, para lograr que los ancianos sobrevivieran.

Entre las personas acomodados se da el retiro voluntario, dejando de lado a quienes no poseían riqueza, pero en el siglo VII, esta costumbre llega a ser reglamentada en los monasterios ya que con este sistema obtenían un buen beneficio económico.

En los siglos XI al XIII se vivió un florecimiento económico con estabilidad social y a partir del siglo XIII, debido al desarrollo material, se fortalecieron los Estados y se multiplicaron las guerras; los ancianos tuvieron una nueva oportunidad en el mundo de los negocios, desempeñando actividades de acuerdo a su capacidad física.

En Génova en el año 1348 con la peste negra, mató a un tercio de la población de Europa en tres años, trayendo consigo consecuencias de tipo: políticas, económicas, demográficas, y culturales.

En la peste murieron preferentemente niños y jóvenes y en el siglo XV, sucedió lo mismo con la viruela; por lo que se incrementó la población de ancianos entre 1350 y 1450. Esta desintegración parcial de la familia llevó a un reagrupamiento y era observable la familia



extendida, permitiendo la supervivencia de los más débiles y colocándose con una buena posición social, política y económica.

Renacimiento.

Minois nos dice que todos los poetas del siglo XVI entonaban este estribillo.

*"Si has de creer lo que te digo, amada
En tanto que tu edad abre sus flores
En la más verde y fresca novedad,
Toma las rosas de tu juventud,
Pues la vejez, lo mismo que a esta flor,
Hará que se marchite su belleza".*

El individualismo que se dio, fomentó el rechazo a lo viejo, la fealdad, la decrepitud y la decadencia, pues se fijaban y daban más valor a lo bello y a los jóvenes llenos de vida. El humanista Erasmo, en su Elogio a la locura nos dice: *"Pero lo que verdaderamente resulta más divertido es ver a ciertas viejas, tan decrepitas y enfermizas como si se hubieran escapado de los infiernos, gritar a todas las horas "viva la vida", estar todavía "en celo", como dicen los griegos, seducir a precio de oro a un nuevo Faón; arreglar constantemente su rostro con afeites; plantarse durante horas frente a un espejo; depilarse las partes pudibundas; enseñar con complacencia sus senos blandos y marchitos; estimular con temblorosa voz el amor lánguido, banquetear, mezclarse en la danza de los jóvenes, escribir palabras tiernas y enviar regalitos a sus enamorados".*

Este dio origen a relegar a los viejos y viejas por igual, pues no importaba el hecho de que fuese hombre o mujer, sino que lo importante era que esos ancianos y ancianas ya no eran objetos de valor ni de belleza y los que trataban de encajar en esa sociedad, eran ridiculizados.



Pero en el siglo XVI el rechazo aminoró lo que permitió a los hombres y mujeres llegar a edades más avanzadas, provocando una relación más cordial entre jóvenes y ancianos.

Modernismo.

El pensamiento liberal trajo consecuencias políticas que derivaron en la formación de repúblicas, significando un cambio de poder, lo que favoreció la aparición de los burócratas.

El término burócrata proviene del francés, "bureau", que significa oficina, haciendo referencia a funcionarios que constituyen algún tipo de administración terciaria, en comparación de quienes se encontraban en el nivel secundario (obreros emergidos de la revolución industrial), y/o primario (campesinos y artesanos).

Antes de las revoluciones liberales el poder se concentraba en los reyes y sus familiares, y/o en el círculo próximo de la nobleza. El Estado se identificaba con personas. El Estado moderno es impersonal, con reglas que volvió al poder representativo, con delegación del pueblo. Es por esto se da una despersonalización (falta de identidad) y con ello da paso al predominio de los funcionarios.

En la actualidad, un hito muy significativo en la vida laboral, dentro de la estructura económica del Estado, es la jubilación.

La jubilación se dio como una recompensa a los trabajadores de más de cincuenta años, según Simone de Beauvoir, ésta era la recomendación que hacía Tom Paine en 1796. En los Países Bajos a los funcionarios públicos en 1844. En Francia los primeros en obtenerlos fueron los militares y funcionarios públicos; después los mineros y otros trabajadores con labores consideradas peligrosas.

Con el tiempo esto pasó de una recompensa voluntaria a un derecho que los trabajadores adquirirían, es así como se crean los sistemas de seguros sociales y todo un modo de estudio de



probabilidades de sobrevivida. Debido al aumento de la esperanza de vida se mantienen estos derechos, pero se retrasa la edad de jubilación.

Mundo contemporáneo.

Actualmente se consideran tres características que se manifiestan hoy día: por un lado, el pluralismo: el exceso de poblaciones en grandes ciudades en las cuales nunca antes cohabitaron tantas generaciones simultáneamente, esto debido al aumento de la esperanza de vida. Por otra parte, la desaparición de una sola creencia, ideología, cambiando los valores y comportamientos, lo que lleva a una concepción más autónoma de las personas. Y finalmente, el futuro de la tecnología y la ciencia, la cual también ha modificado todos los ámbitos de la vida humana, incluso la relación con la naturaleza misma.

Las nuevas condiciones de vida han provocado que se reproduzca con mayor velocidad de crecimiento la población adulta mayor. Después de la jubilación se observa un empobrecimiento que avanza y que se agrava por la mayor necesidad de asistencia médica. A su vez, el porcentaje de menores de 15 años disminuye. Los niveles de fecundidad continúan en descenso. Además, aumenta el número de viudas a causa de la expectativa de vida, pero esto no siempre es una ventaja ya que muchas de estas mujeres quedan desamparadas.

Por otra parte, al converger varias generaciones en un mismo entorno y el hecho de que la tecnología y la ciencia hicieron avances, esto poco a poco detonó la llamada liberación femenina y al cambio de la consideración del cuerpo y de la sexualidad. Según Karl Popper sostiene que la primera liberación femenina se produjo en 1913 con la invención del hornillo a gas y después, con toda la tecnología al servicio del hogar permitiendo a las mujeres disfrutar de tiempo libre, el cual algunas utilizaron para estudiar y/o trabajar.

La segunda etapa de liberación se dio gracias a los métodos anticonceptivos, que separó la procreación, de una vida sexual activa, llegando a una familia reducida, y a una adolescencia prolongada.



Después de la segunda guerra mundial, existe un interés por el deseo, la admiración del vigor y belleza juveniles, esto conlleva al uso de artefactos y hábitos para lucir siempre jóvenes y seguir en el mercado. El estar a la moda va en crecimiento y se fortalece llevando a lo efímero y desechable que suele favorecer al mercado, haciendo de la economía algo centralizada y única, surgiendo con esto el capitalismo.

Por lo que el entorno no es un ambiente favorable para los ancianos, pues el diseño de las ciudades actuales, de las viviendas, las familias nucleares con vínculos flojos, dejan a su suerte a los viejos que viven en soledad.

1.1.1 Estereotipos en torno a la vejez

Los estereotipos se han hecho notar en diversas etapas de la vida y en distintos ámbitos, como en el familiar, escolar, laboral, social e incluso en el individuo mismo, estos representan clichés y el significado que se les da es erróneo, vago y despectivo, favoreciendo conductas discriminativas hacia a alguien o hacia un grupo en particular.

Durante la historia de la cultura han emergido opiniones, evaluaciones y juicios sobre la vejez, por parte de pensadores, literatos y científicos, quienes habían envejecido y otros tantos aun no llegaban a esa etapa, ocasionando estereotipos positivos y/o negativos sobre diversos ámbitos y circunstancias de la vejez, como en lo personal, social, físico, mental, conductual, y afectivo.

El tener estereotipos de manera negativa representa mitos y prejuicios que obstaculizan un buen proceso de envejecimiento, limitando la integración del adulto mayor en la sociedad.

Lehr (1983) señala que del conjunto de investigaciones en las que se evalúa la imagen social que se tiene acerca de las personas mayores y que éstas tienen de sí mismas, pueden extraerse las siguientes conclusiones:



- Las actitudes suelen ser positivas cuanto más primitiva es la sociedad en comparación con sociedades industrializadas.

- Los jóvenes parecen tener una imagen de las personas mayores mucho más negativa que el resto de la población.

Los mitos y estereotipos debido a su historia tradicional aún se hayan arraigados y parecen ser aceptados no solo por los jóvenes, sino por todas las personas incluso por los propios adultos mayores, además los estereotipos suelen ser negativos, respecto a el deterioro cronológico, el biológico o de salud, el psicológico o personal y el sociológico o comunitario (Rodríguez Domínguez, 1989).

En general se les ve como sujetos incapaces de realizar actividades en los diferentes ámbitos de la vida (social, personal, familiar y laboral); este tipo de atribuciones que se les da, ocasionan exista un rechazo a la vejez de la propia persona, que bien puede ser presente, lejana o cercana.

Tabla 1

Estereotipos negativos y positivos hacia la vejez.

Áreas en las que se ubican los estereotipos	Estereotipos negativos y positivos hacia la vejez	
	Negativos	Positivos
Biológico	Lentitud, pasividad, declive sensorial, achaques, enfermedad, falta de relaciones sexuales, incapacidad, limitación física, decadencia, fragilidad, pueden realizar	Saludables, hábiles, eficientes, activos.

	<p>una actividad si se acopla a sus capacidades físicas, postura encorvada, debilidad, pérdida de la vitalidad, requieren ayuda de aparatos como: bastones, andaderas, silla de ruedas y anteojos, fealdad, canas, arrugas, calvicie y adelgazamiento.</p>	
Psicológico	<p>Pasividad, problemas de memoria, depresión, introversión, cascarrabias, ser conservador, rigidez, dogmatismo, resistencia al cambio, intolerancia, desconfiados, conflictivos, con conductas infantiles, con pérdidas, pesimistas, con miedo, con declive de los recursos psicológicos sensoriales, atencionales, Memorísticos y cognoscitivos, con mala calidad de vida emocional asociada a la tristeza, infelicidad y aislamiento.</p>	<p>Generosos, agradecidos, con moralidad, experiencia, sabiduría, sinceridad y pacifismo, confiables, respetuosos, educados, cariñosos, cuidadosos y graciosos. Se ha asociado a la abuela como amorosa, bondadosa, abnegada, agradable y simpática.</p>
Social	<p>Soledad, aislamiento, marginación, improductividad, inutilidad,</p>	<p>Integrados, sociables, con interés para realizar actividades laborales,</p>



ineficiencia, dificultad para adaptarse a nuevos contextos sociales y tecnológicos, desvalorización social, carga, inactivo, con pérdidas de recursos sociales, desvinculado socialmente de los jóvenes o marginado.	responsables, con alto nivel de conocimiento y que brindan apoyo y compañía a otros, serviciales y sinceros, sociales
--	---

Fuente: (Hernandez, 2018)

Por otra parte, existen estereotipos positivos demasiado idealizados, y sobrevalorados, pues se cree es una edad de oro, donde el adulto mayor ya no es capaz de tener impulsos irracionales como lo haría en su juventud, que le bastara el retiro para estar en un estado de ocio y con ello sentirse satisfechos, además que tomando en cuenta su edad será una persona discreta, prudente y de buen juicio.

1.1.2 Concepto de identidad

Debido a los estereotipos que se manejan en la sociedad y al tipo de vínculos establecidos con familiares o amigos, estos pueden ser transmitidos y las personas adultas mayores suelen asumirlos como parte de su realidad, integrándolos poco a poco a su propia identidad.

Erikson (2000) cree que cada persona construye su identidad de manera única y responde a vivencias y contextos específicos, como los cambios históricos que se dan con el paso del tiempo.

Erikson (1975), considera ciertas características en cada etapa del desarrollo (niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez), ya que en cada uno se representó y se internalizaron



ciertos elementos que fueron conformando parte de la identidad y que, con el tiempo, algunos de estos elementos pudieron haber cambiado o modificado, en concordancia con la cultura, sociedad, tipo de educación, lazos familiares y sociales, así como con el contexto histórico. Por lo que Erikson (1997) toma en cuenta tres procesos (el biológico, el psíquico y el comunitario), para establecer la identidad de una persona, aunque aunado a esto se le puede sumar la memoria, el recuerdo, el orgullo, la dignidad, el valor que le da a lo que ha realizado la persona y las autoevaluaciones.

Pero la identidad se ve amenazada o en crisis, cuando al adulto mayor se le decide cambiar ciertos hábitos, roles, expectativas, sin consultarle, esto se hace debido a que la sociedad donde se desenvuelve lo cree conveniente, o porque considera que así debe ser y es cuando el adulto mayor (afirmó Angelina Guerrero Luna, académica de la Facultad de Psicología (FP) de la UNAM) puede desarrollar sentimientos de soledad, tristeza y melancolía, además de no encontrar el sentido de su propia vida. La sociedad y el sistema se han acostumbrado a la creencia de que un adulto mayor ya no es funcional, por lo que estos difícilmente o rara vez tienen trabajo. Esto repercute en su status social y por supuesto en su mentalidad, pues llegan a creer que carecen de valor como personas.

Aunado a esto existen quienes se niegan a crecer cronológicamente, por lo que al transcurrir los años y hacerse conscientes de su realidad, en cuanto a sus cambios físicos, biológicos, personales, intelectuales y sociales, viven de manera angustiada, con impotencia de lo que está pasando, que es el tiempo mismo.

Para evitar que la identidad se vea amenazada, es importante que el adulto mayor entienda que existirán cambios físicos, biológicos, intelectuales y sociales, que, aunque estos últimos no los busque y más bien surjan por cultura y tradición con lo que “debe ser”, es necesario el individuo pueda reelaborar su identidad en función de lo que se posea conforme a estos cambios. El reconocer y conservar lo que se tiene y lo que no se tiene en ese momento de la vida, ayudara a establecer nuevas metas, con comprensión sobre sí mismo, fortaleciendo sus habilidades, capacidades y psiquismo, dándole cierta autonomía y la capacidad de tomar



decisiones. Además, la misma familia que es la red de apoyo más cercana deberá también de entender que el hecho de envejecer, no quiere decir que el individuo sea vulnerable e incapaz de realizar actividades, esto con la finalidad de favorecer la propia identidad de la persona adulta mayor.

1.1.3 Concepto de calidad de vida.

La OMS (1994), ha definido a la calidad de vida como: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". El bienestar se ha identificado con "desarrollo económico", "con la riqueza familiar o individual", "con el nivel de vida", "con el estado de salud", "con la longevidad individual", con la calidad y cantidad de los "servicios médicos", con los "ingresos o salarios" con "la satisfacción de necesidades y deseos" y con la existencia de la llamada "felicidad".

El proceso de envejecimiento al darse de manera simultánea, pues no se presenta en una región, país o estado, sino en todos los lugares, ha provocado que se busquen mejores condiciones físicas, sociales y mentales. Esto a causa del aumento de la esperanza de vida, el descenso de la tasa de natalidad, los cambios en cuanto a los roles desempeñados, la reducción de actividad laboral, el cambio que se da en la familia nuclear en cuanto a su tamaño y estructura.

Se ha evaluado de manera externa la calidad de vida en cuanto a la funcionalidad física, psicología, intelectual y social, así como a las oportunidades y recursos a los que se tienen acceso y con los que ya se cuentan. Por otra parte, se debe de tomar en cuenta el cómo se siente la propia persona con su proceso de envejecimiento, pues lo ideal sería que se halle satisfecho, tranquilo y feliz.



Yasuko et al. (2005) señalan que la satisfacción y la “felicidad” son indicadores de bienestar subjetivo y que éste está constituido por tres componentes relacionados entre sí: afecto positivo, ausencia de afecto negativo y satisfacción de la vida como un todo.

Fernández-Ballesteros (1998), menciona que el concepto de calidad de vida debe incluir las condiciones subjetivas relacionadas con la evaluación o apreciación del sujeto, como las objetivas, que son condiciones materiales evaluadas de manera externa.

Al envejecer no es fácil vivir una plena calidad de vida ni subjetivamente, ni objetivamente, pues en ocasiones los adultos mayores se encuentran carentes de algún elemento, esto a causa de los cambios que se dan, así como las pérdidas que viven y a las cuales deberían adaptarse, pero no para todos esta adaptación se da de manera fácil, ya que esta se tiene que dar a nivel social, intelectual y emocional, asimilando las situaciones o circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos y/o oportunidades con las que se cuentan.

Por lo que se hace necesario el individuo aprenda a vivir con sus habilidades y limitaciones, buscando un sentido a su vida, definiendo nuevas metas, objetivos, que le sean reales de llevar a cabo, ya que el proceso de envejecimiento dejará huella en el comportamiento, en lo físico y en lo psicológico e incluso en ocasiones será necesario cambiar el estilo de vida y su relación con su entorno. Cabe señalar que en cualquier etapa de la vida los seres humanos, a consecuencia de las circunstancias deben de adaptarse y no necesariamente solo en el periodo de la vejez.

1.1.4 Concepto de vejez.

El envejecer es propio de los seres vivos, entre ellos los animales, plantas y por supuesto el ser humano, este proceso de envejecimiento se da durante todo el ciclo de vida, es decir desde el nacimiento hasta la llegada de la muerte.



Existen conceptos en torno a la vejez, los cuales se refieren a esta etapa del desarrollo particularmente, ya que es el resultado de haber pasado por casi todas las etapas del ciclo vital, y en donde encontramos que la parte biológica, social y psicológica convergen.

Entre los conceptos que se encuentran están:

Ancianidad: se refiere al último período o etapa de la vida de una persona, en el cual se tiene una edad avanzada;

Adulto mayor: se encuentra relacionado con la jubilación de una persona, y donde cabe señalar que la Primera Asamblea Mundial Del Envejecimiento celebrada en Viena en 1982, estableció que se considera a aquellas personas de 60 años y más como personas adultas mayores, pero en países como en Canadá, Estados Unidos y países europeos la edad para considerar la vejez y la jubilación es a partir de los 65 años.

Por lo que se hace necesario aclarar el concepto de edad cronológica o de calendario, fisiológica y social, y se toma como referencia a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) 2011:

Edad cronológica o de calendario: hace referencia a la edad en años, considerando a la vejez a partir de los 60 o 65 años. Se asocia con cambios en la posición de la persona dentro de la sociedad, ya que ciertas responsabilidades y derechos se relacionan con la edad. Por lo que la edad cronológica se vuelve un asunto socio-cultural pues es esta quien establece la edad para considerar a una persona mayor.

Edad fisiológica: es el proceso de envejecimiento físico relacionado con la edad cronológica, pero no se basa en esta, sino que involucra aspectos como la pérdida de las capacidades funcionales, disminución gradual de la densidad ósea, tono y fuerza muscular (Arber y Ginn, 1995 citado en Huenchuan 1998).



Edad social: son las actitudes y conductas consideradas adecuadas para la edad cronológica (Arber y Ginn, 1995); lo que indica que al igual que el género es una construcción social e histórica, relacionada con los procesos biológicos y las percepciones subjetivas. Aquí también encontramos el término de tercera edad, que se considera una forma amable de referirse a la vejez.

Pinazo 2017, plantea que la vejez es una etapa de carencias de tipo económicas (problemas de ingreso), físicas (falta de autonomía) y sociales (ausencia de roles); lo que ha llevado a interpretaciones negativas y peyorativas de la vejez (Rodríguez Domínguez, 1989 citado en Carbajo C. 2009) originando estereotipos de tipo cronológico, biológico o de salud, psicológico o personal y sociológico o comunitario:

Estereotipo cronológico: es lo que se espera que una persona realice de acuerdo con su edad; a pesar de que muchas personas adultas mayores se encuentren en un estado óptimo en cuanto a la función física y mental, se da una discriminación por la edad.

Estereotipo biológico o de salud: se atribuyen enfermedades físicas, psicofisiológicas y de una permanente asistencia médica, hasta la llegada de la muerte.

Estereotipo psicológico o personal: se cree que existe un deterioro en los recursos psicológicos y cognitivos como la atención, memoria, concentración, habilidades, personalidad y carácter; potenciando la creencia de escasas de creatividad, aislamiento, ansiedad, depresiones, comportamientos rígidos e inflexibles y cambios de humor.

Estereotipo sociológico o comunitario: se asocia con la inutilidad, aislamiento, improductividad, desvinculación de la persona adulta mayor respecto de intereses sociales y/o comunitarios, pobreza, abandono y soledad.



Esto lleva a que los adultos mayores puedan ser discriminados en razón de su edad, a pesar de seguir siendo funcionales; la realidad es que la vejez puede ser o no una etapa de pérdidas o de plenitud, esto va a depender de los recursos con los que cuente el adulto mayor.

Por otra parte, la juventud es vista como una etapa única donde la persona puede alcanzar su máximo potencial en cuanto a lo físico, biológico, social, psicológico o personal e incluso la felicidad; dado este punto de vista se hace necesario aclarar que desde el nacimiento se da una pérdida de neuronas, pero de manera lenta y no solo hasta llegar a la vejez e incluso en los primeros 20 años de vida se alcanza un desarrollo máximo en fortaleza, vitalidad, capacidad física, desarrollo de inteligencia y desarrollo físico, pero el declive de capacidades que se suele relacionar con la vejez, comienza a partir de los 30 a 40 años, con un descenso gradual en las capacidades, esta declinación dependerá de cada persona, pues cada quien tiene un ritmo y velocidad individual, debido a su biología, estilo de vida, estímulos externos, carga genética y al ambiente donde se desenvuelve la persona.

Por esta razón, se hizo necesario explicar a partir de donde se comienza a presentar una pérdida de capacidades y con ello cambiar la perspectiva de la sociedad, pues de esto depende se considere a una persona adulta mayor funcional y que con ello sea capaz de desarrollar sus actividades, cumpliendo sus roles dentro de lo laboral, social, familiar y de manera individual así como con la comunidad, logrando que la vejez se entienda y comprenda de manera positiva, ya que la mayor parte del tiempo es vista de una forma negativa y llena de estereotipos desfavorables creyendo que el ser humano se vuelve un tanto inservible con la edad.

Existen pocas regiones, culturas, y/o sociedades, donde la vejez es vista de manera positiva; por ejemplo, como una fuente de sabiduría o incluso en donde el adulto mayor aún puede y se le permite desempeñar sus roles.

El crecimiento demográfico se ha dado en todo el mundo, a consecuencias de factores como el avance de la medicina donde se ha logrado bajar la tasa de mortalidad, aumentando la esperanza de vida, la tasa de natalidad ha disminuido, haciendo que la población de la tercera



edad aumente y donde debemos aprender a interactuar con esta, es por ello que la gerontología y geriatría ha cobrado relevancia.

La gerontología es una ciencia inter y multidisciplinaria la cual se dedica al estudio del proceso de envejecimiento humano, así como a los fenómenos que lo caracterizan, dentro del marco de la propia persona y de la sociedad.

La gerontología social es una rama de la gerontología donde el objetivo de esta es medir el impacto de las condiciones socioculturales y ambientales en el proceso de envejecimiento y en la vejez, las consecuencias sociales del proceso de envejecimiento.

La geriatría es una rama de la medicina la cual se dedica al diagnóstico y tratamiento de enfermedades que se presentan en la vejez de manera integral, es decir, incluyendo factores externos e internos.

Desde el área de la psicología y sociología, existen teorías acerca del envejecimiento pues este es un acontecimiento no solo individual, sino también social, cultural, psicológico y económico.

La psicología es la ciencia que estudia los procesos mentales, sensaciones, percepciones y el comportamiento del ser humano, en relación con el medio ambiente físico y social que lo rodea.

La sociología es la ciencia que se dedica al estudio de las sociedades humanas y de los fenómenos religiosos, económico, artísticos, etc., que ocurren dentro de estas.

Es por esto, es importante revisar algunas de estas teorías, pues estas ciencias convergen, a consecuencia de que el envejecimiento es un proceso dentro de la realidad humana y donde se ve involucrado lo biológico, lo social, lo cultural, lo psicológico y lo económico y por esta razón



se dice que el ser humano es un ser biopsicosocial, pues no podemos hablar de una parte sin involucrar a la otra, ya que estas partes componen al ser humano, sumando así su totalidad.

1.1.5 Sociedad y vejez

El envejecimiento se da por la biología de nuestro organismo, no es alguna enfermedad o algo por el estilo, sino que es parte de la vida y no podemos pasar por alto esta etapa, pero la realidad es que saber que es la vejez, a qué edad inicia o termina, que podemos esperar de esta etapa, o como viviremos en cuanto a la calidad de vida, eso es algo que dependerá de la sociedad, la cultura y uno mismo, pues son estos componentes los que influyen en el significado de cada etapa del ciclo vital.

Anteriormente, el número de personas adultas mayores era menor por lo que no se le daba demasiada importancia, con el paso del tiempo el número de este sector de la población se incrementó, gracias a la esperanza de vida lo que dio origen a la longevidad, por lo cual se empezó a considerar podría resultar en un problema, debido al aumento de la población envejecida, más no en la etapa misma de la vejez.

Todas las sociedades siempre se han diferenciado en base a grupos de edad, género, clase, y/o religión, donde la vejez es también una categoría social debido a que se encasilla en un grupo de edad, y a su vez va a depender de cada cultura el significado que le den, lo cual va a contribuir a su identidad colectiva e individualmente.

Dependiendo al grupo de edad dentro del cual se esté la construcción social determinará lo que se puede o no se puede realizar, incluso lo que se debe y no se debe hacer, modificando sus objetivos, metas, logros y dificultades, esto se da de manera poco consciente, pero se hace evidente al utilizar expresiones como:

“Es extraño que un hombre de su edad aún viva con sus padres”

“Esa mujer ya no está en edad de usar esa ropa”



“Tan jovencita y ya es madre”

“A ese niño no le corresponde asumir esas responsabilidades”

Se espera que, así como la sociedad va cambiando en cuanto a las generaciones y su percepción, también lo haga con el adulto mayor generando nuevos modelos de comportamiento y de expectativas frente a la vejez, incluyendo que el anciano cuente con más recursos sociales, culturales, educativos y financieros que las generaciones de sus antecesores. Además, en el contexto sociocultural las nuevas políticas públicas deberían de tomar en cuenta a este sector de la población ya que se dará un cambio en la estructura demográfica.

Antropológicamente, existen según Fericgla (1992) tres modelos culturales que ponen de manifiesto una discrepancia de roles que las personas mayores han ejercido.

Sociedad nómada:

Su sobrevivencia se basó en la caza y recolección, donde los adultos mayores se integraban, pero debido a las amenazas de aquel entorno, muchos ancianos no sobrevivían y solo lo hacían los más fuertes, no representando un gran número.

Entre sus responsabilidades como parte de la colectividad, estaba la enseñanza de conocimientos a los más jóvenes.

En este tipo de sociedades los que consiguen llegar a mayores poseen un alto nivel de prestigio como recompensa por su vida ejemplar. Se les describe como chamanes y brujos poderosos o como curanderos que han acumulado una enorme cantidad de conocimientos.

Pero, en la vida diaria este prestigio no poseía poder suficiente para que los jóvenes no se burlaran de ellos y practicasen gerontocidio en caso de una hambruna.

Sociedad agrícola y ganadera:

Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.



Al ser una sociedad sedentaria, existe una mayor acumulación de bienes y alimentos que en la sociedad nómada. Además, las personas adultas mayores disfrutaban de un dominio económico, político y religioso; recibiendo tareas enfocadas a ellos y que ayudan a la sobrevivencia individual y colectiva.

Entre sus actividades se encontraba el pastorear los rebaños, cuidar de los menores de edad, diseñar herramientas de uso doméstico, el cuidado de los sembradíos y/o huertos, técnicas de cultivo y en algunos casos cocinar, y la curación de los animales. Todo se hacía conforme a sus capacidades y limitaciones.

Se les confiaban la transmisión de sus conocimientos conforme a sus tradiciones, determinando de esta manera un control social.

También, debido a las guerreras en las que se veían envueltos, consiguieron cierto prestigio político y ante la sociedad, incluyendo el ámbito familiar, convirtiéndose en hombres con poder, lo que hacía se respetara su autoridad. Gracias a que el número de adultos mayores era limitado, no trajo consigo mayores problemas.

Sociedad industrial:

Es la sociedad actual, donde los adultos mayores se encuentran aislados de los grupos, y dependen principalmente de sus lazos o ayuda familiar para subsistir.

Por lo regular las personas adultas mayores viven solos en su casa, de manera independiente, en tanto puedan subsistir de manera solitaria, hasta que no pueden valerse por sí mismos y son llevados o acogidos por algún familiar o se les interna en alguna casa de retiro.

Los adultos mayores en este tipo de sociedad, suelen carecer de poder económico, social y familiar.



El hecho de abordar de forma general estos tres tipos de sociedades, es para dar cuenta sobre el papel que los ancianos ejercieron en distintas épocas y sociedades, es decir, como el pensamiento de un individuo puede ser el de toda una sociedad, es por eso el significado que se le dé a la vejez dependerá en gran medida del tipo de cultura y sociedad en el que se encuentre un sujeto y del sujeto mismo.

1.2 Teorías sobre la vejez

Las teorías son una serie de ideas que se tienen a través de la observación y/o experiencia misma de un determinado fenómeno o suceso y es por eso se presentan de manera breve algunas teorías sobre la vejez, así como su concepción muy particular.

1.2.1 Teoría de la desvinculación o del retraimiento, o del desapego por E. Cummings y W.E. Henry, quienes se basaron en el estudio Longitudinal de la Ciudad de Kansas sobre la vida adulta, destacando la disminución de contactos sociales que ocurre en la vejez.

Esta es una teoría psicosocial pues se ven afectadas las relaciones entre la persona o sujeto y la sociedad misma, así también en los procesos internos que experimenta la persona en su declive de la vida.

Se caracteriza por la reducción, y desinterés de actividades, acontecimientos y contactos sociales; dando como resultado con esta actitud ciertos comportamientos y reacciones que incitan el retiro social de los adultos mayores, también el interés se vuelve ahora en ellos mismos, es decir, algo muy personal. Mientras la persona se distancia de la sociedad, esta hace lo mismo, ayudando a ese alejamiento se dé una manera más rápida, desde el retiro en actividades laborales, perdiendo el rol social y/o familiar.

Esta teoría tendría tres factores fundamentales que son:

- 1.- Pérdida de roles al cambiar de status en la sociedad.



2.- (Kalish 1977: 64); “Con el aumento de la conciencia de que el futuro es limitado y que la muerte no solo es inevitable, sino que está cercana, el viejo quizás se centre más en sí mismo, y lo que es extremadamente importante para él, dejando aparte lo que no es importante”.

3.- Al perder capacidades sensorio-motrices no se mantendrán ciertas actividades.

Además, esta teoría cree tener algunos beneficios como el hecho de que adulto mayor no se sienta comprometido u obligado a cumplir con ciertos estándares, como el asistir a reuniones, incluso ejercer vida sexual a consecuencia de inseguridades por la pérdida de capacidad física o atractiva, el aprender algo nuevo que sea necesario para desempeñar en determinado momento como en el trabajo; por ejemplo, a utilizar aparatos electrónicos. Por otra parte, los jóvenes tendrán la oportunidad de ingresar a la vida social y laboral.

Entonces lo que conlleva esta teoría es visto como algo dentro de lo cotidiano e incluso se aconseja a profesionales, familiares, y amigos, favorecer este proceso haciendo promoción y divulgación en la retirada progresiva de actividades sociales, y laborales, centrándose en su mundo propio de las personas mayores.

Al creer que la vejez es sinónimo de declinación en lo fisiológico, biológico, psicológico, esta teoría se encuentra apoyada por aquellos que creen en esta declinación y deterioro.

Desde la posición de Havighurst en (1968) presento una crítica y redefinición de esta teoría, donde menciona que, “una forma de envejecer afectaría a unos individuos y a otros no, pues no se puede hablar de una totalidad en general, ya que las sociedades, culturas e incluso los propios individuos son distintos y no iguales”, esto abarca aspectos de personalidad los cuales influyen en el proceso de envejecimiento; como las personas que están incluidas en el entorno comunitario y su actitud extrovertida hacen tengan contacto y participación social, mientras otras personas que sean introvertidas, pasivas y dependientes, lo que las lleva al poco contacto y participación social.



Havighurst incluye un proceso llamado “desvinculación- vinculación selectiva” el cual menciona que el sujeto realiza una selección de actividades, donde se desechan algunas y se mantienen otras que sean satisfactorias para el individuo. Por lo tanto, la desvinculación es un proceso que los individuos viven de distinta manera y que es la sociedad quién realmente se aleja o aleja a los adultos mayores.

1.2.2 Teoría de la actividad por Havighurst en (1961)

Considera que en el proceso de envejecimiento resultaría más satisfactorio para la vejez si se toman en cuenta las actividades sociales que se realicen. Havighurst menciona que las personas que viven más años, pero sin discapacidad coincidían con las personas que realizan actividades, pudiendo ser la misma actividad como practicar algún deporte o incluso el haber cambiado una actividad por otra, por ejemplo, el que una caminata por las mañanas haya sustituido al deporte, pero que sean gratificantes y placenteras estas actividades desempeñadas para las personas; incluso las personas que son activas se encuentran más satisfechas y mejor adaptadas a su medio.

Madoxx en (1963) apoya esta teoría al demostrar que la satisfacción está relacionada con el nivel de actividad, incluso propone que el aumento de actividad o actividades en edades avanzadas predice una moral alta y un descenso en las actividades ocasiona una baja moral en las personas adultas mayores y como tal, en el proceso de envejecimiento.

El que las personas adultas mayores sean activas ayuda a un sano proceso de envejecimiento, pues suele prevenir ciertas enfermedades de origen sedentario aunado a la edad, como el sobrepeso, e incluso la depresión.

1.2.3 Teoría de la continuidad por Robert Atchley entre (1971-1972).

Esta teoría está basada en la teoría de la actividad, donde se concibe al sujeto en constante desarrollo, pues considera a la vejez como una prolongación de las etapas evolutivas



ya antes vividas, además esta última etapa estaría condicionada por las habilidades ya desarrolladas de la persona, pues el hecho de encontrarse ante una situación nueva, a las ya vividas o experimentadas, no quiere decir no posea la capacidad de respuesta, o de adaptación a algún proceso nuevo. Por lo que la jubilación no es sinónimo de retiro o de una parada del crecimiento humano, en distintos ámbitos de la vida, sino que se mantiene la capacidad para crear o sobreponerse a experiencias negativas de cualquier componente de su entorno, como en el plano laboral, social, psicológico e incluyendo la salud.

El mantenimiento de actividades, costumbres que se realizan, ayudan a la seguridad y autoestima de la persona.

1.1.4 Teoría de los roles, por Irving Rosow en (1967).

Antes que nada, recordemos como se define un rol y una socialización, el primero es la función que una persona representa dentro de un grupo social o en la vida; el segundo es la interiorización de los valores y las normas sociales que ayudan a formar la personalidad de la persona y su imagen social.

Esta teoría se basa en estos dos conceptos, haciendo hincapié, que, a lo largo del proceso evolutivo de una persona, la sociedad le va adjudicando ciertos roles y responsabilidades, así como derechos, de acuerdo a su edad, género, posición social y económica, lo que le da cierto status, autoimagen y autoestima personal.

Con el retiro laboral o jubilación se da una pérdida de manera escalonada de los roles sociales que las personas ya habían adquirido, quedando sin roles sociales, sin el status y como consecuencia de esto se da una pobre autoimagen y autoestima personal, pues los estilos de vida entre los adultos mayores son distintos y no se vive el proceso de envejecimiento de la misma manera. Aunado a esto se vive la retirada o despedida de los hijos quienes empiezan a formar su propia familia, o ejercen su propia profesión teniendo que emigrar de su lugar de origen.



Gracias a esto se da un hecho llamado “la desaparición social del anciano” donde al quitarle los roles que desempeñaban como personas, quedan en un estado de inactividad, pasividad y de irrelevancia social, y se espera que los adultos mayores acepten y asuman este proceso, como parte de su responsabilidad y compromiso con la sociedad, creyendo que se logra un proceso de envejecimiento positivo ya que la sociedad considera esto es lo correcto de acuerdo a su edad.

La actividad de socialización y des-socialización se da más en culturas occidentales dando como resultado la exclusión social del adulto mayor, mientras que otras culturas como en la norteafricana el adulto mayor tiene un papel principal y no se da la exclusión social de este, pues es visto con respeto y como fuente de sabiduría.

1.2.5 Teoría de la subcultura, por Arnold Rose en (1965).

Propone que los adultos mayores comparten ciertas similitudes en circunstancias biográficas como la pérdida de seres queridos, el que pueden llegar a vivir solos, en sus necesidades o cuidados de salud, en la situación económica, intereses culturales y sociales, etc., que hace se reúnan, dando origen a una “subcultura de la edad”.

Esta afinidad le ayuda al anciano a encontrar en otros la comprensión que a veces no se halla en la familia, también suelen aprender recursos personales de otros para enfrentar problemas y/o dificultades, además de que les ayuda a socializar con otros y no se aíslan por completo, y se puede observar en los clubs sociales u hogares para jubilados, donde se le da prioridad a la relación entre pares (inter-pares), a las relaciones intergeneracionales.

1.2.6 Teoría de la estratificación por edades, por Mathilda Riley en (1971).

Para tener clara esta teoría debemos referirnos primero al concepto o término “capa” que según los sociólogos se utiliza para definir a la estratificación social; y donde estratificación es una superposición de capas sociales, cada capa compuesta por atributos o características



específicos con los cuales son se identifica un grupo de personas o colectividad, dando un sentido de pertenencia.

Mientras la sociedad reconoce cinco capas: infancia, adolescencia, juventud, adultez, y vejez, en donde la última capa está integrada por personas mayores de 80 años, esto se debe al aumento de la esperanza de vida.

Las personas adultas mayores a causa de formar un grupo numeroso pueden influir en las decisiones políticas, en los programas sanitarios, de seguridad social, etc., esto con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de esta capa. Pero esto puede ocasionar problemas o conflictos entre generaciones, pues los distintos grupos o capas buscan un beneficio en conjunto de acuerdo a su grupo o necesidades.

1.2.7 Teoría de la modernidad, por Cowgill en (1974).

Postula cuatro variables que influyen en el status social de las personas adultas mayores:

- 1) Perfeccionismo de la tecnología sanitaria;
- 2) Desarrollo de la tecnología económica;
- 3) Urbanización o abandono de zonas rurales y;
- 4) Progresos en la formación.

Con estas cuatro variables, la condición social de las personas adultas mayores se encuentra definida en función de la modernización o los cambios sociales que existen en la sociedad.



Por lo tanto, la tradición se vuelve menos relevante, siendo más importante el progreso, las nuevas tecnologías son comprendidas, asimiladas y ejecutadas por los más jóvenes que desplazan poco a poco a los más viejos del mercado laboral, el valor de la experiencia y el buen hacer importan menos que la producción.

Esta teoría no toma en cuenta el status de adultos mayores como sus ideologías religiosas, sociales, culturales, actividades profesionales, etc.

1.2.8 Teoría del apego, por el psiquiatra británico John Bowlby en (1960).

Determina que el ser humano tiene la necesidad de relacionarse, de crear vínculos con otros individuos de su especie, ya que las personas requieren de otros para entablar relaciones interpersonales.

A partir de la infancia y durante todo el proceso del ciclo de vida de una persona, incluso la muerte, cada persona tiene cierto apego a objetos y/o personas que van modificando con el paso de tiempo en el ir y venir de la historia de vida de un sujeto; esto se debe a que el apego está en una base biológica y psíquica del ser humano que se hace o construye sobre un conjunto de apegos, no queriendo decir que el ser humano vive de esto, sino que la necesidad psíquica hace que exista la actitud para apegarse a algo o alguien.

Heri Bianchi en 1992 propone que “por apego se entiende la idea de un vínculo afectivo muy fuerte con situaciones, estados, signos, y finalmente objetos (entendidos como personas, entidad o un ideal que dan satisfacción) por lo que el apego es propio del psiquismo del ser vivo, y no solo del ser humano sino de otras especies animales”.

Bianchi señala tres momentos del apego en la vida de una persona:

Apego primario: se encuentra en la niñez y el apego tiene la función activa de impulsar la construcción de la vida psíquica y afectiva.



Apego sustituible: este se da en la edad adulta, donde se aprende que un vínculo puede transformarse o sustituirse, por lo que el apego a personas, objetos, ideales, etc., es relativo. De esta manera el apego impulsa la actividad de la persona y a su vez sostiene la vida psíquica.

Retorno del apego: en la vejez el apego mantiene la misma función, pero existen dificultades cuando la sustitución no se encuentra o es difícil de realizar; por lo que la función del apego se puede encontrar como una crisis depresiva en el sujeto, otra variable es ir apagándose al tiempo que el individuo observa la desaparición de objetos y/o personas, haciendo más fácil el proceso de la muerte del adulto mayor.

Pero existe una variable más, y la cual suele ser común, esta es el retorno al apego primario, donde existe una fuente de energía y vitalidad, por ejemplo, las personas adultas mayores que practican algún deporte y al mismo tiempo socializan con los miembros de ese mismo deporte o al adquirir una mascota.

El ver estas teorías, de cierta manera nos acercan a realidades distintas, pero que convergen entre sí, pues es cierto que conforme uno adquiere más años ciertas capacidades se ven mermadas, pero no en su totalidad y cabe señalar que los seres humanos tenemos la capacidad de adaptarnos al entorno y evocar así una respuesta ante determinadas situaciones.

También es bien sabido que, en algunas culturas la vejez es sinónimo de declive en todas las esferas en la que se ve envuelta una persona, mientras en otras culturas el adulto mayor es percibido con respeto y como una persona sabia y que aún puede realizar sus actividades, pero si se presentase el caso en que el adulto mayor no pudiese desempeñar las mismas actividades, le son dadas otro acorde a sus habilidades y capacidades.

Por otra parte, al encontrarse asignados los roles por la sociedad en cuanto a edad, género, profesión, raza, religión, se achacan responsabilidades, derechos y limitaciones que como individuos se deben de llevar a cabo, por lo que no es de sorprender se espere lo mismo con la entrada de la vejez, en donde algunos adultos mayores podrían no estar de acuerdo, pues



el hecho de envejecer no es sinónimo de declive total en todas las funciones físicas, biológicas, psicológicas y sociales de una persona, sino que al contrario, existen adultos mayores que buscan seguir desempeñando sus actividades o realizar otras, ayudando a conservar su autoestima y seguridad y por supuesto no ser alejados de la sociedad, incluso el mantenerse activos es ventajoso para un envejecimiento saludable.

Esto no quiere decir que el rechazo hacia el adulto mayor y lo cual ocasiona su aislamiento sea totalmente la responsabilidad de la sociedad en la que nos desenvolvemos, sino que la propia actitud de la persona juega un papel importante al mantener un buen estado de salud para llevar a cabo los objetivos planteados durante la vejez y no dejarse llevar por la estigmatización que como cultura se les da a las personas adultas mayores.

Es por esto se hizo necesario abordar estas teorías ya que pronosticaban y hacían referencias a algo real, dejando en evidencia que la mayoría de los adultos mayores sufren abandono, no suelen tener redes de apoyo estables, y se vuelve difícil interactuar con otros para desarrollar nuevas redes o mantener las que se tienen, es decir, el apego que se mencionó anteriormente, muchas veces conlleva, por ejemplo, a depresiones, si este no se encauza de una manera adecuada.

1.3 Percepción de la ancianidad

La psicología, define a la percepción, como la impresión u opinión que se tiene sobre algo o sobre una persona en relación al conocimiento que ya se posee en cuanto a los hechos o a la apariencia de algo o alguien.

Entonces se tiene que la percepción de la ancianidad se va a dar bajo este supuesto, pues se está acostumbrado a ponerle y quitarle atributos a este sector de la población, en base a lo que se cree, a lo que se ha aprendido culturalmente y sobre lo que se ha visto se hace y por lo cual realizamos casi de manera inconsciente, pues no solemos percatarnos de que la cultura nos hace pensar, actuar, decir y hasta de sentir en determinada forma; por lo que la percepción que se



posea sobre la vejez puede ser positiva y/o negativa y bajo esta concepción como sociedad se afecta directa o indirectamente al adulto mayor.

Louis-Vicent Tomas en (1992), propone la percepción de la ancianidad desde la cultura rural negro- africana y la cultura occidental, haciendo una diferencia entre ambas culturas:

Tabla 2

Síntesis de la percepción de la ancianidad. Luis-Vicent Tomas.

Sociedad tradicional (cultura rural negro- africana).	Sociedad moderna (cultura occidental).
Sociedad con acumulación de hombres.	Sociedad con acumulación de bienes.
La filiación es más importante que la alianza (familia amplia).	La alianza tiene más peso que la filiación (familia nuclear).
Viejos poco numerosos.	Viejos numerosos.
Viejos útiles: trabajos especiales, educación de niños.	Viejos inútiles socialmente y molestos.
Viejos poco costosos.	Dependientes.
Viejos insertados en la familia y linaje.	Viejos costosos.
Viejos: sabios.	Viejos rechazados o solitarios en sus hogares.
Eventualidad del suicidio: regeneración.	Viejos infantilizados, voluntariosos.
Viejos que mueren en casas maternas y asegurados por mujeres.	Suicidio: liberación y/o desesperanza.
La muerte es la coronación de la vida y un paso.	Viejos que mueren solos, en hogares para jubilados o en hospitales.
Entierro con sentido, fiesta en que la sociedad se renueva.	Muerte sin sentido.
	Entierro sin sentido.



Duelo importante. Posibilidad de convertirse en antepasado.

Muerte y duelo, no tan importante.

Fuente: (Esteban, Raul, & Universidad de Castilla La Mancha y Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid, 2014).

En la percepción de la ancianidad se ven involucrados los cambios que se dan en el adulto mayor y en donde constantemente solo se toman en cuenta o se consideran que los cambios son sinónimo de declive o pérdida de capacidades y funciones en el adulto mayor, por lo que se establecen cuatro tipos de cambios y cinco enfoques sobre el proceso de envejecimiento.

1.3.1 Cambios físicos y biológicos.

A medida que las personas van adquiriendo más años existen cambios en distintos niveles, (Saleh, M et al 2012):

Los cambios físicos y biológicos se dan en distintas etapas de la vida, no solo en la vejez, y es normal que todos los seres humanos experimentemos cambios en nuestro cuerpo a nivel físico, en los sentidos, en el sistema celular, en la piel, en nuestro aparato digestivo, entre otros; esto se da gracias a que vamos creciendo y por lo tanto no podemos como organismos vivos quedarnos con el cuerpo, la piel y los sistemas con los que nacimos, pues se da una evolución que se adapta a nuestras necesidades y no podemos evitarlo.

Tabla 3

Cambios físicos y biológicos.

Envejecimiento celular:

-Disminución de peso y volumen de órganos y tejidos.

-Retardo en la multiplicación celular y



	<ul style="list-style-type: none">-disminución en el número de células.-Pérdida de agua intracelular y aumento de tejido adiposo.
Envejecimiento de piel:	<ul style="list-style-type: none">-Pérdida de elasticidad y deshidratación.-Atrofia de glándulas sebáceas y del sudor.-Menor vascularización.-Palidez y aumento de manchas cutáneas.
Menor crecimiento del cabello	<ul style="list-style-type: none">-Falta de coloración.-Aumento de vello facial.-Disminución del vello púbico.
Uñas	<ul style="list-style-type: none">-Crecimiento lento.-Fragilidad y dureza en las uñas de los pies.
Envejecimiento del sistema musculoesquelético	
A nivel óseo	<ul style="list-style-type: none">-Disminución y desmineralización ósea.-Disminución de la talla corporal.-Cifosis dorsal.-Reducción de la distancia occipito humeral.-Modificación del eje del miembro inferior.-Desplazamiento base corporal.-Alteración del equilibrio, alineación y marcha corporal.



A nivel muscular	<ul style="list-style-type: none">-Pérdida gradual de la fuerza.-Disminución de la masa muscular, redistribución de la grasa corporal y tensión muscular disminuida.
A nivel articular	<ul style="list-style-type: none">-Deterioro de superficies articulares.-Deshidratación del tejido cartilaginoso.-Crecimiento óseo irregular en los bordes articulares.
Envejecimiento del sistema cardiaco y circulatorio	<ul style="list-style-type: none">-Disminución del peso y volumen del corazón.-Reducción de elasticidad de los vasos.-Aumento de depósitos en las paredes.-Aumento del calibre de la aorta. Rigidez valvular y de los vasos más pequeños.-Insuficiencia del fuelle aórtico. -Aumento de las resistencias periféricas.-Disminución de la tensión venosa, de la velocidad de circulación.-Reducción del gasto cardiaco y aumento del tiempo de recuperación después del esfuerzo.
Envejecimiento del sistema respiratorio	<ul style="list-style-type: none">-Disminución del peso y volumen de los pulmones.-Reducción del número de alveolos.-Dilatación de los bronquiolos y conductos alveolares.



	<ul style="list-style-type: none">-Disminución de la distensión torácica.-Alteración del parénquima pulmonar.-Disminución de la función respiratoria.-Reducción de la actividad ciliar, del reflejo tusígeno, del oxígeno en los tejidos y de la difusión alveolo capilar.
Envejecimiento del sistema digestivo	<ul style="list-style-type: none">-Perdida de piezas dentarias.-Deshidratación de las encías. -Reducción de la secreción de saliva.-Atrofia de la mucosa gástrica.-Disminución del tono de la pared abdominal.-Aparición de varicosidades.-Disminución del tamaño del hígado.Atrofia del intestino grueso.-Dificultades en la masticación y en la dilución de los alimentos.-Disminución de producción de ácido clorhídrico.-Disminución de motilidad gástrica.-Lentitud en el vaciado vesicular e hipoperistaltismo.
Envejecimiento del sistema nefro urinario	<ul style="list-style-type: none">-Disminución del peso y volumen del riñón.-Reducción del número de nefronas.-Esclerosis de los glomérulos.-Dilatación de los túbulos.-Aumento del tejido intersticial. -Reducción



	<p>del tono muscular de la vejiga.</p> <ul style="list-style-type: none">-Disminución del filtrado glomerular, de la función renal progresiva y mayor tendencia a la producción de cálculos.-En los hombres existe crecimiento de la próstata provocando una obstrucción en la vía urinaria y resulta en la dificultad para orinar.
Envejecimiento genital:	
Hombre	<ul style="list-style-type: none">-Disminución del vello púbico.-Distensión de la bolsa escrotal.-Disminución del tamaño de los testículos.-Aumento del tamaño de la próstata.-Disminución de la secreción hormonal y menor respuesta orgánica.
Mujer	<ul style="list-style-type: none">-Disminución del vello púbico.-Atrofia de la mucosa vaginal.-Disminución del tamaño de los órganos externos.-Acortamiento de la vagina.-Disminución del tamaño de los ovarios y de la secreción hormonal.
Envejecimiento del sistema inmunológico	<ul style="list-style-type: none">-Reducción de la respuesta ante los antígenos.-Disminución en la producción de anticuerpos y de las funciones de los linfocitos.
Envejecimiento neurológico	<ul style="list-style-type: none">-Disminución del peso y tamaño cerebral.



- Pérdida de neuronas.
- Enlentecimiento generalizado del movimiento.
- Reducción del tiempo de conducción nerviosa.
- Aparición de temblor senil. Cambios en el sueño y disminución de la sensibilidad.

Envejecimiento de los sentidos:

Gusto

- Disminución del color de los labios y de las papilas gustativas.
- Atrofia de la lengua.
- Fragilidad dental y sequedad en encías. Deterioro de la raíz del diente.

Olfato

- Adelgazamiento de las mucosas.
- Degeneración del nervio olfativo.
- Aumento del tamaño de la nariz y aparición de vello en fosas nasales.

Vista

- Disminución de la agudeza visual y del campo visual.
- Atrofia de la musculatura de los párpados.
- Pérdida de elasticidad cutánea.
- Palidez de las conjuntivas.
- Disminución del tamaño pupilar y de la secreción lacrimal.
- Agrandamiento del cristalino.

Oído

- Pérdida de la agudeza auditiva.



- Degeneración del nervio auditivo.
- Aumento del tamaño del pabellón de la oreja.
- Engrosamiento del tímpano.
- Proliferación de pelos.
- Depósito de cerumen.
- Alteración de la conducción del sonido que afecta más a tonalidades bajas.

Fuente: (CIES-USS & Lagos B. , 2010)

1.3.2 Cambios sociales:

La estructura de la red social (tamaño y tipo de red) y la función de la red social (apoyo); es importante para un envejecimiento saludable, pues influyen en un mejor estado físico, mental y emocional.

Existe una relación bidireccional, donde participan las relaciones sociales y las condiciones de envejecimiento que cada persona posee, es decir, que una puede afectar a la otra, ya que no se encuentran de manera aislada, por ejemplo, si en alguna comunidad se ve al adulto mayor como, a alguien con achaques y se considera ya no debe seguir ejerciendo los roles que tenía y le son retirados, la misma red aislara al adulto mayor, enfocándose en otros más jóvenes que considera aptos, provocando que el adulto mayor se sienta deprimido y aislado de su propia red, incluso esto puede provocar se pierdan las relaciones sociales. Por otro lado, si el adulto mayor conserva sus roles, se le ve como una persona capaz de seguir contribuyendo a su comunidad, es decir, que la red no lo aislé, sino que lo incluya hará que el adulto mayor sienta esa inclusión y no se aislé, ni este deprimido y no pierda sus relaciones sociales.

Todas las personas son capaces de mantener el mismo tipo de relaciones sociales, por ejemplo, si de joven la persona era tímido o extrovertido, existe la probabilidad de que lo seguirán siendo a pesar de la edad con la que cuenten, porque las personas no se hacen o vuelven más o menos sociables, es verdad que en algunos casos se da y es por ello se debe de tomar en



cuenta el entorno donde está viviendo, pues a veces a causa del ambiente se ocasiona este aislamiento.

Lo que es cierto, es que, al existir una reducción en su red social, se suelen mantener relaciones con personas que resultan significativas, es decir, ya no se considera la cantidad o el estar con personas solo por estar, sino que se considera la calidad de las relaciones, lo que las vuelve significativas para el adulto mayor.

A partir de que se dé un declive en el funcionamiento físico, provoca que algunas actividades se vean comprometidas, lo que con lleva a una falta de independencia en el desplazamiento, lo que provoca cierta dificultad en las personas adultas mayores para asistir a reuniones fuera de su hogar, por lo que tienen que esperar a ser visitadas.

Además, el deterioro sensorial también afecta el poder reunirse, aunque no exista la dificultad para desplazarse, por el hecho de no alcanzar a comprender lo que se dice, o de no poder ver u observar lo mismo que los demás, haciendo que el adulto mayor se sienta fuera de contexto, por lo que prefiera ya no socializar.

1.3.3 Cambios emocionales:

El explicar de una manera breve y clara como se constituyen los sentimientos y las emociones, se hizo necesario para poder comprender la relación y los efectos positivos y/o negativos sobre las personas de la tercera edad, que experimentan en esta etapa de la vida diversos cambios físicos, biológicos, psicológicos y sociales.

El neurobiólogo, Damasio cree que el cerebro humano tiene la capacidad para cooperar con otros, esto a beneficio de la supervivencia:

1. Una emoción, que puede referirse a la felicidad, tristeza, vergüenza o simpatía, es un conjunto de respuestas químicas y neuronales.



2. Las respuestas a un estímulo son hechas o producidas por el cerebro cuando este detecta a dicho estímulo, a lo que Damasio le llama EEC (Estimulo Emocionalmente Competente), lo que provoca la emoción, presentándose de manera casi automática.

3. El cerebro suele estar listo para responder a un EE, la razón de esto es porque el cerebro es capaz de reconocer estímulos similares en base a la experiencia adquirida por lo que sabe cómo evocar la respuesta.

4. La respuesta evocada se puede dar de manera directa o indirectamente, representando un cambio, pero solo temporal, que se verá reflejado en el cuerpo e incluso en las estructuras cerebrales, es decir, en el pensamiento, haciendo que el organismo o cuerpo se encuentre en circunstancias óptimas para su supervivencia.

En la biología, las emociones se consideran están para ayudar, fomentar el bienestar y supervivencia del mismo organismo.

Las emociones son antecesoras de los sentimientos, están orientadas a evitar el peligro, aprovechar alguna oportunidad incluso si es para escapar, y facilitan las relaciones sociales.

Damasio hace una categorización de las emociones considerándolas como si fuesen un plan o una solución alterna:

Emociones de fondo: estas no suelen poder verse a simple vista en el comportamiento, sino que son expresiones-acciones que entran en acción en determinados momentos.

Emociones básicas o primarias: estas son las que la mayoría de las personas conocemos, que, si podemos notarlas y hasta nombrar como se siente esa emoción, como la ira, el asco, la sorpresa, el miedo, la tristeza y la alegría.



Emociones sociales: su función es regular el comportamiento, y podemos encontrar a la simpatía, turbación o confusión, desdén o indiferencia y/o desprecio, admiración, gratitud, indignación, celos, culpa, etc.

Por otra parte los sentimientos también están incitados por la sociedad, es decir, su construcción es a base de esta, por lo que se encuentran conceptualizados bajo las creencias y sistemas morales de la sociedad, y para esto se hace necesario exista un actitud proposicional, es decir, que la palabra, pensamiento, y la acción estén en concordancia para dar el significado de algo, por ejemplo, si me siento avergonzado o apenado por haber cometido un error, entonces se debería de poseer ya el concepto, significado o la conciencia de que me equivoque al exponer y por eso debo sentir vergüenza o pena, o si me siento feliz por mi cumpleaños, debo de poseer el significado de la alegría (como sociedad se hace la referencia que la felicidad es algo placentero y que se nota al sonreír).

Los sentimientos ayudan a las personas a adaptarse culturalmente a la sociedad, y no con perceptibles, solo lo son por medio de pruebas de sangre o dispositivos de diagnóstico de actividad cognitiva. Además, el sentimiento puede durar más tiempo que la emoción debido a su aceptación en el cerebro y en la costumbre adquirida.

Entonces las emociones dejan responder al organismo en situaciones de ventaja y desventaja pero los sentimientos crean una especie de alerta en la mente de cada persona para impulsar la emoción, produciendo una reacción, manteniendo la atención y memoria, para que posteriormente nuestro cerebro sea capaz de recordar en base a otras experiencias y tener respuestas casi automáticas, e incluso se utilizara ya no solo el recuerdo sino la imaginación, el razonamiento, provocando la misma respuesta o una parecida o nueva.

Por lo que las emociones son respuestas adaptativas que cada persona posee y donde convergen dos elementos (interacción y mediación) que van a reflejarse en las áreas de funcionamiento, como en el comportamiento, en la cognición, en el área social y en la salud; pues iniciaran la forma de responder, es decir, en nuestras acciones, haciendo que interactuemos



de manera positiva y/o negativa dependiendo del contexto o el entorno donde se encuentre la persona.

Por ejemplo, si existe un deterioro en la capacidad de desplazamiento o incluso el adulto mayor se siente aislado y rechazado por su entorno, esto afectará directamente en su psique, generando sentimientos de vergüenza, y/o pena (emociones sociales), para luego ir profundizándolos en el interior de la persona haciendo que estos sentimientos se queden, lo que ayudara a potenciar a la emoción de tristeza o de enojo, lo que puede llevar a una nostalgia continúa para luego ir avanzando hasta presentarse la depresión, y es por esto que se ha vuelto común observar la depresión, ansiedad, nerviosismo, cambios en el comportamiento o conductas así como en la personalidad, ya que estos cambios están vinculados con la parte emocional del sujeto.

Lo importante como sociedad es que se trate lo mejor posible a las personas adultas mayores, para tratar de bajar los efectos emocionales y que no ocasionen un daño a la psique del individuo.

1.3.4 Enfoques de la vejez

Como ya hemos visto, los seres humanos vamos cambiando tanto a nivel físico, psicológico, biológico y social, además a nivel funcional, individual y colectivo, estos cambios dependerán en parte de la sociedad en la que nos encontramos viviendo, por eso se incluye los dos últimos, pues no todas las personas viven igual los cambios, o en el mismo contexto o bajo las mismas circunstancias.

En la Política Publica Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital en Bogotá 2010-2025, se definió al envejecimiento individual como: “el proceso biológico que experimenta una persona cuando avanza su edad, tanto en su evolución cronológica como en su naturaleza biopsíquica y social”, y un envejecimiento demográfico es donde se observa el envejecimiento de la población en general propiciando la modificación demográfica.



Existen ciertos enfoques para determinar cómo se da el envejecimiento:

1.3.5 Enfoque biológico:

Como ya se mencionó anteriormente, el envejecimiento se da desde el nacimiento hasta la muerte, donde se incluyen los cambios físicos y biológicos que son el resultado de factores genéticos, el medio ambiente, estilos de vida, ritmos y tiempos en los que ocurren estos cambios, además de tomar en cuenta el sexo, la economía, la cultura, la alimentación, el tipo de actividades desarrolladas y las emociones.

Las funciones fisiológicas disminuyen por un deterioro orgánico, donde se ven implicados todos los sistemas fisiológicos, como el cardiorrespiratorio, osteomuscular, renal, además de las capacidades intelectuales, cognitivas y psicológicas.

A causa de esto se han definido dos tipos de envejecimiento, el primario y secundario.

Primario: es el resultado de la herencia o genética que se suele dar con el paso del tiempo en distintas etapas de la vida de una persona, por ejemplo; si existe un familiar antecesor con diabetes esto aumenta la probabilidad de que su sucesor padezca esta misma enfermedad ya sea en la niñez, adolescencia o vida adulta o incluso en la vejez y donde su estilo de vida también influirá en contraer esta enfermedad.

Secundario: hace referencia a la pérdida de capacidades a consecuencia de caídas, traumas o enfermedades, que, a decir verdad, de esta manera todas las personas a distintas edades pueden sufrir alguno de estos accidentes y/o enfermedades, haciendo que se pierdan ciertas capacidades y contribuyendo a un envejecimiento prematuro.

Cabe señalar que los cambios no solo ocurren bajo este contexto, sino que también se dan a causa de malos hábitos como el tabaquismo, sedentarismo, alcoholismo e incluso el uso de



drogas, por enfermedades ya sean agudas y/o crónicas y por el desuso, es decir, el no tener alguna actividad física y mental.

1.3.6 Enfoque demográfico:

La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) de Naciones Unidas definió el proceso de envejecimiento demográfico cuando el 5% o más (cinco de cada 100 o más,) de una población total tiene 60 años o más.

Actualmente la transición demográfica se encuentra con un aumento de personas adultas mayores, esto a consecuencia de una baja tasa de mortalidad y natalidad con un aumento en la esperanza de vida, lo que ha llevado a un aumento en la población de adultos mayores.

La longevidad es mayor en mujeres que en hombres, pues existen factores fisiológicos (fisiología hormonal y protectora contra enfermedades crónicas), factores sociales, por ejemplo, los trabajos de alto riesgo que en su mayoría son realizados por hombres, lo que contribuye a que la población femenina sea mayor.

1.3.7 Enfoque socioeconómico:

La vejez se suele asociar con la jubilación y con ello con la inactividad. Esto ocasiona que las personas adultas mayores tengan ingresos insuficientes o nulos, para su supervivencia. En el 2009 solo el 30% de la población contaba con una pensión, lo cual se era observable por medio de su posición social, calidad y acceso a la salud, así como el mantenimiento de su vivienda y de las relaciones sociales.

1.3.8 Enfoque sociocultural:

Como es vista la vejez dependerá de la cultura, sociedad, de sus usos y costumbres, ya que cada cultura es distinta entre sí, por ejemplo, en tribus indígenas y oriente la persona adulta



mayor cumple un papel importante en la sociedad debido a su sabiduría, experiencia y siendo su edad por si sola un símbolo de respeto.

En cambio, en occidente la persona adulta mayor ha perdido su valor moral a consecuencia de los estereotipos y de lo que entiende del enfoque biológico, el cual se percibe como un declive, y por lo tanto de incapacidad para poder ser activo y con ello productivo.

1.3.9 Enfoque familiar:

Los adultos mayores deben enfrentar el vivir solos, debido a que los hijos de los adultos mayores van adquiriendo responsabilidades con su propio ser y en muchas ocasiones con su propia familia e hijos, por lo cual forman su propio hogar lejos de sus padres y madres. Además, debido a que las mujeres tienen mayor longevidad que los hombres, muchas de ellas enfrentan la viudez.

1.3.10 Enfoque psicológico:

Existen cambios en las emociones, sentimientos, pensamientos y en el significado de la vejez para cada persona y aunado a esto se observan cambios en los procesos psicológicos superiores, como en la memoria o aprendizaje.

Actualmente se considera normal que el adulto mayor pierda cierta capacidad funcional, su rol social y participación en su comunidad o en el medio que lo rodea.

1.4 Funcionalidades en el proceso de envejecimiento.

1.4.1 Funciones ejecutivas

Existe la creencia de que una persona adulta mayor tiene deterioro cognitivo, por lo que se hace necesario explicar en consiste el declive cognitivo y el deterioro cognitivo, así como que



son las funciones ejecutivas y cuales funciones están dentro de los procesos ejecutivos superiores. Pues recordemos que el nivel socio-económico, la educación y los estilos de vida, contribuyen de manera directa a una mejor o a una baja calidad de vida en todas las etapas del ciclo de vida de una persona, independientemente de la edad, pues la edad es solo un factor que por sí solo no perjudica ni beneficia.

El **declive cognitivo**: es un proceso normal que se da en el proceso de envejecimiento y que no con lleva una alteración de cuidado.

El **deterioro cognitivo**: se presenta como un daño neuropatológico, como, por ejemplo: la demencia vascular, demencia del tipo de Alzheimer, Parkinson y a pesar de que las dos últimas estén relacionadas con la edad, no son propias o consecuencia de la edad, pues recientemente se ha dado la demencia del tipo de Alzheimer a temprana edad.

Las **funciones ejecutivas**: son habilidades cognitivas que el ser humano posee y que nos ayudan a ejecutar acciones, conductas y/o comportamientos, para poder dar soluciones o resolver problemas internos o externos de manera adecuada teniendo como consecuencia lo que se espera. Esto va a involucrar la planificación, la flexibilidad cognitiva o mental, la autorregulación y el pensamiento abstracto, para poder dar solución a alguna situación.

Siendo que las funciones ejecutivas pueden ser de distinta índole:

- Cognitiva, como el diseñar un taller o curso.
- Socio-emocional, como ser lo suficientemente persuasivo para convencer a un cliente que nos compre determinada prenda de ropa.

Además, las funciones ejecutivas coordinan información de distintos sistemas de recepción, es decir, a través de donde recibimos la información, como lo que percibimos mediante los sentidos, el procesamiento por medio de la atención, memoria, emociones, así como



la salida de la información, lo que sería la respuesta mediante el pensamiento y/o comportamientos, incluyendo con lo que se siente.

Dentro de las funciones ejecutivas encontramos:

1.4.2 Inteligencia

De acuerdo a la Teoría Bifactorial de Horn y Catell (Castell, 1971; Horn, 1991, Horn&Noll 1997); la inteligencia se puede dividir en dos:

Inteligencia fluida: es la capacidad fisiológica y neurológica para resolver problemas nuevos y organizar la información en situaciones que se están experimentando en ese momento, por lo que se puede decir que la inteligencia se basa en lo biológico que posee ya de por sí un ser humano y no en la cultura, ya que esta solo contribuye al aprendizaje, más no al desarrollo de la inteligencia misma.

Este tipo de inteligencia alcanza su máximo en la adolescencia y va declinando conforme avanza la edad, a partir de los 20 años de edad, como las tareas de velocidad de procesamiento, memoria de trabajo y memoria a largo plazo.

Está caracterizada por utilizar de manera intencional diversas operaciones mentales en la búsqueda de una solución a algún problema nuevo, elaboración de conceptos, hipótesis, así como su evaluación de estas, hacer inferencias, clasificar, identificar el tipo de relaciones, comprensión de implicaciones, extrapolación y transformación de información (McGrew, 2009; McGrew & Evans, 2004; Kane & Gray, 2005).

Inteligencia cristalizada: en este tipo de inteligencia si se ve involucrada la cultura pues permite utilizar de manera práctica el aprendizaje y las experiencias, siendo el resultado de la educación, de la riqueza, amplitud y profundidad de los conocimientos adquiridos y de los factores culturales, haciendo referencia al conocimiento y la expresión verbal. (Catell, 1963,



1971; Horn, 1991). Este tipo de inteligencia no declina, sino que aumenta durante toda la vida, por lo que las personas adultas mayores suelen obtener mejores resultados y rendimientos que los jóvenes, debido a la experiencia y aprendizaje ya adquiridos.

El lenguaje está relacionado con este tipo de inteligencia, dicho lenguaje mejora a lo largo de la vida, pero presenta un declive de manera progresiva a partir de los 70 años.

1.4.3 Memoria

Se concibe a la memoria como la capacidad que el ser humano posee para poder retener, modificar y recuperar información, ya sea en forma de imágenes, ideas e incluso sentimientos.

Entonces al existir un mal funcionamiento de la memoria, no quiere decir sea propio de la edad, pues también se relaciona con factores biológicos, como un bajo nivel de inteligencia y/o pérdida neuronal; con factores psicosociales, como la falta del hábito de recordar, falta de motivación, ausencia de roles o el estado de ánimo.

El hecho de tener la creencia de que la memoria se deteriora con la edad, crea un impacto negativo y con ello muchas veces una profecía auto cumplida, donde este hecho sucede de manera subjetiva e incluso los propios adultos mayores al creer que tienen un problema en la memoria para poder recordar, hace que se preste poca atención a la información, lo que precisamente ocasiona dificultades para recordar, además existe la creencia de que la memoria no se mejora, lo que hace que el ser humano no modifique su comportamiento evitando que nuestra memoria mejore, por lo que su funcionamiento empeora y por ende se posee una memoria poco confiable.

1.4.4 Tipos de memoria:

Memoria semántica: almacena, procesa y recupera información con respecto al significado de las palabras, objetos, conceptos y del mundo (Hodges & Patterson, 1997; Paterson



& Hodges, 1995, Tulving 1972). Permite elaborar una representación interna del mundo que nos rodea (Tulving, 1972). Este conocimiento se refiere, por ejemplo, a acontecimientos históricos, nombres de presidentes y vocabulario.

Memoria procedimental: este tipo de memoria permite realizar actividades como andar en bicicleta, patinar o jugar algún deporte, afeitarse, peinarse, cambiarse; en otras actividades.

La memoria procedimental se caracteriza por ensayos que van a permitir que ciertas habilidades, se automaticen, como los hábitos, destrezas y habilidades motoras que el sistema motor adquiere y adjudica a la vida de la persona, por lo que se mantiene hasta edades avanzadas.

Memoria episódica: permite recordar todas las vivencias, experiencias, situaciones y sucesos que hemos vivido a lo largo de la vida. Está relacionada con sucesos autobiográficos como los momentos, lugares, emociones relacionadas a las situaciones. Puede abarcar el pasado reciente (minutos, horas o días) o el pasado lejano (meses o años). Se caracteriza por su temporalidad, información del contexto y el recuerdo consciente. Además, en este tipo de memoria se encuentra la memoria retrospectiva (pasado) y la memoria prospectiva (futuro).

Memoria de trabajo: se utiliza a un nivel temporal, permitiendo almacenar y manipular información a corto plazo. Este tipo de memoria se deteriora con la edad, se le asocia la pérdida de velocidad de procesamiento y dificultad para diferenciar entre información irrelevante y relevante.

1.4.5 Percepción, Orientación y Atención:

Percepción: es la capacidad a través de la cual se adquiere conocimiento del mundo sensorial del mundo interno y de lo que nos rodea.



Según (Jerez, 2014), la agudeza visual y auditiva disminuye. A partir de los 65 años las personas presentan pérdida de la visión cercana, debido al endurecimiento del cristalino, el cual impide las imágenes nítidas sobre la retina. Existen dificultades para adaptarse a la oscuridad o discriminar los diferentes niveles de iluminación, debido a que la pupila disminuye de tamaño con la edad.

Orientación: permite el conocimiento de nuestro entorno espacial y temporal, además la orientación se encuentra relacionada con la atención.

Según Jerez, 2014, los tipos de orientación se pueden clasificar en:

Temporal: permite la noción del tiempo transcurrido.

Espacial: permite saber en qué lugar ocurren nuestras vivencias.

Auto psíquica: percepción de sí mismo.

Alopsíquica: percepción diferenciada de sí mismo y de los demás.

Atención: capacidad de mantener un enfoque hacia la realidad que se está experimentando en el momento, donde puede haber situaciones externas o internas.

La atención se puede clasificar en (Jerez, 2014):

Selectiva o focalizada: permite responder a un solo estímulo o tarea. Con la edad se mantiene.

Sostenida: se mantiene la atención de manera continua, a pesar del aburrimiento y frustración. Con la edad los períodos de atención sostenida se acortan, especialmente con estímulos irrelevantes.



Dividida: se focaliza la atención en dos o más estímulos. Con la edad se mantiene la visual, pero disminuye la auditiva.

1.5 Elementos adicionales al proceso de envejecimiento.

1.5.1 Lenguaje y componentes del lenguaje.

El lenguaje es la capacidad para nombrar a los objetos, cosas, formar frases, comprender órdenes simples, semi complejas y complejas. Además, se relaciona con la capacidad de mantener un lenguaje espontáneo, fluido, con nominación, repetitivo, comprensivo y lecto-escritura (González R., Hornauer-Hughes A. 2014).

Además, el lenguaje nos permite comunicarnos entre personas, sociedades y culturas, siendo capaces de transmitir nuestra historia, creencias e incluso de fomentar la educación, por lo que es una herramienta indispensable para el ser humano.

Componentes del lenguaje:

Fonética: capacidad para usar y combinar sonidos. Se mantiene con la edad.

Léxico: nombre convencional de los objetos. Se mantiene con la edad.

Sintaxis: capacidad para combinar las palabras de manera que adquieran un significado, no se ve alterado con la edad.

Semántica: significado de las palabras. Con la edad puede existir dificultad en la evocación de las palabras.

1.5.2 Aprendizaje:



Capacidad que permite adquirir nuevos conocimientos y aprender de las experiencias cotidianas. Según Ardila, A. 2012, el aprendizaje se puede dar a cualquier edad, aunque el rendimiento puede disminuir, lo cual no es tan importante o tan evidente, hasta pasados los 70 años. Por lo que resulta viable el adulto mayor incrementa su conocimiento, solo que en ocasiones necesitara de mayor tiempo y estímulos que sean adecuados para que se obtenga el aprendizaje (Jerez, 2014).

1.5.3 Razonamiento:

Es un proceso mental que permite integrar de manera ordenada la información que entra a través de la percepción y el aprendizaje.

1.5.4 Memoria y aprendizaje:

La filosofía materialista dialéctica y el análisis de la relación entre los procesos psíquicos superiores de Vigotsky, afirman que la determinación de los procesos psíquicos superiores debe buscarse en el carácter histórico-social.

Se cree que las funciones psíquicas superiores se heredan como parte de la genética, es decir, de especie a especie, pero al nacer bajo ciertas circunstancias sociales, va a depender de la cultura hacer nacer o adquirir poco a poco nuevos procesos psíquicos superiores.

La memoria pasa a formar parte del proceso de aprendizaje y el aprendizaje de la memoria, siendo algo que se corresponde de manera mutua, incluyendo la experiencia socio cultural y la conducta humana como parte de este proceso.

Norman y Rumelhart, proponen tres maneras de aprendizaje-memoria:

1.- Agregación: se adquieren nuevos conocimientos en las estructuras de conocimiento ya existentes.



2.- Estructuración: se crean nuevas estructuras que no existían, lo que conlleva un esfuerzo y mayor tiempo (detención del aprendizaje) para asimilar y acomodar las nuevas estructuras de conocimiento.

3.- Afinación o ajuste: se acoplan las estructuras de conocimiento a tareas específicas, formando habilidades y con ello su automatización.

Incluso en esta parte cobra relevancia la ZDP (Zona de desarrollo próximo), de Vigotsky, al establecer el nivel real de desarrollo donde el sujeto es capaz de solucionar independientemente un problema, mientras que, en el nivel de desarrollo potencial, el sujeto es capaz de resolver un problema, pero con ayuda u orientación hasta que este logre adjudicarse del conocimiento por sí mismo, es decir, que lo ejecute solo.

Con esto se puede determinar cómo es que la memoria y aprendizaje no son unilaterales, sino que necesitan de las funciones ejecutivas ya antes mencionadas, pues todas contribuyen al proceso de aprendizaje y no solo es que sea innato o biológico, ya que esto con lo que se nace, se modifica para beneficio del propio sujeto en diversas etapas de la vida.

1.5.5 Envejecimiento en relación a la capacidad funcional.

Antes de definir la capacidad funcional, debemos aclarar que esta es observable y determinada en cualquier contexto donde se encuentre la persona adulta mayor, el cual puede ser el hogar, comunidad, centros de atención socio sanitarios (hogares de ancianos, centros de salud y hospitales), aunado a esto se encuentran las actividades instrumentales de la vida diaria o actividades complejas de la vida diaria, estas son un poco más complejas, pues incluyen un cierto grado de planificación, organización y ejecución; entre estas actividades se encuentra el ir a comprar, cocinar, lavar ropa, limpiar, utilizar el teléfono, usar dinero, transporte, tomar medicamentos.



Por último, están las actividades de la vida diaria o actividades de la vida cotidiana, siendo más sencillas pero necesarias para una buena calidad de vida, pues aquí se encuentra el comer, vestirse, bañarse, usar el baño y moverse, por sí solo.

Una vez determinado lo que incluye la capacidad funcional en una persona, se puede decir, que la capacidad funcional es vista como aquella habilidad, para realizar actividades de la vida cotidiana de manera independiente.

La OMS (Organización Mundial de la Salud, 2015), se refiere a la capacidad funcional como, la capacidad de ventilación, fuerza muscular y rendimiento cardiovascular, afirmando que esta capacidad aumenta en la niñez llegando a su máximo en adultos jóvenes, seguida con el tiempo de una disminución. Esta disminución va a depender de cada persona involucrando factores como los hábitos alimenticios, consumo de tabaco, alcohol, y otras sustancias, así como el sedentarismo, situación socioeconómica, nivel educativo y condiciones de trabajo.

Como consecuencia de estos factores se observa: el sedentarismo, inmovilidad, discapacidad, aumento del riesgo de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y aislamiento, lo que ocasiona la pérdida del rol social y económico, provocando depresión, baja autoestima, improductividad y dependencia. Aunado a esto las personas adultas mayores pierden su valor social, gracias a la discriminación y estereotipos que giran a su alrededor, teniendo una percepción de ellos como una molestia que impide o complica el desarrollo la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

Las personas que envejecen pueden hacerlo de distintas maneras, entre ellas están:

Vejez o envejecimiento normal: No hay discapacidades ni problemas que puedan afectar el bienestar de una persona.

Vejez o envejecimiento patológico: Asociado a enfermedades crónicas.



Vejez o envejecimiento competente: Equilibrio entre pérdidas y ganancias, haciéndose notar la superación, satisfacción y el éxito.

Según Sánchez, en la vejez competente existen tres mecanismos:

- 1) Selección: la persona es capaz de elegir sus metas, objetivos y/o retos dependiendo de sus capacidades, recursos y/o habilidades, y limitaciones para cumplir con sus propósitos.
- 2) Optimización: se maximizan las ganancias y minimizan las pérdidas, a través de estrategias que le permitan alcanzar sus metas, a consecuencia de la capacidad obtenida de aprendizaje que se conserva durante toda la vida.
- 3) Compensación: trata de contrarrestar las pérdidas por medio de las capacidades conservadas.

Por otro lado, conforme aumenta la edad se vuelven más dependientes los adultos mayores, donde las actividades de la vida cotidiana no pueden desempeñarlas por si solos, por lo que necesitan ayuda, esto indica que los hogares de las familias tienen retos al tratar de cubrir estas necesidades.

Aunado a esto, existe una mayor desigualdad entre hombres y mujeres, ya que el sector femenino carece de oportunidades para ingresar a trabajos remunerados y con la poca o nula posibilidad de generar ahorros, esto a consecuencia del trabajo doméstico no remunerado, lo que conlleva con frecuencia a que sufran situaciones de pobreza en la vejez. Además de que los cambios biológicos y físicos pueden incrementarse después de la etapa reproductiva, por el desgaste ocasionado y con el riesgo de padecer enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión arterial.

Al tener en cuenta estos tres tipos de vejez se trata de no hacer una generalización en torno al proceso de envejecimiento, pues recordemos que no todos se encuentran en una vejez



patológica, y que muchos adultos mayores aún pueden aportar a la sociedad, solo se requiere que esta sociedad baje su nivel de creencias negativas en torno a la vejez, y que los adultos jóvenes o jóvenes empiecen a cuidarse para no vivir una vejez dentro de un cuadro patológico y si una vejez más competente y sobre todo con una mejor calidad de vida, ya que la capacidad funcional no se relaciona en si con la edad (solo hasta edades muy avanzadas), sino más bien con las enfermedades y oportunidades que cada persona tiene en distintos niveles de la vida.



CAPÍTULO II

Una sociedad envejecida.



Capítulo II. Una sociedad envejecida.

*“Nuestra vida presente es el crisol,
del cual saldrá nuestra vida futura”.*
– *Lacordaire, Herni Dominique.*

Capítulo 2. Una sociedad envejecida.

2.1 Crecimiento demográfico en la vejez

El proceso de envejecimiento no solo es individual, es decir, físico, biológico e incluso mental en una sola persona, sino que se ve involucrada toda la sociedad, pues es esta la que relega muchas veces al adulto mayor y la que está envejeciendo poco a poco; además esto es algo que compete a todas las personas porque se ve reflejado en diversas poblaciones y donde cada día aumenta el número de personas mayores, provocando un crecimiento en su demografía.

2.1.1 Transición demográfica de la población:

Warren Thompson en 1929 y Adolphe Landry en 1934, establecieron los primeros lineamientos del concepto de transición demográfica, para intentar explicar la relación entre los cambios demográficos y sociales en países europeos y que actualmente ya no se encuentran en vías de desarrollo, sino que ya están desarrollados. Posteriormente Frank Notestein retoma la tesis de Thompson para desarrollar el concepto de transición demográfica.

Por lo que la transición demográfica, se define como un proceso de larga duración que ocurre en dos situaciones: la primera situación se da con un bajo crecimiento demográfico, pero con altas tasas de fecundidad y con una baja tasa de mortalidad; la segunda situación consta de un bajo crecimiento demográfico, pero con niveles bajos de mortalidad y fecundidad. Por lo tanto, en el primer momento la población aumenta como consecuencia del descenso de la



mortalidad y en el segundo momento la población disminuye como consecuencia del descenso de la fecundidad. (Cepal-Celade, 2000:0/p).

En los países europeos esta transición les llevo casi dos siglos, y se relaciona con la evolución industrial, transformaciones económicas, mejoramiento de condiciones de vida, y avances en la medicina; mientras que en América Latina y principalmente en México, esta transición se ha dado de manera rápida, pues ha llevado menos de un siglo (Chakiel, 2006; Schkolnik, 2007 y Zavala de Cosío, 1992).

En México la primera fase comenzó en los años treinta del siglo XX, haciéndose evidente un crecimiento de la tasa de natalidad, provocando un crecimiento demográfico, y alcanzando los 16.6 millones de habitantes. Esta década fue el marco de referencia para el inicio de la transición demográfica, pues la TBM (Tasa Bruta de Mortalidad) entre 1930-1960 descendió de 26.7 defunciones por mil habitantes a 11.5 defunciones por mil habitantes y para 1990 bajo a 5.6 defunciones por mil habitantes; esto se dio como consecuencia de los cambios políticos, sociales y económicos, relacionados con el mejoramiento de las condiciones de vida y el control de enfermedades infecciosas y parasitarias.

Además, a inicios de este siglo la mortalidad bajo a un 5.1 defunciones por mil habitantes.

El descenso en la mortalidad que se dio principalmente en los primeros años de vida, permitió el aumento de la esperanza de vida, pasando de 36.5 años en 1930 a 75.3 años en 2017, por lo cual los mexicanos aproximadamente en promedio viven 39 años más, pero las mujeres suelen vivir 5 años más que los hombres.

En la segunda fase, en los años setenta se dio un descenso en la tasa de fecundidad, después de haber logrado 7.2 hijos por mujer, esto se reflejó como consecuencia de las políticas que tenían como finalidad, frenar el crecimiento de la población, mediante dos estrategias:



- 1) Cambios en actitudes y prácticas en favor de la fecundidad, y
- 2) Impulso a los programas institucionales de planificación familiar y provisión de información, servicios y tecnologías anticonceptivas.

Estas estrategias con respecto a la reproducción, dieron resultados en 1980, cuando la TGF (Tasa Global de Fecundidad) bajo a 4.8 hijos por mujer, en 1990 a 3.4 hijos por mujer y a 2.7 hijos por mujer en el 2000.

Al existir un descenso en la fecundidad se pronosticó una disminución en el crecimiento demográfico del país, donde posteriormente nos veremos involucrados en una tercera etapa, la cual consta de una baja mortalidad y natalidad, lo que nos lleva a tener en demasía una población envejecida.

Anteriormente la población se podía segmentar en tres grupos en 1930:

- 1) Menores de 15 años (40%);
- 2) Personas de 15-64 años (57%) y
- 3) Personas de 65 años y más (3%).

Al seguir este curso de crecimiento ya para el 2014 se presentó un aumento de personas jóvenes y en edad de laborar, existiendo ya una baja natalidad. Donde el 26.8% de mujeres y el 29.3% de hombres tenían menos de 15 años y el 63.0% de mujeres y el 61.4% de hombres tenían entre 15 y 59 años de edad y los adultos mayores representaban el 10.2 % de mujeres y el 9.2% de hombres.

Actualmente existe el 11.7% de mujeres y el 8.8% de hombres mayores de edad, este proceso es irreversible, debido a la baja fecundidad, además de la baja tasa de mortalidad. Se



cree que para el año 2050 las mujeres de 60 años y más representarían un 23.3% y los hombres representarían un 19.5%, conformando una cuarta parte de la población; también para este año la población de 80 años y más aumentaría un 6.3 millones de personas, colocando a México como un país envejecido. Se cree que la dependencia de los adultos mayores a otras personas, aumentaría en 26 adultos mayores por cada 100 personas que se encuentren en edad laboral.

En el año 1970 la edad media era de 16 años y tomando en cuenta las proyecciones de la (CONAPO 2012), es posible suponer que la edad media es de 28 años y para el año 2030-2050 la edad media será de 30-36 años, debido al aumento de la esperanza de vida. Esto acarrea como consecuencia, que las personas en edad económicamente activa (15-65 años de edad) tendrá que sostener a un gran número de personas adultas mayores, que se encontraran jubiladas, pensionadas y/o retiradas de trabajar.

La transición demográfica se dio gracias a ciertos factores como, los cambios demográficos, cambios de natalidad, mortalidad, migración, que poco a poco han ido determinando el volumen y estructura de la población.

En los años treinta del siglo pasado la población pasó de 16.5 millones de habitantes (8.4 millones de mujeres y 8.1 millones de hombres) a 119.7 millones de habitantes en 2014 (61.2 millones de mujeres y 58.4 millones de hombres). Para el 2050 se esperan 150 millones de habitantes (77.9 millones de mujeres y 72.9 millones de hombres), según proyecciones de la CONAPO (Consejo Nacional de Población).

Este aumento refleja nuevos retos para los sistemas de salud, pensiones, jubilaciones, organización familiar, cargas adicionales de trabajo de cuidados, especialmente para las mujeres, pues son quienes en su mayoría realizan este último trabajo.

Esta situación se verá aún más complicada, debido a que en el año 2014 los adultos mayores de 80 años representarían el 15.1% y en el año 2050 representarían casi el 20%.

**Tabla 4***Población envejecida, y su distribución por grupos de edad según el sexo.*

Grupos de edad	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
2010						
Total	5,375,841	4,679,538	10,055,379	100	100	100
60 a 69 años	2,861,791	2,571,940	5,433,731	53.2	55.0	54.0
70 a 79 años	1,665,835	1,453,582	3,119,417	31.0	31.1	31.0
80 años y mas	848,215	654,016	1,502,231	15.8	14.0	14.9
2014						
Total	6,267,693	5,401,740	11,669,431	100	100	100
60 a 69 años	3,400,876	3,034,205	6,435,080	54.3	56.2	55.1
70 a 79 años	1,872,979	1,600,977	3,473,955	29.9	29.6	29.8
80 años y mas	993,838	766,558	1,760,396	15.9	14.2	15.1
2050						
Total	18,182,536	14,244,659	32,427,197	100	100	100
60 a 69 años	8,332,700	6,875,120	15,207,821	45.8	48.3	46.9
70 a 79 años	6,138,609	4,765,267	10,903,877	33.8	33.5	33.6
80 años y mas	3,711,227	2,604,272	6,315,499	20.4	18.3	19.5

Fuente: (Poblacion, 2010-2050)

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*



La transición demográfica se puede clasificar según por Viveros (2001), de la siguiente manera:

Grupo I. Transición incipiente: Países con alta natalidad y mortalidad, con crecimiento natural moderado, donde su alta fecundidad se refleja en una estructura muy joven y dependiente.

Grupo II. Transición moderada: Países con alta natalidad y mortalidad moderada, ha ocasionado un crecimiento elevado, pero al existir un descenso en la mortalidad principalmente en el primer año de vida, ha permitido un rejuvenecimiento y dependencia.

Grupo III. En plena transición: Países con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja. El descenso de la fecundidad al ser reciente, la estructura por edad aun es joven, pero aumenta la estructura por edad avanzada generando dependencia.

Grupo IV. Transición avanzada: Países con natalidad y mortalidad moderada o baja y se dividen en dos subgrupos donde es posible clasificarlos dentro de los grupos II y III.

Actualmente la mayor parte de la población en México se encuentra entre el grupo dos y tres, por lo que es por eso se considera importante tomar medidas y/o implementar estrategias para mitigar las necesidades de este sector de la población que está envejeciendo y otros que ya se encuentran en la tercera edad. Además, no solo México tendrá una población envejecida, sino la mayor parte de todos los países y sus alrededores debido a la esperanza de vida.

2.1.2 Características sociodemográficas.

La cuarta parte de la población adulta mayor vive en áreas rurales, encontrando a esta población con un mayor avance en el proceso de envejecimiento y representando el 10.1% del



cual el 10.0% son mujeres y el 10.2% son hombres, mientras que la población urbana representa el 8.6% del cual el 9.2% son mujeres y el 8.0% son hombres.

Como ya se mencionó en la mayoría de los países, se observa que las mujeres tienen mayor esperanza de vida, esto debido a características físicas o fisiológicas, estilos de vida; incluso a partir de los 20 años el número de mujeres rebasa el número de varones, debido a una sobre mortalidad de los hombres, esto se debe a la mayor exposición a situaciones de riesgo como los accidentes, lesiones o agresiones, por parte del género de los hombres. Lo que nos lleva a tener que por cada 100 mujeres de 60 años y más, hay 87 hombres; y entre las mujeres de 80 años y más hay 77 hombres de 100 mujeres.

En zonas rurales existe cierto equilibrio, pues por cada 101 hombres hay 100 mujeres, lo cual se debe al estilo de vida y costumbres.

2.1.3 Condiciones de la vivienda en la tercera edad.

En base a la Encuesta Nacional de los Hogares (INEGI, 2015), se tiene que el total de integrantes del hogar son casi 9.0 millones de personas con 65 años o más, por lo que se deduce que los hogares tienen al menos 1 adulto mayor.

Los hogares se componen en nucleares con un 37.7% y el 43.1 en hogares ampliados, mientras que el 16.3% viven solos, en hogares unipersonales, el 0.4% viven en hogares corresidentes, que pueden ser instituciones como las casas de retiro, el 1% vive en hogares compuestos.

El que el adulto mayor viva en compañía, ayuda a su bienestar físico y emocional, en especial a los que necesiten de cuidados ya sea a causa de una enfermedad o de alguna capacidad diferentes. Pero si su núcleo familiar visualiza al adulto mayor como una carga o como una persona incapaz de sobresalir debido a su edad, se suele dar el propio aislamiento ocasionado por la familia hacia el adulto mayor, lo cual ya no es benéfico para su bienestar físico y mental.



Cabe señalar que el hecho de que los adultos mayores vivan solos o con su cónyuge, refleja que a pesar de que su núcleo familiar es estrecho este es eficiente, positivo y no necesitan vivir con alguien más e incluso se considera no son dependientes.

Se observa que seis de cada diez mujeres adultas mayores viven solas, esto podría deberse a que no suelen contraer matrimonio después de una separación o viudez.

México tiene como jefe o jefa de familia a un adulto mayor de 64 años, representando a 5.4 millones de hogares, dejando ver su participación activa en cuanto a la crianza y cuidado de los más jóvenes.

2.1.4 Hablantes de lengua indígena.

En base a los resultados de la Encuesta Intercensal de 2015, en México existen 7.4 millones de personas que habla alguna lengua indígena y donde el 11.1% tienen 65 años o más.

Entre estos grupos se encuentran:

Náhuatl (1.7 millones);

Maya (860 mil);

Mixtecos (518 mil) y

Zapoteco (479 mil).

Algunos incluso son monolingües, es decir, que no hablan alguna otra lengua, lo que los lleva a la exclusión o aislamiento del resto de la población, representado una desventaja para ellos, ya que actualmente la mayoría de la población domina el español como su lengua materna.



En 2015 la población hablante de alguna lengua indígena, tenía a 43 adultos mayores de 65 años por cada 100 niños y adolescentes; aunado a esto según las estimaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2016), el 78.4% se encuentra en situación de pobreza.

Por otro lado, aproximadamente la mitad de esta población nunca ha tenido un empleo formal que los ayude a cotizar en el seguro social, para poder pensionarse o jubilarse; por lo que dependerán de los programas sociales, y de la ayuda de sus otras redes de apoyo.

2.1.5 Necesidades de cuidado.

Se aplicó una Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT), 2009 donde se vio reflejado que el 27.8% de mujeres y el 22.5% de hombres, necesitaron que alguna persona les brindara cuidados o apoyo. Recordemos que esta necesidad se hace más evidente conforme la edad avanza, además de tener en cuenta factores como enfermedades crónicas, limitaciones físicas y/o mentales o enfermedad temporal. Las necesidades de cuidado radican en ayuda para vestirse, bañarse, alimentarse, usar algún servicio público, entre otras.

2.1 Personas encargadas del cuidado de los ancianos y ancianas.

2.2.1 Cuidadores.

Debido a que la mayor parte de la población carece de servicios de salud, sus cuidados suelen recaer en la familia, siendo un trabajo adicional para los integrantes y puede influir en su estado físico y emocional.

Los cuidadores se dividen en:

- 59% mujeres y el 49% hombres, los que se dedican al cuidado del adulto mayor; ambos entre edades de 30-59 años de edad;



- Adolescentes de ambos sexos entre 12-19 años de edad. 47% de hombres y 45.7% de mujeres, cuentan con escolaridad básica incompleta o es nula.
- 17.1% de mujeres y 19.3% cuentan un nivel profesional o superior.
- 58.0% de mujeres y 35.5% de hombres no son económicamente activos.

2.2.2 Violencia y discriminación:

De acuerdo con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia (INMLCF), entre el año 2014 y 2015 se presentaron 1510 casos de violencia siendo el 99% de los agresores, familiares del adulto mayor.

La Asociación Médica Americana, define el abuso (1987) como “todo acto u omisión que lleva como resultado un daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de una persona anciana”.

Esta definición incluye tres categorías de abuso:

- 1) Maltrato físico;
- 2) Abuso psicológico y;
- 3) Abuso económico;

Sin embargo, existen más tipos de abuso, por ejemplo, abuso sexual, patrimonial, abandono y negligencia. Es por esto se da una nueva definición en el 2003 por parte de la OMS, la cual define al abuso como: “El maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana”.



La violencia puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión. (OMS, 2003).

Por otra parte, las mujeres adultas mayores suelen experimentar violencia en la pareja, con mayor frecuencia entre los 60-69 años de edad:

Tabla 5

Violencia en la pareja y en el hogar entre los 60-69 años.

Tipos de violencia en la pareja.	Porcentajes.
Violencia emocional.	6.9%
Violencia económica.	3.7%
Violencia física.	1.9%
Violencia sexual.	0.8%
Tipos de violencia dentro del hogar.	Porcentajes.
Violencia por parte de sus hijos (as) y/o nietos (as), sobrinos (as), entre otros parientes o incluso no parientes.	18%
Les dejan de hablar.	10.7%
Las dejan solas o las abandonan.	6%
Les gritan, insultan u ofenden.	5.0%
Les han dicho o las hacen sentir como un estorbo.	3.3%
Les niegan ayuda.	3.2%
Las descuidan cuando enferma o les dejan de suministrar los medicamentos.	2.7%
Las amenazan con correrlas o sacarlas de la casa.	1.7%
Les piden realicen quehaceres que les cuesta trabajo realizar.	1.0%



Las han lastimado, golpeado o aventado 0.8%

cosas.

Fuente: (Poblacion, 2010-2050)

Aunado a esto, al existir una sobrecarga de trabajo en cuanto a las personas cuidadoras de adultos mayores, se ve involucrada su propia salud física y emocional, lo que suele ocasionar un riesgo latente de que estas personas cuidadoras, en algún punto ejerzan violencia en contra de las personas adultas mayores, debido a la dependencia y vulnerabilidad de los adultos mayores.

2.2.3 Tipos de violencia (CIES-USS & Lagos B. , 2010):

2.2.4 Abuso o maltrato físico: uso de la fuerza en contra de un adulto mayor que daña su integridad corporal, provocando dolor, lesión y/o discapacidad temporal y/o permanente y en algunos casos la muerte. Se caracteriza por empujones, cachetadas, pellizcos, patadas, golpes con objetos, quemaduras, puñetazos.

2.2.5 Abuso o maltrato psicológico: son comportamientos o acciones hechos por las personas que suelen provocar angustia, pena, estrés, sentimientos de inseguridad, baja autoestima y/o agreden la identidad, dignidad y respeto de la autonomía de una persona adulta mayor. Se caracteriza por insultos, agresiones verbales, amenazas de aislamiento, abandono o institucionalización, intimidaciones, humillaciones e infantilismo.

2.2.6 Abuso sexual: acción de carácter, significación o connotación sexual con una persona adulta mayor sin su consentimiento, empleando la fuerza, amenaza y/o engaño, aprovechándose de su deterioro físico o psíquico. Se caracteriza por gestos, palabras, insinuaciones, caricias, tocamientos, exhibición de genitales y/o violación.

2.2.7 Abuso patrimonial: es el mal uso, explotación o apropiación de los bienes de la persona adulta mayor por parte de terceros, sin consentimiento o con consentimiento viciado, es decir, fraude o estafa, engaño o robo de su dinero o patrimonio. Se caracteriza por firma de



documentos, donaciones, testamentos, apropiación de la jubilación o pensión, como de bienes o inmuebles.

2.2.8 Abandono: se da cuando cualquier persona o institución no asume la responsabilidad que le corresponde en el cuidado del adulto mayor o que al haber asumido el cuidado del adulto mayor, lo desampare de manera voluntaria.

2.2.9 Negligencia: comportamiento que tiende al descuido, desatención y abandono de un adulto mayor que no está en condiciones de valerse por sí mismo por razones de su edad, o de alguna enfermedad o incluso las personas con capacidades diferentes; abarcando el no dar las condiciones de supervivencia.

2.3 La negligencia clasificada:

2.3.1 Negligencia activa: Cuando se rechaza o no se cumplen con las obligaciones en el cuidado de la persona adulta mayor de manera intencional y con conciencia de ello, provocando un daño o malestar emocional y/o físico.

2.3.2 Negligencia pasiva: no se llevan a cabo las obligaciones en el cuidado de la persona adulta mayor; esto se puede dar por ignorancia o porque no se es capaz de cubrir las necesidades del adulto mayor, es decir, es negligencia involuntaria.

2.3.3 Auto-negligencia: es el comportamiento de la persona adulta mayor que con lleva una amenaza o inseguridad a su salud o a su integridad como persona.

2.4 Educación, economía, ingresos, puesto de trabajo y/o ocupación y ocio.

2.4.1 Educación:



Es necesario definir que es la educación y cuál es su función, para poder comprender como es que influye en las personas y en las sociedades ya que esta suele dar conocimientos, enriqueciendo la cultura, el espíritu, los valores y todo aquello que nos caracteriza como seres humanos.

La educación es necesaria para alcanzar mejores niveles de bienestar social y una mejor economía que favorece al acceso y adquisición de bienes y servicios; la educación trata de establecer un equilibrio entre las desigualdades económicas y sociales, propiciando la movilidad social de las personas, para acceder a mejores niveles de empleo, para elevar las condiciones culturales de la población, para ampliar las oportunidades de los jóvenes, e incluso para el impulso de la ciencia, la tecnología y la innovación.

Tiene su función dentro de la economía siendo un factor de la producción, competitividad económica, así como buena parte del desarrollo social y cultural de las naciones.

El hecho de que la mayoría de los adultos mayores maneje un nivel educativo bajo a consecuencia de que a muchas de estas generaciones no se les dio el beneficio de formarse, los pone en desventaja.

Según datos del Censo de Población y Vivienda en 2010 señalaba que el 28.7% de las mujeres y el 19.9% de los hombres no sabe leer ni escribir, lo cual empeora en zonas rurales representando un 53.2% de mujeres y el 37.1% de hombres son analfabetas.

Además, el promedio de escolaridad se estimó en 4.6 años, es decir, no cubren ni el nivel básico de educación. El nivel de escolaridad entre personas de 60-69 años es de 5.5 años y para los de 80 años es de 3.0 años por lo que la desventaja se incrementa en cuanto a la convivencia, inserción y permanencia dentro del entorno social y laboral.

2.4.2 Economía:



La seguridad económica es aquella donde una persona puede disponer y usar de manera independiente una cierta cantidad de recursos económicos suficientes, para asegurar una buena calidad de vida. Estos recursos económicos pueden provenir de fuentes públicas y/o privadas.

Se considera que partir de la tercera edad, este sector de la población debería de gozar de su jubilación y/o pensión, que se acumuló durante la edad laboral, pero que en ocasiones no es posible, ya que muchas personas trabajaron en el sector informal o las pensiones no son suficientes, por lo que se ven orilladas a seguir trabajando para mantener un estándar o calidad de vida lo mejor posible.

Se deben considerar las diferencias entre hombres y mujeres, ya que las mujeres se han incorporado al sector laboral más tardíamente o en menor proporción o por cortos períodos de tiempo, esto es a consecuencia de ideas, estereotipos y roles que se les han dado y que han aceptado las personas de acuerdo a su sexo; por ejemplo, la mayor parte de la vida las mujeres se dedicaban y actualmente algunas se dedican a la crianza, cuidados del hogar y familia.

En el año 1950 el 8.6% de mujeres trabajaba, mientras el 80.4% se dedicaba a labores domésticas, para el año 1970 trabajaba el 16.3% de mujeres y el 69.7% se dedicaba a labores domésticas y para el año 2015 trabajaba el 32.6% de mujeres y el 43.6% se dedicaba a labores domésticas; incluso a partir de los 65 años o más el 60.8% de las mujeres se dedica a quehaceres del hogar y el 2% de los hombres hace lo mismo.

La razón de que la población femenina aumentara su participación en el sector laboral, se debió al descenso de la fecundidad que se encuentra relacionado con las estrategias implementadas por el gobierno, para bajar la alta tasa de fecundidad, lo que coadyuvó en una reducción del tamaño y cambio de estructuras de los hogares, aumentando el nivel educativo y autonomía en las mujeres (Martinez, Miller y Saad, 2013). Pero estas estadísticas demuestran que, a pesar del avance cultural, este sigue siendo deficiente, pues las mujeres siguen desempeñándose en el sector del hogar e incrementando su dependencia en edad laboral y por supuesto en la tercera edad.



Así mismo el hecho de que los hombres asuman la responsabilidad de mantener a su familia tiene que ver con la cultura y es por esto que en 2017 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), demostró que el 81% de los hogares en México eran sostenidos por un hombre y el 53% de las mujeres lo que llegan a aportar se percibe como ayuda o apoyo, pero no como una responsabilidad; el 41% de esos hombres son la única fuente de ingreso, el 19% de esas mujeres son la única fuente de ingreso.

En el 2012 se obtuvieron datos del módulo de condiciones sociales de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (MCS-ENIGH) 2012: 77.7% de hombres y 82.6% de mujeres perciben difícil o imposible conseguir empleo.

En situación de pobreza se incrementa en un 78.6% en hombres y en un 85.9% en mujeres. Aproximadamente el 44% de adultos mayores viven en situación de pobreza.

Cifras del Censo de Población y Vivienda indican que en el año 2010 el 30.5% de la población de 60 años o más recibió un ingreso por jubilación o pensión.

Sin embargo, en el 2015 se aplicó la Encuesta Intercensal que arrojó como resultado un 20.8% de adultos mayores económicamente activos, pero la participación en las actividades labores se reduce conforme aumenta la edad.

Se observa que solo el 11.8% de las mujeres esta pensionada o jubilada, o recibe pensión por la viudez, situación en la que está el 30% de los hombres; esta diferencia corresponde a la mayor actividad laboral de los hombres y a que las trayectorias laborales de las mujeres son más cortas, interrumpidas por eventos reproductivos, y a la responsabilidad depositada y que ellas asumen, respecto a actividades domésticas y de cuidado dentro de los hogares, lo cual representa el mayor obstáculo para su entrada y permanencia en el mercado laboral.

La baja cobertura del sistema de pensiones ha sido generada por un esquema de contribución de seguridad social, relacionado a la condición laboral de las personas dentro de la



formalidad. La población que está dentro de la informalidad queda fuera del esquema de pensiones, jubilaciones incluyendo los servicios de salud, por el cual tienen que pagar.

Por lo que los estados serán incapaces de hacer frente a las necesidades de este sector y de otros que no son activos económicamente, como lo son los niños, desempleados, personas con alguna discapacidad, tornándose importante y relevante cual será la estrategia o plan de acción para hacer frente y poder cubrir las necesidades de estos sectores, así como sus alternativas.

2.4.3 Ingresos:

En México, debido a la baja cobertura de la seguridad social, del sistema de pensiones e incluso lo deficiente y precario de los empleos y desempleos, ocasiona que las personas que tiene derecho a una pensión y/o jubilación sean solo las personas que han trabajado en el sector formal, por lo que se excluye a todas las demás personas que se han desempeñado en el sector informal.

La Encuesta Intercensal 2015 muestra que el 52.7% de las personas de 65 años o más perciben ingresos de programas sociales o de gobierno como el programa Prospera, Oportunidades, Adultos mayores, Procampo, el 20.8% recibe ingresos por remesas o transferencias.

Actualmente el Programa Pensión para Adultos Mayores, de cobertura nacional en 2015 cubriría a 5.7 millones de personas (59.4% mujeres y 40.6% hombres).

Los programas sociales tienen la finalidad de asegurar un ingreso a personas que no tienen una pensión o jubilación o que sus ingresos no sean superiores a \$1092.00 mensuales.

Sin embargo, el 58.4% de hombres y el 31.6% de mujeres reciben ingresos por trabajo o negocio.



Los ingresos percibidos por alguna actividad económica entre los 60 y 69 años son de 46.7% de mujeres y el 72.8% de hombres.

Tanto en hombres y mujeres los ingresos por trabajo disminuyen y se vuelven más importantes los programas sociales y las transferencias o remesas.

2.4.4 Puesto de trabajo y/o ocupación.

Los principales puestos de trabajo de los adultos mayores son el comercio, servicios personales, industria, artesanía, preparación y servicio de alimentos y en el área agropecuaria, existiendo una menor actividad laboral en puestos formales.

Las mujeres dedican gran parte de su tiempo entre 16.3-11.8 horas a preparar alimentos y a el cuidado de personas con limitaciones físicas y/o mentales; mientras que para los hombres son 9.9 horas en personas con limitaciones físicas, y 7.6 horas a el cuidado en general de los integrantes del hogar que necesiten apoyo.

El Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012, demuestra que el 11% de hombres y el 17% de mujeres adultas mayores se dedican al cuidado de otro adulto mayor enfermo o con discapacidad, además el 13.8% de hombres y el 25.1% de mujeres adultas mayores se dedican a el cuidado de niños y niñas menores de 12 años de edad.

Por lo que el aporte a sus hogares y a la economía sigue estando presente en cuanto les es posible.

Cabe mencionar que los empleos informales y formales se relacionan con el hecho de contar con algún tipo de cobertura social; en México alrededor de la mitad de la población que trabaja en el sector formal lo hizo alguna vez en el sector informal y viceversa.



Según el SAR esto implica baja cotización al estar cambiando de un sector a otro; los motivos personales cambian dependiendo del sector donde hayan iniciado la vida laboral.

Tabla 6

Motivos para cambiar del sector formal al informal y del informal al formal.

Sector formal	Sector informal
Seguridad o estabilidad económica.	Despido.
Mejor salario.	Quiebra del negocio.
Prestaciones de ley (servicios médicos, nomina, vacaciones, infonavit, pensión).	Necesidad de horarios flexibles.

Fuente: (GOBERNACION, CONAPO, amAfore, GERIATRIA, & UNIDAS, 2015)

Las personas al desempeñarse mayormente en el sector informal y al no contar con una cobertura de seguridad social, se hace más difícil un retiro a una edad avanzada, pues la mayor parte de la población considera no dejar de trabajar, o contar con apoyos gubernamentales y/o con ayuda de la familia para subsistir, ya que saben de antemano no contarán con una pensión y/o jubilación, llegando a la vejez sin una garantía de una calidad de vida digna; todo esto no solo se basa en los trabajos formales e informales, sino que además en el tiempo que se encontraban en el mercado laboral las personas no se preocuparon por un ahorro voluntario, más bien las personas se dedicaron a solucionar problemas presentes, dejando el futuro para después y ocasionando que actualmente además del crecimiento demográfico que ya se esperaba sobre la población adulta mayor, no se cuente con la capacidad individual, ni colectiva para su sustentabilidad como personas individuales y como estado, pues recordemos que la responsabilidad es o sería de toda la población; provocando un desafío en el proceso de envejecimiento, el cual consta de la sostenibilidad económica de los y las adultos mayores; este aspecto ya impacta en los esquemas de pensión que de por sí ya son insuficientes por su baja cobertura, con montos precarios, además se observa la dificultad de asegurar ingresos a las personas que logren cubrir el tiempo de cotización requerido, y que ahora viven más años, con el derecho a tener los beneficios de su pensión y/o jubilación, pues su pensión y/o jubilación debe



dividirse entre los años de vida estimados que vivirá la persona y por lo cual hace que el monto de la pensión y/o jubilación sea bajo.

Por otra parte, está la población que no ha cotizado absolutamente nada y tampoco ha hecho un ahorro voluntario para su vejez; por lo que aumenta la probabilidad de tener a una población adulta mayor con bajas posibilidades de garantizar la satisfacción de sus necesidades básicas.

2.4.5 Ocio:

El ocio es visto como aquel tiempo que se tiene para realizar actividades que gusten y que con anterioridad no se podían hacer debido a las ocupaciones, aunque el ocio también se relaciona con el descanso, pero la verdad es que una persona ya sea joven o vieja no puede descansar todo el tiempo y es de ahí donde la persona suele buscar pasatiempos o alguna actividad, lo cual está bien porque contribuye al bienestar físico y mental.

Entre las actividades de interés común están:

- 1.- Mirar televisión;
- 2.- Escuchar música;
- 3.- Salir a caminar o pasear;
- 4.- Asistir a reuniones o simplemente juntarse con sus pares;
- 5.-Hacer labores domésticas;
- 6.- Leer; y



7.- Ayudar con el cuidado de los nietos.

2.5 Factores que influyen en la salud del adulto mayor.

2.5.1 Salud y atención

Actualmente el crecimiento demográfico de la población adulta mayor, se vincula con un aumento en la esperanza de vida y el aumento de enfermedades que normalmente llevan a discapacidades y/o enfermedades crónicas que son más comunes y constantes en edades avanzadas, por lo que a pesar de que la esperanza de vida haya aumentado, esta no se encuentra bajo las mejores condiciones de evolución; en las personas de 60 años y más las enfermedades crónicas continúan aumentando cada año, lo que ocasiona una alta demanda en los servicios de salud, que el estado y la sociedad deben garantizar y lograr para que este sector de la población pueda disfrutar de un buen nivel de salud física, mental, emocional y con ello un desarrollo integral.

El problema radica en que las enfermedades crónicas suelen provocar mayor dependencia física y capacidades diferentes, aunado a esto se observan múltiples enfermedades, presentaciones atípicas de estas, complicaciones y hospitalizaciones ya sean prolongadas o repetidas y a menudo institucionalización, es decir, el internamiento en hogares de ancianos.

Como consecuencia de esto, se observa un rápido desgaste de los sistemas de salud para los pacientes que comienzan a demandar los servicios, o los que siguen necesitando los servicios.

Encima la población mexicana se encuentra con poca seguridad económica la cual se caracteriza por ser limitada y heterogénea, por lo que las mujeres quienes tienen mayor esperanza de vida, se encuentran en peores condiciones económicas y de salud debido a que sus ingresos económicos son regularmente insuficientes por lo que esa extensión de vida muchas veces no se define con mayor calidad de vida, sino que puede significar un mayor periodo de enfermedad o de capacidades diferentes y pobreza.

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*



Los adultos mayores tanto hombres como mujeres que no cuentan con una pensión y/o jubilación se ven en la necesidad de seguir laborando hasta donde sean capaces, pues muchas veces existe una relación entre enfermedad y desempleo; al enfermar o no estar en condiciones de laborar, trae como consecuencia la ausencia en el trabajo o el coste que genera la persona en cuanto a buscar personal que cubra el área, o pagar el día no laborado o el hecho tan solo de dar el permiso de faltar al trabajo, puede generar pérdidas para quien es el patrón o por lo menos puede percibir esto ocurre, por lo que se suele tomar la decisión de prescindir de los servicios de las personas, lo que aumenta aún más el deterioro en la salud del adulto mayor, al no contar con un ingreso suficiente y pasa a depender de los programas sociales, o de los apoyos familiares, de sus ahorros y/o alguna otra red social con la que cuenten para su sustento.

Aunado a esto la atención en servicios médicos varía, pues cerca de 190,000 personas está afiliada al IMSS y más de las 100,000 personas está afiliada al Seguro Popular o actualmente conocido como INSABIT y el 17.5% no está afiliada a ningún tipo de servicio médico.

Al aumentar las enfermedades crónico-degenerativas conlleva a una inversión sostenida en los servicios de salud; es por esto se debe considerar a la salud desde su integración con componentes biológicos, psíquicos, sociales, afectivos, relaciones sociales, y actividades diarias para el buen funcionamiento de la salud (Rizo Lopez, 2007).

Además, se debe tener en cuenta la visión que se tiene frente a la vida, pues en esta etapa cobran relevancia las creencias, prejuicios, imágenes de la experiencia de la vida, seguridad económica, pareja, creando realidades y significados de la vida.

Entonces la salud de las personas adultas mayores se verá afectada de manera positiva o negativa dependiendo de ciertos elementos, pero no de manera aislada, sino desde su integración, como:

- 1) Percepción y actitud del estado de salud;



- 2) Uso de servicios de salud;
- 3) Redes familiares;
- 4) Transferencias privadas;
- 5) Acumulación de riesgos relacionados con el estilo de vida y ocupaciones;
- 6) Experiencia migratoria;
- 7) Características socio-económicas como, la educación, derechohabiencia e ingresos; y
- 8) Contexto ambiental, (Wong y Aysa, 2001).

A pesar de que son ocho factores, los que ejercen mayor influencia, son el factor siete y ocho en el desarrollo de enfermedades.

2.5.2 Enfermedad:

Antes de comenzar es necesario definir que son los síndromes geriátricos, pues estos se presentan a menudo en esta etapa de la vida.

Los síndromes geriátricos, son un conjunto de signos y síntomas que caracterizan un problema de salud, por ejemplo, una úlcera por presión, inmovilidad, incontinencia, polifarmacia, estreñimiento, infecciones, deterioro auditivo y visual, indigencia y enfermedad terminal.

Las enfermedades no son causas por la vejez, sino que estas se presentan en la vejez con mayor facilidad. Además se caracterizan por el hecho de presentarse de distintas maneras o modos entre cada paciente, lo que de hecho también pasa con pacientes jóvenes, o en niños, esto



se debe a que no todos presentan el mismo orden al desarrollar alguna enfermedad; por ejemplo, en una gripa tal vez algún paciente primero sienta el cuerpo cortado y debilidad, y en otro paciente se presente la debilidad y ojos llorosos, en otro la sensación de malestar y uno que otro estornudo y aunque la sintomatología es distinta al final desencadenara en la gripa, como tal en los tres ejemplos y en distinta proporción, pues no a todos les dará con la misma intensidad, ni el mismo lapso de tiempo. Si estas diferencias se presentan a cualquier edad, es posible observarlas aún más en pacientes adultos mayores, a causa de que muchos de ellos padecen de comorbilidades y multicomorbilidades haciendo un poco más difícil su diagnóstico y tratamiento.

Algunas características son:

- Pacientes complejos debido a la sintomatología.
- Vulnerables.
- Se les suele dar un diagnóstico erróneo.
- Presentan problemas familiares, sociales, económicos, además de los problemas de salud médica.
- Padecen comorbilidades y multicomorbilidades.
- Los síntomas no son claros, o están atenuados o ausentes.
- Las enfermedades se acompañan de problemas sociales.
- La polifarmacia es común, y representa un síndrome geriátrico.
- Pueden existir causas varias del mismo problema o enfermedad como de obesidad, hipertensión, elevación de algún elemento en la sangre como los triglicéridos.



Los adultos mayores son más propensos a padecer enfermedades incapacitantes, graves y con una duración de tiempo mayor, lo que compromete su desarrollo en las actividades cotidianas de la vida diaria, básicas y/o complejas; se reflejan 3 de cada 10 mujeres, y 2 de cada 10 hombres.

Adicionalmente en el caso de las mujeres los cambios biológicos ocurridos en su ciclo reproductivo y la etapa post-reproductiva condiciona un riesgo a padecer enfermedades crónicas como hipertensión arterial, y diabetes mellitus.

Es cierto que muchas enfermedades se pueden presentar durante la vejez, pero también es cierto que existen adultos mayores que no tienen enfermedades y poseen un buen estado de salud, por lo que se pueden clasificar en:

Tabla 7

Clasificación del adulto mayor referente a la salud.

	Anciano sano	Anciano frágil	Anciano geriátrico
Concepto	Edad avanzada y ausencia de enfermedades o puede padecer una enfermedad pero que no le impide seguir desarrollándose.	Edad avanzada y presenta alguna enfermedad pero que se puede compensar con un buen equilibrio de su entorno; pese a esto existe la posibilidad de que esta enfermedad se vuelva crónica y con ello el adulto mayor se vuelva dependiente.	Edad avanzada y presenta alguna enfermedad crónica que lleva a la dependencia, puede estar acompañada de alguna alteración mental y/o problema social.
Actividades básicas de	Independiente	Dependiente para	Dependiente para



la vida diaria		algunas actividades.	la mayoría de actividades.
Actividades complejas o instrumentales de la vida diaria	Independiente.	Independiente.	Dependiente para algunas actividades.
Comportamiento ante la enfermedad	Baja tendencia a la dependencia.	Alta tendencia a la dependencia.	Tendencia a mayor progresión de la enfermedad.
Probabilidad de desarrollar síndromes geriátricos.	Baja.	Alta.	Muy alta.

Fuente: (Lopez Norori, 2016)

Esta clasificación dependerá del estado de salud de la persona adulta mayor y capacidad física de la persona.

2.5.3 Padecimientos:

Retomando la Encuesta Nacional de los Hogares (INEGI, 2015), se tiene que el total de integrantes del hogar son casi 9.0 millones de personas con 65 años o más y de estas el 3.3% tienen alguna dificultad para ver, siendo las más afectadas las mujeres, problemas de audición, siendo los más afectados los hombres, problemas para caminar o que usan algún aparato para desplazarse, siendo las más afectadas las mujeres.

Los síntomas de cansancio o agotamiento, se observan en casi la mitad de los ancianos de 65 años o más, mientras la tercera parte dicen estar muy cansados (as) o exhaustos (a).

Por otra parte, los adultos mayores presentan dificultades en cuanto a su memoria, concentración, además de ostentar problemas emocionales y donde las mujeres se ven más afectadas presentando signos de ansiedad, nerviosismo y depresión.

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

Tabla 8*Enfermedades habituales en hombres y mujeres que pueden ocasionar ingresos al área médica.*

Hombres	
Afección principal	Egresos
Total	428,377
Enfermedades digestivas.	68,061
Enfermedades cardiovasculares.	68,044
Enfermedades del sistema genitourinario.	48,077
Tumores malignos (próstata, piel, colon y recto).	29,088
Diabetes mellitus.	26,022
Enfermedades de los órganos de los sentidos.	24,154
Enfermedades respiratorias.	20,321
Fracturas.	16,261
Infecciones respiratorias.	15,257
Enfermedades del sistema músculo-esquelético.	12,518
Causas mal definidas.	12,278
Mujeres	
Afección principal	Egresos
Total	466,030
Enfermedades cardiovasculares.	70,592
Enfermedades digestivas.	70,422
Enfermedades del sistema genitourinario.	48,077
Fracturas.	36,524
Tumores malignos (piel, colon y recto).	31,439
Diabetes mellitus.	28,532
Enfermedades de los órganos de los sentidos.	28,379
Enfermedades respiratorias.	22,131
Enfermedades del sistema músculo-	18,109

esquelético.

Infecciones respiratorias.	16,746
Causas mal definidas.	11,199

Fuente: (GOBERNACION, CONAPO, amAfore, GERIATRIA, & UNIDAS, 2015)

[http://pda.salud.gob.mx/cubos/ciNSTITUmorbi_sector.html], consultado en julio de 2017. ¹

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2010, realizó una encuesta tomando en cuenta a la población de adultos mayores de 60 a 80 años o más, sobre las enfermedades generales que se suelen dar en relación a la edad, sexo y lugar donde se radica (área rural y urbana), además de tomar en consideración las actividades básicas de la vida diaria, y las actividades instrumentales o complejas de la vida diaria; arrojando como resultado:

Tabla 9

Generalidades de salud de las personas adultas mayores por grupos de edad, sexo y lugar de residencia (rural y urbano). México, ENSANUT 2012.

Características	Nacional	60-69	70-79	80 o mas	Mujeres	Hombres	Urbano	Rural
Enfermedades								
Diabetes	24.3	25.2	25.1	19.3	25.8	22.4	26.4	17.3
Hipertensión	40	37.8	42.1	43.2	46.2	32.9	42.2	32.7
Hipercolesteremia	20.4	24.7	17.6	11.5	23.6	16.7	22.2	14.4
Enfermedad del corazón (infarto, angina de pecho e	9.2	6.4	11.6	13.4	8.8	9.6	10	6.6

¹ Nota: la Secretaria de Salud presenta las principales afecciones de egreso agrupadas de acuerdo con la Lista de Carga Global de la Enfermedad (Lista GDB, por sus siglas en ingles).

Fuente: estimaciones del CONAPO con base en INEGI/SS, Bases de datos de los egresos hospitalarios de todo el sector salud 2015, disponibles en [http://pda.salud.gob.mx/cubos/ciNSTITUmorbi_sector.html], consultado en julio de 2017. ¹

insuficiencia								
cardiaca).								
Embolia o infarto	3.7	2.9	4.1	5.3	3.4	4	3.7	3.5
cerebral								
Cáncer	3.6	3.7	3.8	3.3	4.4	2.8	4.2	1.8
Salud mental								
Síntomas	17.6	17.4	16.9	21.2	22.1	12.5	17.4	18.2
depresivos								
Deterioro cognitivo	7.3	4.4	8.8	13.6	8.3	6.3	7.2	8.2
Demencia	7.9	3.9	8.9	19.2	9.1	6.9	7.7	9.4
Dificultades para realizar ABVD								
Caminar	18.4	11.5	21.7	34.6	19.0	17.6	17.9	19.9
Bañarse	12.5	5.7	14.7	30.6	13.6	11.2	12.4	12.6
Acostarse o	15.3	10.1	17.6	28.1	18.4	11.8	15.3	15.4
levantarse de la								
cama								
Vestirse	13.2	7.7	14.1	29.6	14.9	11.2	13.4	12.4
Tiene al menos una	26.9	18.2	31	47.5	29.6	23.8	26.9	26.9
limitación en								
ABVD								
Dificultades para realizar AIVD								
Preparación de	10.6	5.3	11.3	26.8	12.4	8.5	10.7	10.3
alimentos								
Compra de	17.1	9.7	21.2	33.4	21.2	12.4	17.5	15.7
alimentos								
Administración de	9.9	5.2	9.2	27.0	11.1	8.5	9.7	10.5
medicamentos								
Manejo de dinero	8.1	3.9	7.4	23.6	8.9	7.3	8.0	8.5
Tiene al menos una	24.6	14.8	28.7	49.1	28.4	20.3	24.8	24.0

limitación en AIVD

Caídas

Sufrió al menos una 34.9 32.1 37.1 39.7 38.1 31.2 34.3 36.8

caída en el último

año

Recibió atención 39.9 38.1 40.5 44.0 41.6 37.6 41.8 34.0

médica a

consecuencia de la

caída

Fuente: (Manrique-Espinoza B., 2012-2013)

2.5.4 Muertes

Encima se agrega el hecho de que estas enfermedades se compliquen, originando una incapacidad o la muerte, esto se incrementa para el sector menos favorecido respecto de los aspectos sociales y económicos.

Tabla 10

Causas de muerte entre hombres y mujeres.

Hombres	Defunciones
Causas	
Total	185,949
Enfermedades del corazón	47,587
Diabetes mellitus	27,820
Tumores malignos	23,434
Enfermedades cardiovasculares	11,826
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma.	9,991
Enfermedades del hígado	8,527



Neumonía e influenza	6,794
Accidentes	4,907
Insuficiencia renal	4,232
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	2,546
Causas mal definidas	4,147
Mujeres	Defunciones
Causas	
Total	188,642
Enfermedades del corazón	50,237
Diabetes mellitus	33,584
Tumores malignos	19,993
Enfermedades cardiovasculares	14,134
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma.	9,144
Enfermedades del hígado	8,527
Neumonía e influenza	6,184
Insuficiencia renal	3,598
Accidentes	3,395
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	3,008
Causas mal definidas	4,471

Fuente: (GOBERNACION, CONAPO, amAfore, GERIATRIA, & UNIDAS, 2015)

Nota: Las principales causas de defunción se agruparon de acuerdo con la Lista Mexicana.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en INEGI/SS, Bases de datos de las defunciones 2015, disponibles en [http://pda.salud.gob.mx/cubos/ciNSTITUmorbi_sector.html], consultado en junio 2017. ²

² Nota: Las principales causas de defunción se agruparon de acuerdo con la Lista Mexicana.

Tabla 11
Causas de muerte asociadas a enfermedades crónico-degenerativas, 2012.

Mujeres			Hombres		
Causas	Defunciones	Tasa	Causa	Defunciones	Tasa
Diabetes mellitus	33,798	579.10	Enfermedades isquémicas del corazón	32,036	633.5
Enfermedades isquémicas del corazón	29,332	502.6	Diabetes mellitus	29,127	576.0
Enfermedad cerebrovascular	13,948	239.0	Enfermedad cerebrovascular	12,258	242.4
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9,454	162.0	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11,605	229.5
Enfermedades hipertensivas.	9,334	159.9	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado.	9,399	185.9
Infecciones respiratorias agudas bajas.	5,520	94.6	Enfermedades hipertensivas.	6,748	133.4
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del	4,898	83.9	Infecciones respiratorias agudas bajas.	5,994	118.5

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en INEGI/SS, Bases de datos de las defunciones 2015, disponibles en [http://pda.salud.gob.mx/cubos/ciNSTITUmorbi_sector.html], consultado en junio 2017. ²



hígado.

Nefritis y nefrosis.	4,460	76.4	Tumor maligno de la próstata	5,585	110.4
Desnutrición calórico-proteica.	3,232	55.4	Nefritis y nefrosis.	5,074	100.3
Tumor maligno de la mama.	2,510	43.0	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón.	3,347	66.2
Tumor maligno del hígado	2,257	38.7	Desnutrición calórico-proteica.	2,986	59.0
Tumor maligno del cuello del útero	1,780	30.5	Tumor maligno del hígado	2,167	42.9

Fuente: (DGIS., 2012)

Los hogares con personas adultas mayores consumen 50% más recursos en salud que el promedio, teniendo una doble posibilidad de ser hospitalizados.

2.5.5 Suicidios.

Los registros administrativos de las Secretarías de Salud, demuestran una alta prevalencia de suicidios. En 2012 se registró una tasa de 15.3 suicidios por cada 100 mil hombres de 80 años y más, mientras que mujeres la tasa es de 0.2 por cien mil. Este problema se asocia con trastornos afectivos, cognitivos y conductuales; los cuales son tratables pero muchas veces no se diagnostican, ni tratan de manera correcta.

2.6 Servicios con los que cuenta el adulto mayor.

2.6.1 Derechohabientica:



El ENSANUT 2012, registro un 16.6% de personas que contaban con ningún tipo de seguridad para la salud, por otro parte el Seguro Popular cubría al 30% de la población.

Además, la geriatría no ha sido lo suficientemente difundida, por lo que los geriatras son escasos; el Instituto Nacional de Geriatría en el año 2012 señaló había 450 geriatras, lo que equivale a un geriatra por cada 22,345 personas adultas mayores.

El hecho de que no existan suficientes geriatras ocasiona que muchas veces el adulto mayor no reciba la atención especializada y adecuada que necesita, ya que la geriatría se dedica a aspectos de prevención clínica, terapéutica y social, que pueden llegar a presentarse de manera aguda y/o crónica, en rehabilitación o de manera terminal en los adultos mayores, recordemos que esta rama de la medicina tiene como objetivo lograr un mantenimiento y una recuperación funcional, donde el adulto mayor pueda disfrutar de independencia y autonomía; además propone un diagnóstico integral entre lo social y lo médico, permitiendo comprender que los hechos personales, como las condiciones de vida (no solo materialmente sino también afectivamente), calidad de las relaciones interpersonales y familiares, tienen relación con los hechos de la salud médica; a su vez la gerontología cobra relevancia en este aspecto pues esta es una ciencia que va a estudiar el envejecimiento humano y los fenómenos que lo caracterizan Organización Panamericana de Salud (OPS, 1993); siendo su objetivo de estudio, la vejez, el envejecimiento y las personas adultas mayores y cuáles son los cambios que se viven como persona y como sociedad; esto ha dado paso a la gerontología social la cual se encarga de medir el impacto de las condiciones socio-culturales y ambientales en el proceso del envejecimiento y la vejez así como sus consecuencias sociales y las acciones sociales para mejorar el proceso de envejecimiento (Fernandez-Ballesteros, 2004, p. 36).

Pero también es cierto, que a veces la geriatría, gerontología y gerontología social, necesitan de otras especialidades, pues se ha vuelto indispensable el trabajo interdisciplinario, pero que en ocasiones no se realiza debido a que las especialidades que se requieren no se encuentran a consecuencia de su escasas, como la geriatría misma.



Un trabajo interdisciplinario para el adulto mayor generalmente se encuentra conformado por: geriatra, enfermera, trabajadora social, rehabilitación, psicólogo, odontogeriatra, cuidadores y/o familiares; esto se necesitaría para ofrecer mayores ventajas a la población adulta mayor como:

- Acceso a los servicios y a los especialistas.
- Mayor eficacia.
- Mayor comunicación y soporte entre profesionales y cuidadores.
- Calidad de la atención hacia el adulto mayor.
- Desarrollo de planes de cuidado.
- Disminución de la mortalidad, ingresos y reingresos hospitalarios, mejoramiento de funcionalidad y ayuda al buen manejo de los cuidadores o familiares.
- Mejor manejo de sus comorbilidades.
- Mejor percepción del lugar que ocupan en esta etapa de la vida.
- Mejores actitudes de los adultos mayores.

Por otra parte, el trabajo social está cobrando importancia en cuanto a su aplicación, la cual consta de una respuesta terapéutica integral, incluyendo la prevención y promoción, con la finalidad de satisfacer las necesidades básicas y de integración con los individuos y el medio o entorno que los rodea, como los son sus pares, familia, instituciones y comunidad.

La familia es un elemento importante funcionando como una referencia de influencia en cuanto al comportamiento, pensamiento y sentimiento; por lo que ante a una enfermedad física



y/o mental, puede ocasionar en las personas adultas mayores sentimientos de pena, culpa, impotencia y agotamiento influyendo a la familia o viceversa.

El segundo aspecto más importante es la comunidad o sociedad donde se vive, pues se vuelve necesario lograr una educación que cambie la perspectiva y con ello las actitudes sociales hacia la vejez.

Además de que se busca hacer que las políticas públicas sean capaces de reconocer este crecimiento demográfico y en base a ello se tomen acciones para poder cubrir las necesidades de la mayor parte de la población de este sector.

2.6.2 Retiro:

El retiro laboral o vejez tiene distintos significados, desde el punto de vista cronológico (desde la percepción subjetiva: neutra), se refiere al tiempo medible que trae como consecuencia los mismos efectos en todas las personas, que es envejecer; desde el punto de vista funcional (desde la percepción subjetiva: negativa) se refiere a las limitaciones que se pueden llegar a tener en la tercera edad y desde el punto de vista de la vejez (desde la percepción subjetiva: positiva), se refiere a la etapa vital donde está a pesar, de ser la penúltima etapa de la vida podemos aprovecharla para seguir desarrollándonos ya que sigue representando posibilidades.

La edad para retirarse no suele tener una concordancia, pues, aunque la OMS ha establecido que la edad de retiro o vejez es a partir de los 65 años hay quienes sugieren que la edad de retiro es a partir de los 60-64 años, o incluso a una edad más tardía, pues las mayorías de las personas a pesar de no haber llegado aún a la tercera edad y quienes ya se encuentran en esta etapa de la vida considera que seguirán laborando a pesar de la edad con la que se cuente.

Por otra parte, la seguridad social es importante para asegurar ingresos a los adultos mayores, así como atender sus distintas necesidades.



El 41% de la población que debería estar retirada continúa trabajando; entre las cuales el 16% lo hace para mantenerse activos; el 83% lo hace porque necesita un ingreso para su sustento.

Más de la mitad de este 41% se dedica a actividades que no se encuentran dentro de la formalidad, lo que no les garantiza posteriormente se puedan jubilar y/o pensionar, la mayoría trabaja por cuenta propia (comerciante), trabajo doméstico, agricultura y elaboración de artesanías.

Pero el hecho de que algunas personas si laboren dentro de la formalidad, tampoco les garantiza cuenten con una pensión y/o jubilación, ya que para esto se necesitan cumplir una serie de requisitos, por ejemplo, las semanas cotizadas, por lo que solo el 66% podrá obtener una pensión mientras el 34% a pesar de haber laborado en el sector formal, no cotizo las semanas suficientes, por lo que no se le concede la pensión.

Por lo que en edades avanzadas las principales fuentes de ingresos son la actividad laboral, pensiones y los programas sociales, a lo que se le suma las redes sociales de la persona y como la principal tenemos a la familia, donde de alguna manera se espera que los hijos asuman responsabilidades de cuidado tanto física, como emocional y económica; siendo que el 28% de la población adulta mayor depende de algún familiar, y entre los principales se encuentran a los hijos, hijas y/o cónyuge.

Además, el 78% no recibe algún apoyo económico por parte de ningún instituto de seguridad social y el 53% no recibe apoyo económico por parte de ningún programa social, y el 58% de las personas dependientes son mujeres. Esto puede influir en el estado de ánimo, ya que la independencia económica está vinculada con la autonomía y autoestima de la persona.

El 43% tiene sentimientos positivos como la sensación de felicidad, bienestar y alegría, orgullo y satisfacción con el hecho de depender de algún familiar. Este es un patrón de cultura



que ha pasado de generación en generación, de hecho, muchos de los adultos mayores tuvieron que mantener a sus padres; es por esto la mayoría tiene sentimientos positivos.

Mientras el 32% tiene sentimientos negativos como la sensación de tristeza, pena, se sienten preocupados o avergonzados con el hecho de depender de algún familiar.

El 3% no tiene sentimiento ni positivos ni negativos, sino que consideran es obligación de su familiar asumir esa responsabilidad.

La mayoría de los ingresos que perciben los adultos mayores los utiliza para mantenerse a ellos mismos o ellas mismas y en ocasiones a las personas que viven con ellas, necesidades del adulto mayor y contribución a gastos del hogar.

Aunque no todo el peso recae en el estado con respecto a la cobertura del seguro social y pensiones y/o jubilaciones; sino que también las personas se ven implicadas al tener una percepción negativa de la vejez prefieren no pensar y mucho menos prepararse para esta etapa de la vida, sino que la dejan precisamente ahí, en el futuro y mientras tanto solo se ocupan de su presente. Es por ello que se estima que el 77% no ha planeado su futuro para esta etapa de la vida; el 22% no logro cumplir sus planes al momento del retiro; 26% alcanzo sus planes a medias; 53% logro cumplir todos o casi todos sus planes; de ese 53% el 74% ahorro por iniciativa propia, lo que ayudo a lograr sus planes, incluso casi el 90% cree que el gobierno tiene la obligación de mantenerlos llegada la tercera edad. Por lo que se hace notar que practicar el ahorro por iniciativa propia, propicia un futuro favorable, además de que ayuda a cubrir necesidades, enfrentar imprevistos, y asegura la sostenibilidad, por lo que el ahorrar es una ventaja para el retiro, manteniendo cierta independencia económica llegada la edad para el retiro laboral, sin embargo, en nuestra educación y cultura como país todavía existe personas que consideran que es una obligación del gobierno, de los hijos e hijas, el mantenerlos.

El hecho de que no se ahorre se le adjudica al hecho de no tener suficientes ingresos, es decir, por falta de dinero no se genera un ahorro o porque no se tiene ese hábito, o no les



enseñaron a hacerlo, además de sentir ganas de gastar el dinero ahorrado o porque no tienen la necesidad de hacerlo, incluso quienes ahorran los suelen hacer a corto plazo pues lo hacen para posteriormente emplear ese dinero en adquirir bienes o pagar servicios, es por esto que se hace necesario la promoción, donde se dé la información adecuada, se forme a las personas para hacerlas conscientes de lo importante que se vuelve el ahorrar, es decir, que se piense en el futuro de uno mismo y no solo en el presente.

Aquí es donde una vez más la familia y la formación académica toma un papel importante, pues es ahí donde se traspasan conocimientos y hábitos en el sentido de ahorrar, creando la necesidad de manejar más eficazmente sus recursos y desarrollando conductas adecuadas para lograr una cultura económica más estable respecto a su estilo de vida; aunque no con esto quiere decir es una total responsabilidad de la familia o padres, o de las escuelas el no incluir esta enseñanza o haberles enseñado a ahorrar, sino que el hecho de que estos no enseñaran ciertos hábitos no quiere decir que las personas una vez ya adultas no pudiesen cambiar este patrón en ellas mismas.

Pero la realidad es que no solo se trata de una cultura y/o educación dentro de una familia, sino que en la sociedad misma se da este mal hábito de no prever el futuro, la mayoría de los jóvenes no piensa en su futuro, como que se hará una vez que se envejezca, o tenga alguna limitación física y/o mental, donde su capacidad y rapidez de respuesta en el trabajo disminuya, o cuando su productividad baje, y no puedan seguir desempeñando su trabajo y llegue la hora de retirarse, incluso hay quienes consideran que nunca dejarán de trabajar, es por ello se hace indispensable cambiar de alguna manera estos pensamientos y/o creencias de las personas para su propio bienestar y que el tema del retiro sea tema de conversación pues no siempre se será joven y se contarán con todas las capacidades que actualmente tenemos, debemos pensar en una acumulación de riqueza para el futuro, planear nuestra vejez así como planeamos entrar a trabajar a algún lugar, o como el planear cuantos hijos tener o a que escuela irán.

En México la reforma a la Ley del Seguro Social de 1997 consolidó el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) con un esquema de cuentas individuales administradas por la AFORE



(Administradora de Fondo para el Retiro), son instituciones privadas encargadas de individualizar y administrar los recursos de las cuentas individuales (artículo 175 de la Ley del Seguro Social (LSS)). Estas a su vez operan las Sociedades de Inversión Especializadas en Fondos para el Retiro (SIEFORE) responsables de invertir estos recursos (artículo 188 de la LSS).

Toda la población con algún tipo de seguridad social o a pesar de no contar con ello; pero que pertenezca a la clase trabajadora puede realizar aportaciones voluntarias a su cuenta individual para aumentar el monto de su pensión. En los casos de no estar afiliado a ningún tipo de seguridad social la persona deberá hacer el debido trámite para solicitar su AFORE y poder realizar ahorros para su retiro.

La Aegon Retirement Readiness Survey (ARRI), en español Encuesta de preparación para la jubilación Aegon, se aplica tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo, se aplica desde el 2012 y se basa en cinco aspectos:

- 1) Responsabilidad de tener ingresos suficientes para el retiro;
- 2) Concientización para el retiro;
- 3) Capacidad para entender asuntos financieros sobre el retiro;
- 4) Elaboración de planes para el retiro y;
- 5) Ahorro para el retiro.

La falta de responsabilidad está asociada a la falta de concientización por lo que es necesario que la población se involucre más en la planeación de su retiro, la mayoría lo hace fuera de tiempo ya que toma conciencia de esto conforme las personas se hacen viejas, pues cuando son jóvenes suelen aplazar los planes del futuro y prefieren resolver sus necesidades



actuales por lo que llegado el momento del retiro laboral se encuentran en una clara desventaja, pero al realizar los planes de manera anticipada podremos generar una responsabilidad y con ello una concientización que nos lleve a involucrarnos, entender y comprender los asuntos financieros para el retiro, para poder tomar mejores decisiones, es decir, cómo funciona el sistema y lo que nos motivaría a ahorrar para el retiro, esto es importante, porque la pensión depende del ahorro y de los rendimientos que se hayan generado en su inversión; al tener un ahorro o un fondo de ahorro insuficiente esto con el paso del tiempo se verá reflejado en pensiones bajas que van a afectar la calidad de vida de las personas adultas mayores, pues no tendrán el fondo económico suficiente para poder sostenerse.

Existen dos maneras de ahorrar:

- 1) Obligatorio y
- 2) Voluntario o por iniciativa propia.

Donde el primero se da en base al SAR a través de descuentos de las nóminas y el segundo es voluntario donde el trabajador ahorrara conforme a sus posibilidades.

La Organización Internacional del Trabajo define a la seguridad social como “la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos” (OIT, 1991). En otras palabras, a los jóvenes adultos les gustaría disfrutar de estos derechos, pero son pocos los que pueden acceder a este sistema, por lo que cuando son capaces de entrar al mercado laboral algunos lo hacen en la informalidad lo que no ayuda a generar antigüedad en los sistemas de pensiones, pero pueden acceder a esta segunda manera de ahorrar (voluntario o por iniciativa propia), lo que muchas veces no se realiza, o se hace muy poco.



Las personas pueden verse afectadas de manera positiva o negativa a consecuencia de haber planeado o no su retiro, pues esto les puede generar una seguridad o inseguridad a la hora de retirarse, lo que bien es cierto es que en el caso de las mujeres suelen tener una percepción más negativa sobre su vejez, esto debido a su menor ingreso económico por lo que su estatus socioeconómico es menor, a consecuencia de que su participación en el mercado laboral ha sido deficiente a causa de interrupciones, trabajos de medio tiempo, trabajos no remunerados como el dedicarse al hogar o por el hecho de que nunca han trabajado. Lo que hace pensar y confiar a las mujeres en ocupar sus ahorros, en seguir trabajando y que obtendrán la ayuda de algún programa social; mientras que los hombres piensan y confían en que seguirán trabajando, que sus ahorros bastaran y los que han trabajado en el sector formal no tomando en cuenta si se ha cotizado lo suficiente, piensan en obtener una pensión.

2.6.3 Pobreza:

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, en 2014, el promedio de personas adultas mayores que viven en situación de pobreza en México es del 27%. Esto es debido a que se vuelve natural que los ingresos de este sector de la población se reduzcan o dependan de apoyos públicos o privados, además de que la generación de empleos para este sector se encuentre deficiente.



CAPÍTULO III

Recursos del adulto mayor.



Capítulo III. Recursos del adulto mayor.

Lo paradójico de que la idea de vivir una vida larga les atraiga a todos, pero que el envejecer, no le agrade a nadie”.
– **Andy Rooney**

Capítulo 3. Recursos del adulto mayor

3.1 Redes familiares y sociales de apoyo con las que cuenta el adulto mayor

Las redes son aquel apoyo con el que cuentan las personas adultas mayores, dentro de este apoyo se encuentra el material (dinero, ropa y comida), el instrumental (transporte, ayuda en quehaceres del hogar, cuidado y el acompañamiento), emocional (cariño, confianza, empatía) y cognitivo (información); al contar con estos apoyos ya sean directos como la familia o por parte de terceros, como lo son amigos, vecinos, instituciones dedicadas al cuidado del adulto mayor, y compañeros de trabajo, impacta de manera positiva en la salud mental, física y disminuye enfermedades en los adultos mayores, pues se sienten incluidos, protegidos y queridos.

Sluzki (1979) y Steinmetz (1988) plantean un tipo de red social personal la cual va a incluir todos los vínculos con los que el individuo se relaciona y que perciben significativos, no solo se tendrá en cuenta a la familia como un único vínculo. Esto ayuda al reconocimiento de la propia persona (identidad), bienestar, cuidados de salud y su capacidad de adaptación ante distintas situaciones.

Sluzki (1979), planteó un esquema donde están incluidas las personas que se encuentran relacionadas y que contribuyen a sus relaciones y redes de apoyo con un individuo:

A) Familia (encontramos relaciones íntimas y cotidianas, además encontramos a amigos cercanos);



B) Amistades;

C) Relaciones labores y escolares (existe menos compromiso e intimidad), y

D) Relaciones comunitarias o de servicio (conocidos, buenas personas como los buenos vecinos).

En base a esto se puede definir cierta estructura, función y vínculos de la red:

La estructura es aquella organización de las partes que conforman un todo, caracterizada por:

- 1) Tamaño: número de personas que conforman la redes.
- 2) Densidad: es la conexión que existe entre los miembros y que se puede clasificar en densidad baja, densidad moderada y densidad alta.
- 3) Composición o distribución: las redes muy concentradas son menos flexibles y afectivas que las redes amplias, en cuanto a su distribución.
- 4) Dispersión: al existir dispersión de los miembros se puede volver un poco difícil el acceso a esos miembros, lo que funcionaría para tener contacto y con ello comportamientos afectivos.
- 5) Homogeneidad o heterogeneidad: esto incluye a la demografía y a lo cultural como lo es la edad, sexo, cultura y nivel socio económico.
- 6) Vínculos específicos: son aquellos atributos que involucra al compromiso y fuerza de cierta relación, así como su duración e historia que comparten.



3.1.1 Tipo de funciones de las redes de apoyo:

Como anteriormente se mencionó, las redes son una fuente de apoyo para los adultos mayores y por lo cual cobran importancia, pero no solo es necesario se posea una red, sino que además existan ciertas funciones en la red que deberían de cubrir algunas necesidades para dar una mejor atención y apoyo hacia el adulto mayor. El tipo de funciones que se llevan a cabo es a través del vínculo establecido.

Tabla 12

Tipo de funciones de las redes de apoyo.

Compañía social	Realización de actividades en compañía o el hecho de sentirse acompañados.
Apoyo emocional	Actitud emocional positiva donde se encuentra la empatía, comprensión y la voluntad de la otra u otras personas para ayudar.
Guía cognitiva y consejo	Se brinda información a fin de esclarecer dudas.
Regulación o control social	Se busca la reducción de comportamientos que están fuera de la norma y pueden trasgredir a otros o a ellos mismos.
Ayuda material o servicios	Se encuentran los servicios de salud, por ejemplo, con ayuda física.
Acceso a nuevos contactos	Posibilidad de contactar a otras personas y hacer crecer su tamaño de la red.

Fuente: (Clemente & Centro Interamericano de Investigaciones , 2002).



3.1.2 Vínculos establecidos:

Tabla 13

Tipo de vínculos.

Funciones prevalecientes	Característica de un vínculo dominante
Multidimensionalidad o versatilidad	Cumplimiento de una o varias funciones por la misma persona.
Reciprocidad	Cumplimiento de ciertas tareas con la otra persona (simetría-asimetría).
Intensidad o compromiso de la relación	Compromiso o atracción existente entre los miembros.
Frecuencia de contactos	El tiempo que transcurre al estar comunicado con esos contactos.
Historia de la relación	Tiempo transcurrido de la convivencia y el conocimiento que se tiene entre las personas.

Fuente: (Clemente & Centro Interamericano de Investigaciones , 2002).

Por otra parte, Thots (1985) hace un a propuesta del apoyo social, la cual se basa en las necesidades sociales básicas donde estas deberían ser satisfechas gracias a la interacción con otras personas. Entendiendo a las necesidades sociales básicas como la afiliación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación por parte de otros lo que ayuda a la propia persona al sentirse aceptada y querida.

Estas necesidades se pueden cubrir mediante la ayuda socio-emocional (afecto, simpatía, comprensión y estima), o por ayuda instrumental (información, ayuda con el trabajo, ayuda en ciertas tareas, en lo económico, etc.).



Actualmente existe concordancia en cuanto al constructo de redes de apoyo social por Sluzki (1998):

Componentes estructurales: se refiere al entramado de relaciones sociales en que se encuentra la persona, sin embargo, esto no garantiza ni quiere decir que el sujeto goza de todos los tipos de apoyo y mucho menos que posee seguridad y bienestar, dentro de su red.

Apoyo social recibido y percibido: el apoyo recibido es aquel que la persona recibe de manera objetiva, es decir, que se puede ver; mientras que el apoyo percibido es subjetivo y existen dos variables:

1) Creencias de la persona respecto a sus fuentes de apoyo;

2) La valoración de las fuentes de apoyo que realiza el sujeto en cuanto a si sus necesidades han sido satisfechas y adecuadas, o no.

Multiplicidad de funciones del apoyo social: son las consecuencias positivas que se obtienen en las relaciones sociales, y por lo regular siempre se distinguirán tres tipos de apoyo: emocional, informacional y material.

Conductas de apoyo: comportamiento o formas de actuar que van a impactar de manera positiva o negativa en el sujeto.

Contexto en el que se proporciona el apoyo: de acuerdo a las necesidades del sujeto, se debería de efectuar el apoyo y en proporciones necesarias.

3.1.3 Funciones de las redes familiares y sociales:

Sluzki (1998) distingue entre el apoyo diario y de crisis y entre el apoyo psicológico e instrumental:



Apoyo psicológico diario: hace referencia al grado y diversidad de las interacciones sociales básicas.

Apoyo instrumental diario: considera las situaciones diarias, en donde puede ser conveniente la ayuda de alguien, pero que si no estuviese ese alguien no traería problemas.

Apoyo instrumental en crisis: son situaciones prototípicas de crisis, donde se requiere apoyo instrumental o material.

Apoyo psicológico de crisis: toma en cuenta situaciones conflictivas por las que puede pasar una persona y donde no se puede cambiar el evento, pero se puede lograr una adaptación a la situación para afrontarla de manera más favorable.

En base a esto según Sluzki (1998), considera dos polos:

- 1) Polo de expansión: corresponde a la primera fase de la vida (amistades en la escuela, trabajo, noviazgo, matrimonio e hijos) siendo este polo un área estable;
- 2) Polo de retracción o extinción: las relaciones pueden desactivarse (desplazamiento geográfico, enfermedad o muerte de familiares, amigos, falta de motivación para mantener activos los vínculos de la red).

En la vejez Sluzki observa tres factores que coexisten y donde sus efectos contraen la red social del adulto mayor:

- 1) Muerte, migración o debilitamiento de los miembros, lo que ocasiona la reducción de los vínculos;



2) Disminución progresiva de oportunidades, motivaciones, para establecer nuevos vínculos dificultando la renovación y mantenimiento de la red social;

3) Decrecimiento de energía para mantener activos los vínculos lo que ocasiona no se conserve la red.

Por lo tanto, a medida que la persona envejece se vuelve difícil el mantenimiento o renovación de la red, por lo que el adulto mayor sufre pérdidas en su red. Esto puede estar acompañado de soledad en el adulto mayor lo que acarrea emociones de tristeza, desesperanza, abandono, aunque por otro lado hay quienes se sienten satisfechos, esto dependerá del tipo de vínculos que se tengan con ciertas personas; por lo que (Hojat, 1989; Huyese, 1973; Rook, 1989), intentaron establecer categorías de la soledad que bien pueden estar determinadas por la carencia de relaciones sociales o por problemas dentro de estas relaciones:

Soledad por aislamiento emocional: ausencia de un vínculo con alguna red, lo cual implica vínculos de amor, comprensión, confianza, que da seguridad y apoyo, la cual tal vez no cuente con cercanía, pero si con disponibilidad. La figura de apego se determina por la accesibilidad, confianza e interés que se siente tiene en nosotros como personas.

Por otra parte, si existen las redes de apoyo social, así como los vínculos necesarios, puede existir mayor satisfacción y alegría en el adulto mayor. Por lo que se puede definir a la felicidad en relación a los aspectos psicológicos (satisfacción con la vida), sociales (bienestar social). Estos aspectos implican factores personales (salud, satisfacción con la vida, relaciones sociales), socio-ambientales (calidad ambiental, condiciones económicas, aspectos culturales), aspectos objetivos (nivel económico, actividades que realiza), aspectos subjetivos (satisfacción con la vida, salud subjetiva). (Muchnik & Seidman, 1999).

3.1.4 Determinación del apoyo:



Diaz Veiga, 1985, 1987; Wood, 1984, determinó la construcción de algunos instrumentos de evaluación:

Escala de Entrevista sobre Apoyo Social de Arizona (Arizona Social Support Interview Scale, ASSIS) de Barrera (1980-1981), este instrumento proporciona indicadores acerca del tamaño de la red social, grado de satisfacción con el apoyo de acuerdo a la necesidad.

Cuestionario sobre Apoyo Social de Norbeck (Social Support Scale, NSSC, 1983), evalúa el tamaño de la red, frecuencia y duración de la relación y las fuentes principales de apoyo social, considerando la ayuda, afirmación y el afecto.

Escala de Relaciones Sociales de Mc Farlane (Social Relations Scale, SRS, 1981), informa acerca de la provisión y recepción de apoyo social, sus fuentes, contenido, disponibilidad, satisfacción con el apoyo, da información sobre resultados negativos, permitiendo evaluar aspectos positivos y negativos del apoyo social en seis áreas: trabajo, dinero, familia-hogar, personal-social, salud y asuntos sociales en general.

Inventario de Recursos Sociales en Ancianos de Diaz Veiga (1985), evalúa el apoyo emocional e instrumental respecto a cuatro áreas: pareja, hijos, familiares y amigos, además informa sobre aspectos estructurales de las relaciones sociales en cuanto al tamaño y frecuencia de contactos, y un indicador de satisfacción con el apoyo social.

Medición del Sistema de Apoyo Personal (Personal Support System Suvey de Person, 1990), da información sobre los aspectos estructurales y funcionales respecto este último se enfoca a cuatro tipos de apoyo: emocional, informacional, instrumental y apoyo de valoración.

Evalúa la importancia percibida, y satisfacción referente a estas áreas de apoyo. En cuanto al primero, recaba información acerca de la cantidad de miembros de la red, relación con la fuente de apoyo social, reciprocidad, estabilidad y frecuencia de la relación.



La Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS) 2010, indica que el 6.5% no recibe cuidados de ninguna persona y un 11% recibe ayuda de otras personas ajenas a su familia, cuando enferma.

Este tipo de evaluaciones están enfocadas a obtener datos más específicos y así poder generar estrategias de acuerdo a ciertas necesidades; pues debemos recalcar a la familia como la primera y principal organización social con la cual convivimos, aprendemos, además de que esta obtenemos elementos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales, que posteriormente ejecutamos en la vida diaria. La familia funciona como una institución de donde vamos adquiriendo rasgos de nuestra propia construcción de identidad para después ir modificando nuestra identidad, así como los aspectos psicológicos, comportamentales y sociales, pues conforme avanzamos en el ciclo de la vida, también nos involucramos con nuestro medio ambiente y somos capaces de tomar y modificar actitudes, comportamientos y pensamientos, a nuestra conveniencia para tratar de satisfacer necesidades. Así mismo recordemos que dentro de la familia y sociedad en la que nos encontremos, se puede dar la distinción entre hombre y mujer desde una perspectiva un tanto desigual lo que contribuye a nuestra identidad y propio concepto de lo que podemos, debemos y nos toca según la familia y sociedad hacer, ver, decir e incluso a veces pensar. Esta distinción se puede encontrar en distintas etapas de la vida, incluyendo la vejez, donde uno pudiese creer que la persona ya se encuentra bien cimentada en un rol social, pero debemos de tener en claro que al envejecer suelen sufrir la pérdida de ese rol social ante la familia, sociedad y trabajo; debido a creencias y estereotipos que se tienen acerca de la vejez.

Es cierto que la familia y sociedad es un pilar importante en el desarrollo de una persona, pero este pilar afectara al desarrollo del individuo si se interpone o perjudica los intereses de los otros. Si bien es cierto que a la hora de envejecer la familia es una importante red de apoyo para el adulto mayor, pues se vuelven los principales cuidadores, pero que, debido al crecimiento demográfico de la población adulta mayor, quedaran menos jóvenes y/o familiares, que se puedan hacer responsables de los adultos mayores, por lo que cada vez habrá más adultos mayores viviendo solos, sin redes de apoyo primarias, por lo que estarán a expensas la mayor parte de la población adulta mayor a asistencia no primaria como los son amigos, vecinos,



compañeros de trabajo, que de hecho actualmente existen personas adultas mayores que ya experimentan este tipo de apoyo o red.

3.1.5 Envejecimiento saludable.

La OMS desde el 02 de octubre de 1999 promueve la Campaña Mundial por el Envejecimiento Activo, donde incurre en la promoción de caminatas anuales que apelan a la concientización de mantenerse activos física y socialmente en todas las edades; por lo que define al envejecimiento activo como “el proceso de optimización de oportunidades para el bienestar físico, social y mental en el transcurso de la vida con el objeto de ampliar la esperanza de vida sana, productividad y la calidad de vida en la vejez”.

La OMS ha definido ciertos aspectos necesarios para el envejecimiento activo:

- 1) Genero y cultura: este depende del estatus social, nutrición de cada persona, comportamiento, hábitos saludables y acceso a servicios de salud.
- 2) Servicios sociales: promoción, prevención de enfermedades, acceso a los servicios de salud, y cuidados primarios y secundarios.
- 3) Factores económicos: Ingresos, trabajo y protección social, pues de estos dependerá la independencia, y el rol productivo.
- 4) Ambiente físico: existen condiciones distintas entre las personas, en cuanto al transporte, movilidad de la propia persona, y contacto social.
- 5) Factores personales: cambios biológicos y genéticos en cuanto a la memoria, velocidad de aprendizaje y tiempo de reacción.



6) Factores comportamentales: dependen del alcoholismo, tabaquismo, actividad física, alimentación y medicamentos.

7) Factores de ambiente social: sustento social, oportunidades para la educación, aprendizaje, protección contra la violencia y el abuso; factores sociales que ayuden a mejorar la salud, independencia y productividad.

Es necesario exista una continuidad en estos programas, esto debido a que se necesita un mejoramiento en la calidad de vida de todas las etapas del ciclo evolutivo, por lo que se hace indispensable la participación social, pues ayuda a la promoción de la salud, estimulando la actividad física, así como el brindar educación a la población, para que esta comprenda y desempeñe los programas para su propio beneficio.

3.2 Características para un envejecimiento activo:

La cultura, los valores y las tradiciones, se vuelve un factor a considerar, ya que esta rodea a las personas, poblaciones, comunidades y porque suele tener su propia concepción del proceso de envejecimiento, la sociedad donde estemos suele atribuir los síntomas de las enfermedades y las enfermedades mismas a la edad.

Además, el género juega un papel importante pues en el caso de las mujeres, al aceptar y el hecho de adjudicarles el papel de cuidadoras y/o amas de casa provoca un aumento de pobreza y mala salud en edades avanzadas, por otra parte, tanto hombres y mujeres, al exponerse a situaciones de violencia, conductas de riesgo como fumar, consumir alcohol y/o drogas; provoca no se llegue a un buen proceso de envejecimiento.

3.2.1 Sistemas sanitarios y servicios sociales:

Se debe de fomentar el envejecimiento activo desde estas áreas, comprendiendo todo el ciclo vital y dando una atención oportuna, por lo que se incluye:



3.2.2 Promoción de la salud y prevención de las enfermedades:

La promoción, va a permitir controlar y mejorar la salud. La prevención se va a focalizar en atención primaria, secundaria y terciaria, dependiendo cual sea necesaria para cada persona.

3.2.3 Servicios curativos:

Al promover y prevenir enfermedades, sería imposible erradicarlas por lo que se hace indispensable que los servicios curativos estén disponibles (atención secundaria y terciaria).

3.2.4 Asistencia de larga duración:

La OMS (2000), ha definido la asistencia de larga duración como “el sistema de actividades desarrolladas por cuidadores informales (familia, amigos, vecinos) o profesionales (servicios sanitarios y sociales) para garantizar que una persona que no pueda valerse por sí misma pueda llevar una vida con la mejor calidad posible, según sus gustos personales, y con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización y dignidad humana”.

Esto incluye cuidados en la salud pública, atención primaria, asistencia domiciliaria, servicios de rehabilitación y cuidados paliativos, asistencia institucional en residencias o en centros de cuidados paliativos, así como a tratamientos para frenar la enfermedad y/o capacidades diferentes.

3.2.5 Salud mental:

Estos servicios deben ser parte de la asistencia de larga duración, pues se debe considerar a la depresión, demencias y suicidios que se dan entre los adultos mayores.



3.2.6 Conductas:

Se deben de adquirir estilos de vida saludable, en cuanto a la alimentación, actividad física, salud bucal, salud mental, abusos de sustancias, para lograr un envejecimiento activo y saludable; pues estas acciones radican en la iniciativa propia.

Tabla 14

La actividad física y sus efectos en la salud.

Efectos antropométricos	-Control grasa corporal. -Mantiene o incrementa la masa muscular, fuerza y densidad ósea. -Fortalece el tejido conectivo. -Mejora la flexibilidad.
Efectos metabólicos	-Aumenta la sangre circulante, resistencia física y ventilación pulmonar. -Disminuye la frecuencia cardíaca en reposo y la presión arterial. -Mejora los niveles de colesterol HDL y disminuye los triglicéridos, el colesterol total y LDL. -Reduce los niveles de glucosa sanguínea y contribuye a la prevención y control de la diabetes. -Mejora los parámetros del sistema inmunológico, disminuyendo con esto el riesgo de padecer algunos tipos de cáncer (colon, mama y útero). -Disminuye los marcadores antiinflamatorios asociados a enfermedades crónicas no transmisibles. -Disminuye el riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular, accidentes cerebrovasculares, hipertensión, osteoporosis y obesidad.
Efectos cognitivos y	-Mejora el auto concepto, autoestima, imagen corporal,

psicosociales	humor, tensión muscular e insomnio. -Previene o retrasa la disminución de las funciones cognitivas (memoria, atención). -Disminuye el riesgo de depresión. -Disminuye el estrés, ansiedad y el consumo de medicamentos. -Incrementa la socialización.
Efectos sobre las caídas.	-Reduce el riesgo de las caídas y lesiones causadas por estas. -Aumenta la fuerza muscular de los miembros inferiores y de la columna vertebral. -Mejora el tiempo de reacción, las sinergias motoras en las reacciones posturales, la velocidad al caminar, la movilidad y flexibilidad.
Efectos terapéuticos	-Efectivo en el tratamiento de la enfermedad coronaria, hipertensión, enfermedad vascular periférica, diabetes tipo 2, obesidad, altos niveles de colesterol, artrosis y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. -Eficaz en el tratamiento de la ansiedad, depresión, demencia, dolor, insuficiencia cardiaca congestiva y síncope. -Previene los infartos, los trombos embolismos venenosos, dolor de espalda y estreñimiento.

Fuente: (Rodríguez Daza Karen Dayana-Grupo de Investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano, Mahecha.S., & Rodríguez, 2010)

La actividad física mejora la calidad de vida, conservando la capacidad funcional, además esta es una herramienta de bajo costo y es fácil de aplicar.

3.3 Proyectos para una mejor calidad de vida en el proceso de envejecimiento.



Según la OMS la esperanza de vida ha aumentado, en Europa es de 80 años, en América Latina es de 60-79 años y se espera que para los años 2010-2030 aumente un 40%.

La sociedad, gobierno, y sistemas de salud, no están preparados para hacer frente a las necesidades de la población que está envejeciendo, debido al aumento de costos en servicios de salud, pensiones, haciendo que la calidad de vida se vea afectada para este sector.

Por otro lado, los adultos mayores suelen sufrir capacidades diferentes como la baja audición y visión, incontinencia, inmovilidad, dificultades con las actividades diarias o de uso cotidiano como: vestirse, bañarse, además de desórdenes alimenticios y todo esto seguido de pobreza, bajas pensiones, y sedentarismo.

También se ha visto un aumento en las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la diabetes, enfermedad coronaria, obesidad e hipertensión arterial.

3.3.1 Asambleas

La OMS ha efectuado asambleas con el fin de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores:

La primera asamblea se realizó en Viena en 1982, con el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, con el lema “envejecer en casa” enfocándose en la mejoría de ciertas particularidades de vida de los adultos mayores, pero sin tomar en cuenta ámbitos necesarios como el de la economía, social y cultural, que siempre influirán en el proceso de envejecimiento.

Sin embargo, se realizó una segunda asamblea en el año 2002 adoptando el Plan de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento, con el lema “Una sociedad para todas las edades”, este contiene elementos conforme a los derechos humanos y libertades de las personas adultas



mayores, estableciendo recomendaciones en siete áreas: salud y nutrición, protección de los consumidores de edad, vivienda y entorno, familia, bienestar social, seguridad de ingresos y empleo, educación.

Siendo que los objetivos más difíciles de lograr son la vivienda, calidad de vida, seguridad de ingresos, empleo y la protección de los consumidores de edad.

3.3.2 Unión Europea

Por su parte la Unión Europea inicio con un programa denominado “Envejecer mejor en la sociedad de la información”.

Una iniciativa del 2010, “Plan de acción sobre Tecnologías de la información y la Comunicación y envejecimiento”, donde se propusieron soluciones a problemas de memoria, visión, audición, movilidad, en base a las TIC’S, permitiendo a las personas poder seguir desempeñándose en sus diversos roles (laboral, comunidad e individual).

Esta iniciativa abordo tres aspectos ya planteados: envejecimiento activo en el trabajo, envejecer mejor en la comunidad y envejecer mejor en casa.

3.3.3 BLUEPRINT.

En el año 2001 en Washington se realizó un documento llamado “BLUEPRINT” el cual contenía una planeación para el envejecimiento e incluía la actividad física, donde era prioridad aumentar esta última a partir de los 50 años hacia adelante.

La meta de este documento era identificar los obstáculos que impedían un adulto mayor no realizara actividad física y con ello implementar estrategias para solucionarlo.

Las estrategias estaban marcadas en cinco categorías:



- A) Investigación;
- B) Casa/comunidad;
- C) Entorno laboral;
- D) Sistemas médicos y políticas públicas, y
- E) Marketing y comunicación.

Estas estrategias se formularon con el fin de que la mayor parte de la población se ejercite, ya que el ejercicio o actividad física trae consigo beneficios a la salud para cualquier edad, pero en este caso ayuda a reducir la dependencia, discapacidad y mejora la calidad de vida del adulto mayor.

3.3.4 Vivir con vitalidad.

En España en el año 2005, se realizó un estudio con el nombre de “Vivir con vitalidad” en dos clasificaciones:

- 1) Multimedia y
- 2) En vivo.

Ambas versiones lograron incrementar el conocimiento relacionado con el proceso de envejecimiento y disminuyendo estereotipos o imágenes negativas del envejecimiento e incremento la actividad física. La versión multimedia, adicionalmente logro una alimentación saludable.



El Departamento de Salud y Servicios Humanos de USA, en 2008, creó las Guías de Actividad Física para americanos, donde se dieron a conocer recomendaciones de actividades aeróbicas de 3 a 5 días a la semana, de moderada a vigorosa intensidad, durante 150 minutos a la semana. Esto para los adultos mayores activos y adultos mayores con condiciones crónicas.

3.3.5 Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

En diciembre de 2007, en Colombia se desarrolló la “Política Nacional de Envejecimiento y Vejez”, abordando cuatro aspectos que son:

- 1) Envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico;
- 2) Derechos humanos;
- 3) Envejecimiento activo, y
- 4) Protección social integral.

Esta política tiene como finalidad reconocer y hacer valer los derechos de las personas adultas mayores, promoviendo la protección social integral y la inclusión social, para llegar a un punto de equidad entre la sociedad.

En el punto número tres busca fomentar estilos de vida saludables (como hacer ejercicio y que esto perdure en todo el ciclo de vida), así como los espacios saludables de integración social, en desechar los estereotipos negativos, e impulsar un envejecimiento más saludable y el autocuidado durante el proceso del ciclo de vida para llegar a esta etapa en las mejores condiciones de salud, física y mental que se pueda, y así lograr una integración de manera más eficiente, y contrarrestar problemas de salud referentes a ECNT y la disminución de la funcionalidad.



Además, dentro de esta política están los derechos humanos que deberían poseer los adultos mayores:

- 1) Derecho a la salud;
- 2) Seguridad social;
- 3) Servicios sociales;
- 4) Trabajo;
- 5) Dignidad y no discriminación;
- 6) Alimentación;
- 7) Vivienda;
- 8) Libre circulación;
- 9) Movilidad y transporte;
- 10) Educación;
- 11) Participación y;
- 12) Acceso a instituciones administrativas y judiciales.

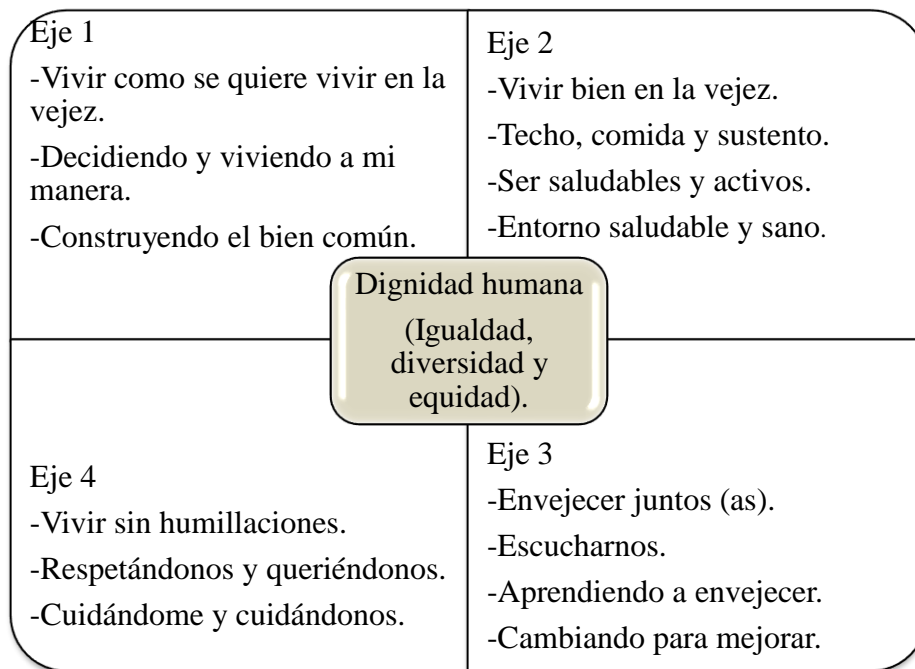
Adicional a estos derechos se encuentra de manera específica el artículo 22 de la ley general de salud, el cual se refiere al derecho de salud física y mental incluyendo desde su prevención, promoción, rehabilitación y asistencia en caso de enfermedades terminales.

El Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD), realizó un programa de recreación, el cual busca promover, fortalecer, mantener habilidades físicas y sociales que ayuden a facilitar la movilidad, integración, y participación de los adultos mayores, esto con el objetivo de sensibilizar a la población acerca de un estilo de vida saludable.

A raíz de esto se propone la Política Publica Social para el Envejecimiento y Vejez en el Distrito Capital 2010-2025, donde se busca dar autonomía, participación y garantizar un proyecto de vida, dignidad, brindar bienes y servicios, así como la integración a los adultos mayores.

Figura 1

Los cuatro ejes



(Rodriguez Daza Karen Dayana-Grupo de Investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano & Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., 86442423.pdf Vejez y envejecimiento, 2010-20205).



Colombia, estableció una “Red de protección social contra la pobreza extrema”, donde se dona un ingreso propio para las personas adultas mayores de 60 años, además de servicios educativos y generación de espacios para la resolución de conflictos de este sector de la población.

Además, propuso el Plan Decenal de salud pública (PNSP), el cual aborda cinco estrategias:

- 1.- Reconocimiento de los efectos del envejecimiento demográfico en el desarrollo económico y social;
- 2.- Promoción del envejecimiento activo y fomento de una cultura positiva de la vejez;
- 3.- Adaptación y respuesta integral de la institucionalidad en la protección y atención de la población mayor;
- 4.- Fortalecimiento de la institucionalidad para responder al goce efectivo de derechos y;
- 5.- Desarrollo de un sistema de calidad en las instituciones de protección y promoción social.

3.3.6 Brasil, Uruguay, Costa Rica.

En Brasil, se aprobó el Pacto por la Vida y de la Política Nacional de Salud para la Persona Mayor en 2009; esto bajo las bases del Plan de Madrid, donde se reconoce y exige el derecho a la salud de las personas adultas mayores, incluyendo elementos como el envejecimiento activo, atención integral e independencia de las personas adultas mayores.

Asimismo, provee la formación de profesionales en materia de salud, mecanismos de participación ciudadana, promoción de investigación y divulgación, así como el intercambio de



experiencias a nivel nacional e internacional, esto para generar, mejorar o aplicar otras estrategias que otros países han aplicado y obtenido buenos resultados.

Uruguay entre el 2010-2015, desarrollo el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, con esto se busca hacer de esta actividad una profesión y promover un trabajo mixto donde se complemente la ayuda del gobierno y las familias.

Costa Rica en 2010, propuso la Red de Atención Progresiva, que tiene como finalidad dar una respuesta integral a las necesidades de las personas adultas mayores, para llegar a cumplir este objetivo, la red se apoya de instituciones gubernamentales, con iniciativa privada u organizaciones de la sociedad civil.

3.4 Programas federales:

3.4.1 INAPAM

Instituto Nacional de las Personas adultas Mayores (INAPAM): es una institución del gobierno federal, donde su trabajo consiste en procurar el desarrollo humano integral, de las personas adultas mayores, entre sus acciones están:

- Promover derechos de las personas adultas mayores, para tratar de garantizar su calidad de vida en materia de salud, alimentación, empleo, vivienda, bienestar emocional y seguridad social.
- Afiliación y entrega de credenciales, para aplicación de descuentos en servicios de salud, alimentación, transporte, vestido, hogar, recreación y cultura.
- Convenios de colaboración con empresas e instituciones públicas y privadas.
- Modelos de atención gerontológica.



- Capacitación de personal y su supervisión.
- Fomento de investigaciones y publicaciones gerontológicas.

Programa Pensión para Adultos Mayores, el cual tiene cobertura nacional en México, en junio del 2014 tenía una población beneficiada de 5.10 millones. Este programa busca contribuir a la protección social de los y las adultos (a) mayores, con la finalidad de que las personas que no perciben un ingreso o no sea superior a \$1092.00, incrementen su ingreso y aminoren el deterioro de su salud física y mental.

3.4.2 CEDAW.

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés).

Esta convención fue aceptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979 y entro en vigor en 1981. Considerada una “ley internacional de derechos de la mujer” y define la discriminación de la mujer como “toda distinción, exclusión a restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en cualquier esfera de su vida”.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, sugiere la Recomendación General No. 27 (16 de diciembre 2010). En esta recomendación se señalan las múltiples maneras de discriminación a las que se enfrentan las mujeres a medida que envejecen.

Hace mención de las responsabilidades y/o obligaciones que los Estado Parte deben asumir, con respecto a la dignidad, y derechos de las mujeres de edad, además se formulan recomendaciones de política para dar respuesta a la población, en base a estrategias nacionales, iniciativas de desarrollo y medidas positivas, de tal manera que puedan participar en la sociedad, sin discriminación y en igualdad con los hombres.

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*



México, constituyo el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación: Este tiene por objetivo prevenir y eliminar la discriminación contra la población en general, pero con énfasis en los grupos más vulnerables.

3.4.3 Como prevenir la discriminación y violencia (CIES-USS & Lagos B. , 2010):

Actualmente existen algunas estrategias, así como modificaciones a la Ley N° 20.427 (2010) de Chile, para la prevención hacia el maltrato de los adultos mayores:

3.4.4 Para la persona adulta mayor:

- 1.- Actividad física, tiempo libre, ocio que favorezca a la autonomía.
- 2.- Apoyo psicológico.
- 3.- Reconocimiento de experiencias de maltrato.
- 4.- Conciencia de los derechos de las personas adultas mayores.
- 5.- Educar en derechos y obligaciones del adulto mayor, familiares o cuidadores.

3.4.5 Para la familia:

- 1.- Disponibilidad de ayuda para el cuidador principal.
- 2.- Formación en el cuidado de las personas adultas mayores.
- 3.- Independencia económica del cuidador.



- 4.- Empatía y relaciones sociales positivas.
- 5.- Autocuidado del cuidador para su beneficio biopsicosocial.
- 6.- Establecer horarios y turnos para el cuidado del adulto mayor.
- 7.- Evitar el aislamiento y favorecer el contacto con diferentes personas, así como fomentar la participación social.
- 8.- Facilitar la confianza y establecer una instancia donde el adulto mayor pueda relatar sus vivencias y sensaciones de cuidado.
- 9.- Proporcionar al adulto mayor números telefónicos de personas de confianza o de emergencias, en caso de una urgencia.
- 10.- Monitorear el comportamiento.
- 11.- Corregir y/o denunciar acciones u omisiones que perciba que se perciba frente al cuidado del adulto mayor.
- 12.- Buscar orientación con el personal de salud médico, trabajo social, psicólogo y/o abogado, si se requiere.

3.4.6 Instituciones:

- 1.- Condiciones laborales adecuadas del personal.
- 2.- Actividades de promoción de la salud.
- 3.- Capacitación permanente al personal.



- 4.- Infraestructura adecuada.
- 5.- Criterios de buenas prácticas.
- 6.- Estándares de calidad.
- 7.- Trabajo en equipo.

3.4.7 Sociedad:

- 1.- Entornos amigables para los adultos mayores.
- 2.- Promoción de sus derechos.
- 3.- Servicios de voluntario.
- 4.- Viviendas e infraestructuras adecuadas.
- 5.- Garantizar el cumplimiento de las leyes y normas.
- 6.- Difusión de imágenes positivas de la vejez y el envejecimiento.

3.4.8 Modificaciones a ley:

Ley N°20.427; modificada en tres cuerpos legislativos (CIES-USS & Lagos B. , 2010):

- 1.- Ley 20.066 Violencia Intrafamiliar, incluyendo a los adultos mayores como grupo vulnerable.



2.- Ley 19.968, que crea los Tribunales de Familia, dotando de facultades especiales a los tribunales respecto del adulto mayor objeto de abuso patrimonial (cuando se lo expulse o moleste en el bien raíz que usa para residir) y además se incorpora el concepto de abandono.

3.- Código Penal, establece que cuando el adulto mayor sea víctima de abuso patrimonial, serán considerados como sujetos de los delitos de hurto, defraudaciones y daños. Además, está facultado para perseguir a los responsables a pesar de que sea pariente cercano del adulto mayor.

Está dotado de facultades para derivarlo a un hogar o establecimiento reconocido por la autoridad competente.



CAPÍTULO IV

Estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.



Capítulo IV. Estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

*Las mentes viejas son como los caballos viejos;
debes ejercitarlos si deseas mantenerlos en
buen estado de funcionamiento”.*
– Ohn Adams.

Capitulo IV. Estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

INTRODUCCIÓN:

Las funciones ejecutivas como se mencionó anteriormente, son un conjunto de habilidades cognitivas, que las personas tienen y mediante estas los sujetos son capaces de llevar a cabo ciertas acciones y/o comportamientos enfocados a dar soluciones a los problemas y/o dificultades que pueden presentarse en la vida, involucrando la planificación, la flexibilidad cognitiva o mental, la autorregulación y el pensamiento abstracto, para poder dar una resolución a alguna situación en específico.

Además, recordemos que las funciones ejecutivas pueden ser de distintos tipos:

- Cognitiva, como el diseñar un taller o curso.
- Socio-emocional, como ser lo suficientemente persuasivo para convencer a un cliente que nos compre determinada prenda de ropa.

También se debe de considerar que estas son una parte importante a la hora de recibir y responder a la información que se obtiene a través del medio y de los propios sentidos del sujeto, pues no todos percibimos de la misma manera.



Se destaca como parte del funcionamiento ejecutivo el poder establecer metas, objetivos, a corto, mediano y largo plazo, así como la elaboración de estrategias y planes para cumplir con los objetivos y/o metas, para posteriormente ejecutar la estrategia y/o plan, obteniendo de esta manera un resultado y haciendo las correcciones necesarias para mejorar el resultado si es necesario, por ejemplo: si un estudiante desea obtener una buena calificación en un examen necesita establecer una secuencia que no necesariamente debe ser escrita y/o dicha, sino que bastara con tenerla en mente, pero que quedaría de la siguiente manera:

- 1.- Meta/Objetivo: Obtener una buena nota en el examen.
- 2.- Estrategia/plan a seguir: Repasar apuntes.
- 3.- Ejecución: El estudiante elige al menos un día de la semana para repasar los apuntes.
- 4.- Resultado: El estudiante obtiene un 8.0 de calificación.
- 5.- Ajustes: Repasar por lo menos 2 días los apuntes para obtener un 9.0 en el próximo examen.

Por lo que la mayoría de las veces las alteraciones de las funciones ejecutivas se encuentran en: la atención, memoria, fluidez verbal y/o semántica, las cuales colaboran en la búsqueda y actualización de información; la flexibilidad cognitiva, que ayuda a modificar la conducta, el pensamiento y razonamiento, que son la base del funcionamiento cognitivo eficaz.

El mantener, e incluso reforzar algunas capacidades del área de funciones ejecutivas es trabajo y responsabilidad de cada persona, esto con la finalidad de mantener una buena salud tanto física como mental, debido a que por ejemplo, si existiese alguna deficiencia en la parte de la atención, no podríamos ejecutar alguna actividad la cual requiera esta habilidad, por lo que se vería mermada nuestra salud física, pues si nos distraemos tal vez el individuo llegue a sufrir alguna caída y mental porque como personas no nos sentiremos capaces de ejecutar o de realizar



algunas actividades, lo que puede dar origen a emociones y sentimientos negativos sobre la persona, el hecho de poseer una buena salud física influye sobre la salud mental pues una es parte de la otra y no se pueden aislar, es por esto se vuelve importante poner atención a nuestra salud integral.

Además, si no se les da un mantenimiento adecuado puede existir un deterioro considerable llevando a la persona a depender de los demás, pues las funciones ejecutivas antes mencionadas se verían afectadas en cuanto a perder de vista el objetivo, dando como resultado un bajo rendimiento, distractibilidad, desorganización, impulsividad, comportamiento errático o cambios inesperados en el comportamiento sin un motivo aparente, por ejemplo, el que la persona deambule por la casa o siga a su cuidador a donde este se dirige, perseveraciones, es decir, que el sujeto mantenga o repita alguna actividad sin concluirla, como el repetir alguna palabra, rigidez y fracaso ante tareas nuevas o que ya se conocían.

Objetivos:

- Estimular y al mismo tiempo mantener las habilidades ejecutivas en óptimas condiciones, no importando la edad.
- Poder recuperar o reforzar alguna habilidad que ya se encuentre en proceso de disminución.
- Promover una sana convivencia.

4.1 APRENDAMOS A ORGANIZAR, PLANIFICAR Y ANTICIPAR CON FACILIDAD.

ACTIVIDAD 1: OBJETOS Y LUGARES.

INSTRUCCIONES:

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*



- 1.- El coordinador introduce el tema de acuerdo a la introducción.
- 2.- El coordinador reparte entre los participantes una hoja con la actividad, así como lápices para escribir; diciéndoles que del lado derecho se escribirá donde habitualmente guardan los objetos que están del lado izquierdo de la hoja. Se les menciona observar el ejemplo.

Tabla 15

Primera parte: Aprendamos a Organizar, Planificar y Anticipar con facilidad.

Objetos:	Sitio de la casa donde lo guardó:
Libros.	En un librero, en la sala.
Pan.	
Leche.	
Zapatos.	
Escoba.	
Productos de aseo.	
Crema para el cuerpo.	
Medicamentos.	
Productos de higiene personal.	
Tarjeta de atención médica.	

Fuente: (Sara Gloria Aguilar Navarro., 2018).

3.- El coordinador espera a que los participantes terminen, para posteriormente escuchar donde guardan dichos objetos y entre los mismos participantes intercambien opiniones y comentarios.

4.- El coordinador en base a esto les dará una segunda hoja y esta vez les pedirá a los participantes, que coloquen los objetos que suelen olvidar con mayor frecuencia del lado izquierdo y del lado derecho donde habitualmente los guardan.



Tabla 16

Segunda parte: Aprendamos a Organizar, Planificar y Anticipar con facilidad.

Objetos:	Sitio de la casa donde lo guardó:
----------	-----------------------------------

Fuente: (Sara Gloria Aguilar Navarro., 2018).

5.- Nuevamente se espera que los participantes terminen la actividad para posteriormente intercambiar sus comentarios, además de hacerles la invitación de contestar algunas preguntas a manera de reflexión:

- 1.- ¿Por qué crees que sueles olvidar donde guardaste algún objeto?
- 2.- ¿Crees que sería adecuado tener un lugar en específico para ese objeto?
- 3.- ¿Qué diferencia hay entre los primeros y segundos objetos?

6.- Al terminar se les invita a que esta actividad no solo quede en papel, sino que lo hagan en sus hogares, al buscar un lugar en específico donde guardar los objetos que con regularidad olvidan, para hacer un hábito y no represente contratiempos para los participantes.

TIEMPO: 30 MIN.

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*



Materiales:

Hojas blancas con la actividad.

Lápices.

ACTIVIDAD 2: CALENDARIO.

INSTRUCCIONES:

1.- El coordinador explica la importancia de planear una estrategia apoyándose de ciertos elementos como el calendario, para poder realizar las actividades pendientes, además de que esto ayudara a ejercitar el procesamiento ejecutivo en cuanto a la atención, retención, y evocación de recuerdos, y por supuesto sobre la planeación, organización, y anticipación.

2.- Se presenta un prototipo de calendario a manera de ejemplo, y se les proporciona un calendario vacío de eventos o pendientes para que los participantes puedan llenarlo de acuerdo a sus necesidades.

**Tabla 17***Ejemplo de calendario.*

Septiembre 2022						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
			1	2	3	4
5 Cita con médico 8:00 a.m.	6	7	8	9	10 Tomar medicamento 9:00 p.m.	10
11	12 Reunión con amigos 6: p.m.	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23 Fiesta de cumpleaños Luis 3:00 p.m.	24
25	26	27	28	29	30	

Fuente: (Sara Gloria Aguilar Navarro., 2018).

3.- Se les indica a los participantes que pueden resaltar con algún color las fechas de sus eventos, para su localización y así ubicarlas más rápidamente, además de que mejora la atención prestada sobre dichos eventos.

4.- El coordinador les menciona que deben colocarlo en alguna pared de su casa, para que puedan observar su calendario e ir marcando con una línea los eventos que ya pasaron.

5.- Al ser una actividad de uso constante, se les deja a los participantes por semana o por mes, como se acuerde entre el coordinador y los participantes, para que al término de este tiempo se realice la retroalimentación y se hagan ajustes si son necesarios.

TIEMPO: 30 MIN.

Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.



Materiales:

Calendario prototipo.

Calendarios para los participantes.

ACTIVIDAD 3: BASTA.

INSTRUCCIONES:

1.- El coordinador menciona porque es importante estimular la fluidez verbal y semántica, en base a la introducción anterior.

2.- El coordinador pregunta si los participantes saben jugar BASTA, y explica la dinámica:

A) Algún participante dirá el abecedario hasta que alguien más diga basta.

B) La persona que dijo el abecedario dirá a manera de confirmación en que letra se quedó, cuando el otro participante mencionó BASTA.

C) Posteriormente se darán 10-15 minutos para que cada participante rellene los recuadros con los nombres o palabras que se piden, y siempre comenzando con la letra en que se paró el BASTA.

D) Al terminar el juego, se sumarán los resultados de la siguiente manera:

- 1 participante con una palabra correcta pero diferente a la de los demás = 100 puntos.



- 2 participantes con la palabra correcta pero que sea igual en la misma categoría = 50 puntos.
- 3 o más participantes con la palabra correcta pero que sea igual en la misma categoría = 25 puntos.
- No poner palabra o que no exista o que no pertenezca a la categoría = 0 puntos.

3.- El coordinador muestra la hoja a utilizar con un ejemplo, para que quede más claro. También coloca en alguna parte el abecedario para que puedan verlo, el cual se anexa a la hoja a utilizar o se pega en alguna parte de la estancia.

Tabla 18

Fluidez verbal y semántica: Basta.

¡BASTA!



Nombre:

Letra:	Nombre:	Animal:	Fruta o verdura:	Ciudad o país:	Cosa:	Comida:	Total:
A	Alondra	Alce	Arándano	Argentina	Árbol	Arrachera	
A							
B							
C							
D							
E							



F
G
H
I
J
K
L
M
N
O
P
Q
R
S
T
U
V
W
X
Y
Z

Fuente: (Sara Gloria Aguilar Navarro., 2018).

Elaboración propia.

4.- Antes de empezar, el coordinador señala que también pueden hacer este ejercicio sin necesidad de pronunciar el abecedario, pero las reglas del juego cambian, en sentido de que ahora tendrán de 20-25 minutos para rellenar la tabla con una palabra desde la A hasta la Z en todas las categorías y la forma de puntuación sería la misma.

5.- Se elige como se realizará la actividad, para pasar a desarrollarla.

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*



6.- Al finalizar se hace una retroalimentación, incluyendo comentarios de los participantes acerca de cómo se sintieron, y si les resultó difícil.

TIEMPO: 10-15 MIN/20-25 MIN.

Materiales:

Hojas con el Basta.

Lápices.

ACTIVIDAD 4: ¡A COMPLETAR!

INSTRUCCIONES:

- 1.- El coordinador introduce el tema en base a la fluidez verbal y semántica.
- 2.- El coordinador presenta una hoja con frases incompletas que los participantes deben completar.

Tabla 19

Fluidez verbal y semántica: ¡A completar!

¡A COMPLETAR!

A quién madruga.....

El perro ladro toda la.....

Al mal tiempo.....

Juan va todos los días a la.....

A buen entendedor.....

Corrió para alcanzar el.....

A los gatos les gusta tomar.....



A lo hecho.....

Las abejas producen.....

De tal palo.....

Fuente: (Sara Gloria Aguilar Navarro., 2018); (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015)

3.- Al terminar el coordinador anima a los participantes a relatar alguna anécdota referente a las frases incompletas, propiciando así la fluidez verbal y semántica, además de que entre los integrantes se dé una convivencia más estrecha conociéndose unos a otros.

TIEMPO: 30 MIN.

Materiales:

Hojas con frases incompletas.

Lápices.

ACTIVIDAD 5: ¿CÓMO ARREGLAR LAS COSAS?

INSTRUCCIONES:

1.- El coordinador hace referencia a los problemas habituales que una persona puede tener, así como cuál sería la manera de solucionar ese problema poniendo en práctica nuestro razonamiento y con ello la capacidad de tomar una decisión al respecto, con un ejemplo:

Tabla 20

Ejemplo: ¿Cómo arreglar las cosas?

Situación: Pedro olvida frecuentemente sus llaves.

Problemas: El no encontrar las llaves, lo hace buscar por todos lados las llaves y le quita tiempo.



Identificación del problema: Pedro se dio cuenta que la razón de olvidar donde están sus llaves, es que las coloca en distintos lugares.

Alternativas:

- 1.- Poner las llaves en la bolsa de su pantalón.
- 2.- No llevar llaves y esperar a que alguien le abra la puerta cuando llegue a casa.
- 3.- Poner las llaves en un portallaves cerca de la puerta de su casa.

Reflexión de las alternativas:

- 1.- Si pone las llaves en su pantalón podrían caerse y el no darse cuenta de esto.
- 2.- No llevar llaves hace que dependa de alguien que me abra la puerta, y si no hay nadie me quedare afuera.
- 3.- Colocar las llaves en el portallaves, podría ser, porque así sabré donde están las llaves al salir y al entrar a casa.

Solución: Pedro eligió la opción tres.

Fuente: (Sara Gloria Aguilar Navarro., 2018).

2.- Una vez explicado el ejercicio, pregunta si hay alguna duda antes de comenzar la actividad.

3.- El coordinador reparte las hojas con dos problemas posibles y les pide a los participantes tratar de resolverlo juntos, solicitando sus opiniones y comentarios.

Tabla 21

Parte 1: ¿Cómo arreglar las cosas?

Situación: Perder los lentes o anteojos.

Problemas:

Identificación del problema:

Alternativas:

- 1.-
 - 2.-
 - 3.-
-



Reflexión de las alternativas:

- 1.-
- 2.-
- 3.-

Solución:

Fuente: (Sara Gloria Aguilar Navarro., 2018).

Tabla 22

Parte 2: ¿Cómo arreglar las cosas?

Situación: Olvidar artículos del supermercado.

Problemas:

Identificación del problema:

Alternativas:

- 1.-
- 2.-
- 3.-

Reflexión de las alternativas:

- 1.-
- 2.-
- 3.-

Solución:

Fuente: (Sara Gloria Aguilar Navarro., 2018).

4.- El coordinador pide a los participantes esta vez anexar un problema en particular de cada quien y hacer este ejercicio de manera individual, para posteriormente compartir con los otros sus puntos de vista.

Tabla 23

Parte 3: ¿Cómo arreglar las cosas?

Situación:

Problemas:

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*



Identificación del problema:

Alternativas:

- 1.-
- 2.-
- 3.-

Reflexión de las alternativas:

- 1.-
- 2.-
- 3.-

Solución:

Fuente: (Sara Gloria Aguilar Navarro., 2018).

TIEMPO: 30 MIN.

Materiales:

Hojas con los ejercicios.

Lápices.

ACTIVIDAD 6: LABERINTO.

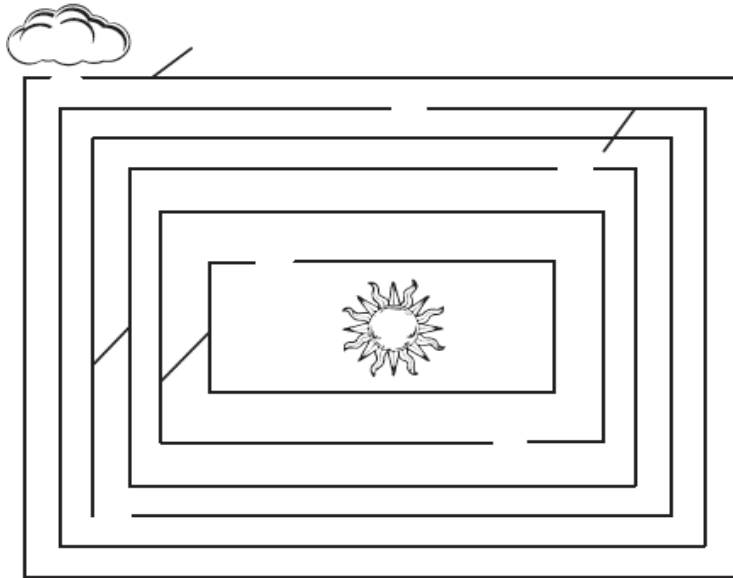
INSTRUCCIONES:

- 1.- El coordinador explica la importancia de encontrar siempre una alternativa.
- 2.- El coordinador presenta unas hojas con un laberinto, en cual los participantes deben encontrar una salida en un tiempo de 10 minutos.

Figura 2

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

Laberinto.



Fuente: (Sara Gloria Aguilar Navarro., 2018).

3.- Al finalizar el coordinador indica que lo pueden colorear si así lo desean. Además, intercambian sus comentarios acerca de la actividad.

TIEMPO: 20 MIN.

Materiales:

Hojas con laberinto.

Lápices y colores.

ACTIVIDAD 7: ¿QUÉ ERA QUÉ?

INSTRUCCIONES:

1.- El coordinador introduce el tema, refiriéndose a la memoria.

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*



2.- El coordinador presenta la actividad explicando que habrá que relacionar algunos alimentos con su sabor.

Parte 1

Relación de alimentos:

Pastel	Picante
Café	Acido
Limón	Salado
Anchoa	Dulce
Salsa	Amargo

3.- Después el coordinador presenta la segunda parte de la actividad; diciendo que esta vez habrá que recordar los alimentos anteriores, pero sin mirar y de acuerdo a su sabor.

Parte 2

Relación de alimentos:

El es	dulce.
El es	amargo
La es	salada.
La es	picante.
El es	acido.

4.- Al finalizar se hace la retroalimentación, haciendo notar que entre más prácticas realicen con distintos ejercicios, su memoria no se verá mermada, sino que la fortalecerán.

TIEMPO: 20 MIN.

Materiales:

Hojas con actividades.

Lápices.

ACTIVIDAD 8: FÍJATE BIEN.

INSTRUCCIONES:

- 1.- El coordinador introduce el tema en base a la memoria.
- 2.- El coordinador les dice a los participantes que les mostrara una imagen de un paisaje con personas de 5 a 10 segundos, después de este tiempo retira la imagen.

Figura 3

Parte 1: Fotografía.



Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*



3.- El coordinador cuando ya retiro la imagen de la vista de los participantes, reparte entre ellos unas hojas con ciertas preguntas, mencionando que deben de responderlas de acuerdo a lo que recuerden de la imagen.

Parte 2

1.- ¿Qué se ve en la foto?

2.- ¿Cuántas personas hay?

3.- ¿Cómo está el día?

4.- ¿Cuántas chicas hay?

5.- ¿Cuántos chicos hay?

6.- ¿Cuántos llevan gafas de sol?

7.- ¿Cómo es el paisaje?

8.- ¿Es de día o de noche?

4.- Se espera a que la mayoría termine, para posteriormente volver a mostrar la imagen y así dar respuesta a las preguntas entre todos los integrantes.

TIEMPO: 30 MIN.

Materiales:

Foto.



Lápices.

Hojas con preguntas.

ACTIVIDAD 9: ENCUENTRA LA PALABRA.

INSTRUCCIONES:

- 1.- El coordinador introduce el tema con énfasis en la atención, memoria y la concentración.
- 2.- El coordinador da a cada participante una sopa de letras.
- 3.- Los participantes deben de encontrar el mayor número de palabras en veinte minutos.

Figura 4

Sopa de letras.

<p>Tenedor - Cuchara - Cazo - Olla - Sartén - Espumadera Cafetera - Vaso - Jarra - Tazón</p>														
F	A	G	J	U	O	P	N	M	H	I	C	U	C	T
E	V	N	T	R	O	W	E	C	U	C	H	A	R	A
C	A	F	E	T	E	R	A	Y	P	A	A	X	O	Z
W	I	B	N	N	X	Z	X	M	N	S	U	P	D	O
A	F	C	E	V	V	A	S	O	B	E	O	I	L	N
L	A	V	D	E	Y	T	E	L	C	C	N	I	O	J
G	R	I	O	W	I	R	V	L	I	H	E	K	I	K
D	R	U	R	S	P	W	T	A	U	A	T	T	C	A
B	A	R	O	D	S	V	L	S	R	R	R	Y	A	R
Y	J	R	P	F	R	C	I	E	T	I	A	E	Z	R
U	O	A	E	I	T	P	U	B	U	T	S	Q	O	E
T	I	W	E	S	P	U	M	A	D	E	R	A	M	Y

Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

4.- Para finalizar se les pregunta a que grupo pertenecen este grupo de palabras y si se les ocurre alguna otra que se pudiese anexar. Así mismo se hace una reflexión sobre la actividad con todos los integrantes.

TIEMPO: 30 MIN.

Materiales:

Sopa de letras.

Lápices de colores.

ACTIVIDAD 10: ¿QUÉ FIGURA ES?

INSTRUCCIONES:

- 1.- El coordinador da una explicación referente al tema de atención y concentración.
- 2.- El coordinador reparte entre los integrantes una hoja con ciertas figuras, para llevar a cabo la actividad.

Figura 5

Postres.



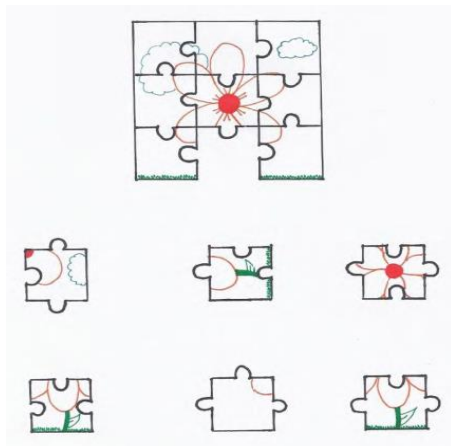
Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

- 1.- ¿Qué figura es?
- 2.- ¿Cuántos hay en total?
- 3.- ¿Cuántas cree que hay de un tamaño muy similar?
- 4.- Pinte de rojo el más pequeño y de verde el más grande.

Figura 6

Pluzze.



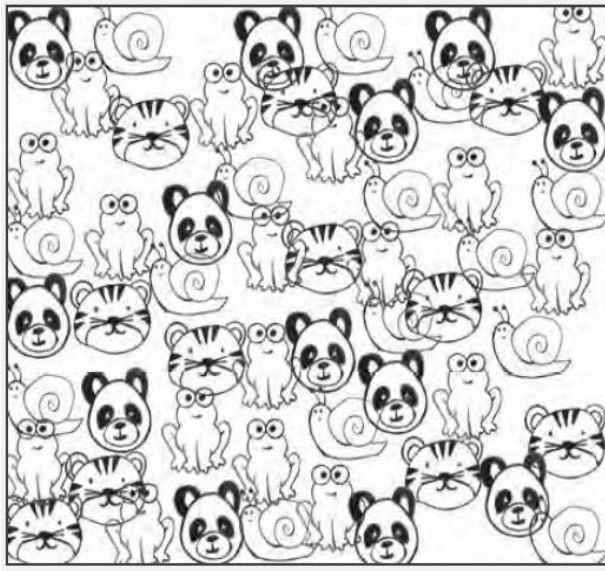
Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).

- 1.- ¿Qué figura es?
- 2.- Tacha la figura que falta.

Figura 7

Revuelos.

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*



Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).

- 1.- ¿Qué animales son?
- 2.- Pinta de café los caracoles.
- 3.- Pinta de verde las ranas.
- 4.- ¿Cuántos caracoles son?
- 5.- ¿Cuántas ranas son?

Figura 8

Enlazados.

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*



Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).

1.- ¿Qué animales son?

2.- ¿Cuántos animales son?

3.- Al terminar la actividad se hace una retroalimentación, a la par que se escucha a los integrantes para intercambiar sus propias experiencias.

TIEMPO: 30 MIN.

Materiales:

Hojas con la actividad.

Lápices y colores.

ACTIVIDAD 11: RESOLVIENDO PROBLEMAS

INSTRUCCIONES:

1.- El coordinador introduce el tema.



2.- El coordinador anota una serie de ejercicios y anima a los participantes para que pasen a resolver algún problema; si no hay donde anotar los ejercicios para que todos los participantes puedan observarlos, se opta por llevar los ejercicios impresos en hojas blancas y entre todos ayudarse a resolverlos.

1.- Resuelve los siguientes problemas:

$$15 + 23 =$$

$$33 - 16 =$$

$$12 \times 5 =$$

$$58 + 25 =$$

$$2 - 22 =$$

2.- Si en una caja de chocolates de colores van: 30 chocolates verdes, 35 rojos y 40 azules. Cuántos chocolates quedan de cada uno si:

- Jorge come 5 verdes, 5 rojos y 3 azules =

- María come 7 verdes, 5 rojos y 10 azules =

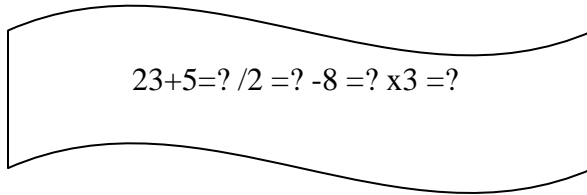
- Belén come 6 verdes, 10 rojos y 10 azules =

3.- Sigue la secuencia:

Figura 9



Secuencia.



Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).

Elaboración propia.

3.- El coordinador indica que pueden realizar los cálculos necesarios para obtener el resultado, sin usar algún tipo de calculadora, ya que esto es para estimular su capacidad matemática.

4.- La reflexión se hace en conjunto con los participantes, escuchando si les fue difícil o fácil y porque creen eso.

TIEMPO: 30 MIN.

Materiales:

Hojas con la actividad y/o plumón.

Lápices.

4.2 MOTRICIDAD FINA Y GRUESA.

TEMA 2.

INTRODUCCIÓN.

La motricidad tanto fina como gruesa que debe de tener el ser humano, es esencial a la hora de desenvolverse en diversos ámbitos de la vida, como en el familiar, laboral y social, pues

Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.



hacemos uso de la motricidad casi para todo, por ejemplo: al caminar, al hablar, al comer, al escribir, entre otras actividades de la vida diaria que los adultos necesitan hacer, es por esto la importancia de poder contar con estas habilidades ya que forman parte de nuestra salud integral.

La motricidad se puede dividir de dos maneras:

- Motricidad fina: son los movimientos que van a necesitar cierta precisión, por ejemplo: a la hora de realizar un recorte, y donde se ven involucradas algunas partes del cuerpo como lo son las muñecas, los labios, los dedos, y la lengua
- Motricidad gruesa: son los movimientos que van a necesitar de los brazos, piernas, pies, o el cuerpo entero, por ejemplo: para correr, y/o saltar.

En los adultos mayores si no existe la estimulación adecuada puede empezar a declinar esta habilidad con el paso del tiempo, complicando su existencia misma y llevando al adulto mayor a depender de los demás para casi cualquier actividad que desee realizar, como el bañarse, salir a caminar o incluso comer, ya que la motricidad se compone de los músculos del cuerpo tanto pequeños como grandes es necesario se estimulen para su correcto funcionamiento y así además coadyuvar a la coordinación motora del individuo.

Objetivos:

- 1.- Estimular la motricidad fina y gruesa.
- 2.- Estimular la coordinación motora.
- 3.- Mejorar la percepción corporal, el control de los movimientos, el equilibrio, así como la ubicación en tiempo y espacio.

ACTIVIDAD 12: RECORTA, TRAZA Y COLOREA.



INSTRUCCIONES:

1.- El coordinador introduce el tema, además de considerar y mencionar que esta actividad es un poco extensa por lo que se puede dividir en dos partes, donde no necesariamente se debe de realizar el mismo día, sino que se puede hacer en dos días.

2.- El coordinador reparte entre los integrantes la actividad previamente impresa en hojas, dando la indicación que deben de seguir las instrucciones de cada apartado, así mismo si hay alguna duda pueden consultarle.

Colorea cada espacio de acuerdo al color que se indica por número:

1.- Rojo.

2.- Azul.

3.- Verde.

4.- Naranja.

5.-Amarillo.

6.- Morado.

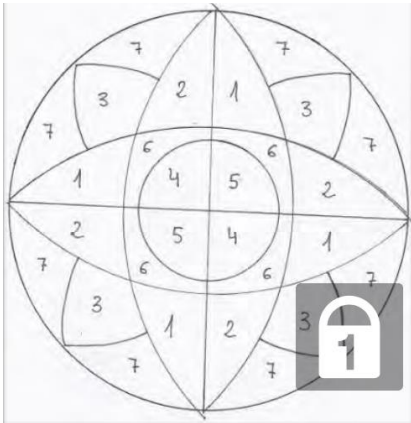
7.- Rosa.

Figura 10.

Mandala.

Parte 1 Recorta, traza, colorea y muévete.

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

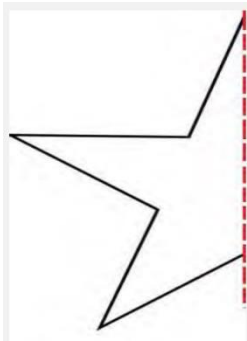


Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).

Figura 11.

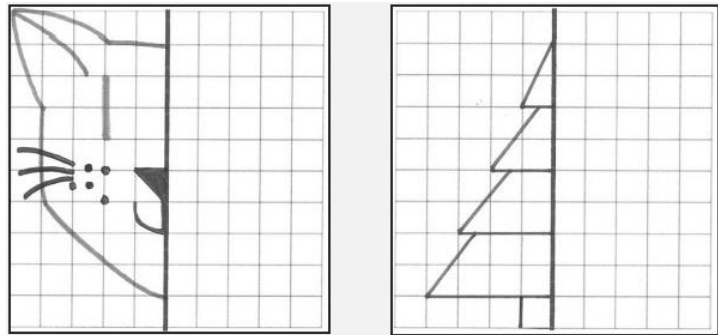
Figura 12

Completa las figuras.



Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).

Figura 13.

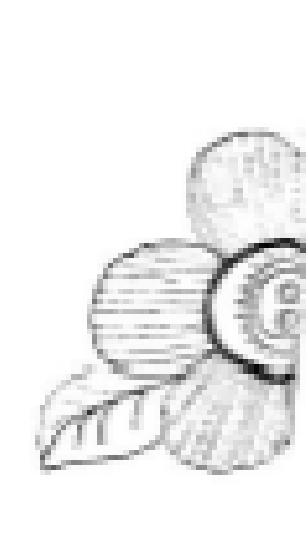


Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).

Figura 14.



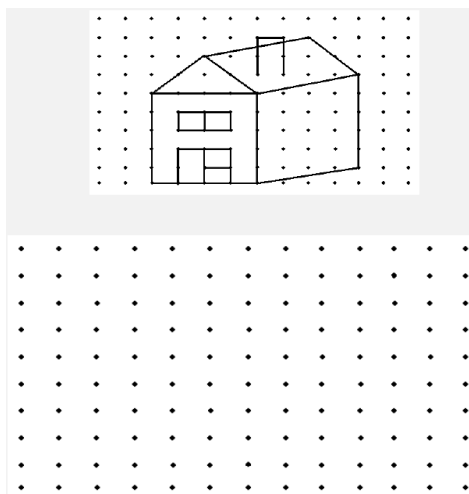
Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).



Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).

Figura 15

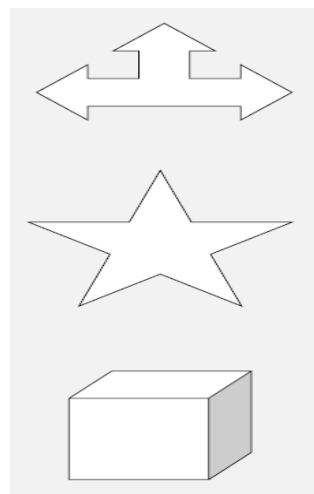
Replica las figuras.



Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).

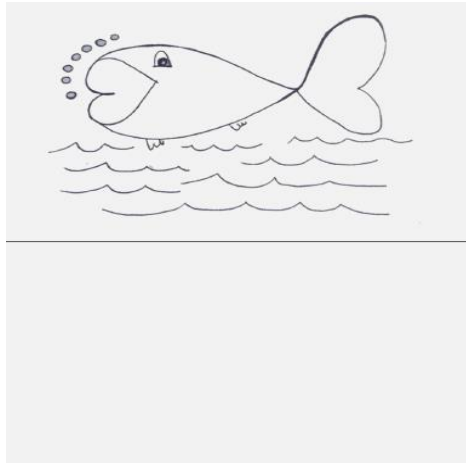
Figura 17

Figura 16

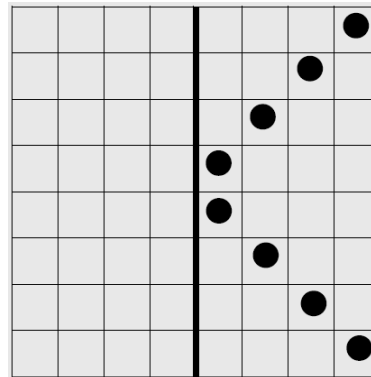


Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).

Figura 18



Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).



Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).

Figura 19

Paso a paso:



Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).

- 1.- Dibuje humo saliendo de la chimenea.
- 2.- Haga un camino que salga de la puerta.
- 3.- Dibuje un árbol al lado derecho de la casa.

4.- Dibuje una flor al lado izquierdo de la casa.

5.- Pinte las ventanas.

¿Qué otra cosa agregarías?

Figura 20

Corta y pega.



Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).

Figura 21.

Siluetas.



Fuente: (Laura Ansón Artero & Gómez Ruiz, 2015).

Anota que hay detrás de las siluetas y coloréalas de acuerdo a lo que crees que son.

3.- El coordinador invita a los participantes a colorear las figuras; para después participar con su experiencia, dando en base a esto una retroalimentación; para continuar con la siguiente parte.

4.- El coordinador debe de colocar en especie de láminas la siguiente información para que los integrantes puedan visualizarla.

5.- El coordinador debe de dar las instrucciones verbalizadas y servir como modelo a manera de que todos los participantes lo escuchen y lo vean antes de que los participantes realicen la actividad.

También debe de estar pendiente a la hora de que los participantes realicen esta actividad para ver que lo hagan de manera adecuada sin lastimarse.

Tabla 24.

Parte 2 Recorta, traza, colorea y muévete.

Ejercicios para extremidades superiores:

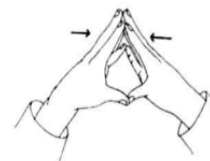
1.- Simular lavarse las manos por 20 segundos



2.- Aplaudir por 20 segundos de forma lenta y poco a poco incrementar la velocidad.



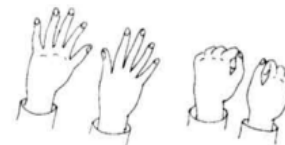
3.- Confrontar los dedos de ambas manos unos, contra otros empujándose entre sí y al mismo tiempo estirando los dedos por 15 segundos.



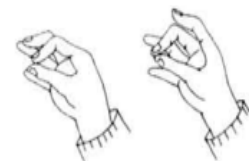
4.- Mueva los dedos como si tocará el piano y tararee una canción por 15 segundos.



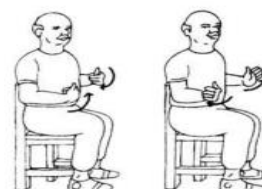
5.- Abrir y cerrar las manos estirando los dedos al abrir y cerrando el puño con fuerza 10 veces.



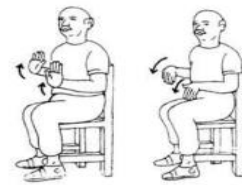
6.- Tocar con el pulgar cada yema de los dedos por 10 veces.



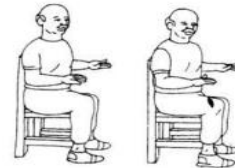
7.- Codos junto al cuerpo con el ángulo recto y los brazos hacia el frente. Doblar las manos y las muñecas hacia adentro y hacia fuera sin mover los brazos, 10 veces.



8.- Misma posición anterior pero esta vez, se mover las manos y muñecas hacia arriba y hacia abajo 10 veces.



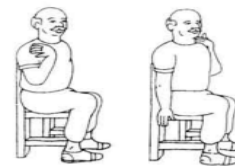
9.- Misma posición anterior pero esta vez, se poner las palmas de las manos hacia arriba y hacia abajo 10 veces.



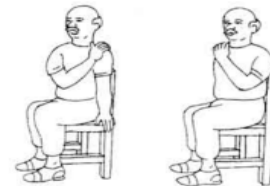
10.- Misma posición anterior pero esta vez, girar las manos en un sentido y después en otro, 10 veces.



11.- Con el codo junto al cuerpo, doblar y extender el antebrazo tocando el hombro y alternar 10 veces.



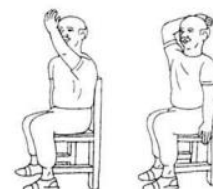
12.- Con la mano derecha tocar el hombro izquierdo lo más atrás posible y alternar 10 veces.



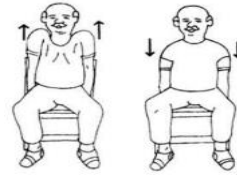
13.- Estirar los brazos y entrelazar los dedos, levantando y bajando los brazos sin flexionar el codo, 10 veces.



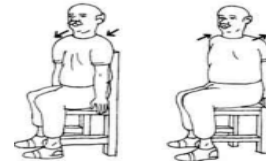
14.- Simule peinarse, pasando la mano por delante de la cara, por el costado de la oreja y detrás de la nuca, 10 veces.



15.- Relaje los brazos junto al cuerpo y suba y baje los hombros 10 veces.

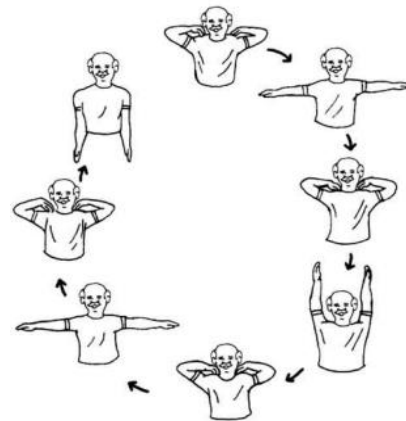


16.- Misma posición anterior pero esta vez llevar los hombros hacia adelante y atrás, 10 veces.



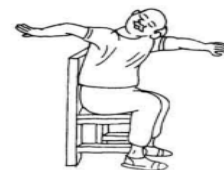
17.- Misma posición anterior pero esta vez llevar:

- 1.- Las manos a los hombros;
- 2.- Estirar los brazos;
- 3.- Manos a los hombros;
- 4.- Brazos hacia arriba;
- 5.- Manos hacia al hombro;
- 6.- Estirar los brazos;
- 7.- Manos al hombro y
- 8.- Bajar los brazos.

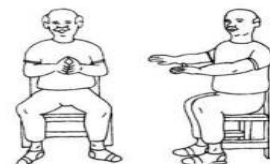


Esto se hará durante 10 veces.

18.- Simular nadar alternando los brazos y cambiando la posición de la cabeza un minuto.



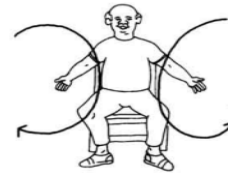
19.- Simular nadar estilo pecho un minuto.



20.- Misma posición anterior, separar los brazos por los costados e ir subiéndolos hasta que las manos se toquen por encima de la cabeza y de la misma manera bajar los brazos a los costados, 10 veces.

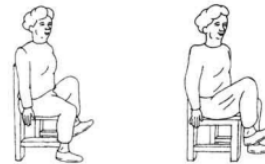


21.- Haga círculos con la extremidad superior, atrás, arriba, adelante, y abajo 5 veces; cambie la secuencia a adelante, arriba, atrás y abajo 5 veces.



Ejercicios para extremidades inferiores:

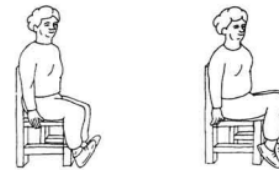
1.- Golpe el suelo de manera suave con los pies alternando y acelere el ritmo poco a poco por 30 segundos.



2.- Apretar y relajar los dedos de los pies dentro de los zapatos 10 veces.



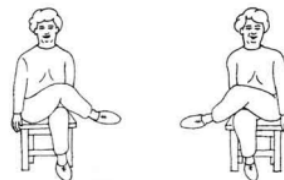
3.- Con los pies apoyados en el suelo, levante las puntas y baje, luego levante los talones y baje, por 30 segundos.



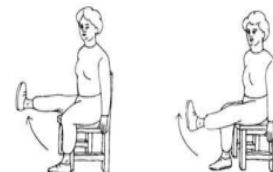
4.- Cruzado de piernas, con una rodilla sobre la otra girar el tobillo en un sentido 10 veces y después en el sentido contrario. Después cambiar de rodilla para girar el otro pie.



5.- Cruce una rodilla sobre la otra y luego cambie lo más rápido que pueda por 20 veces.



6.- Estire una pierna y bájela, después estire la otra pierna y bájela, acelerando el ritmo poco a poco por 30 segundos y alternando las piernas.



7.- Sujétese del asiento con ambas manos a los costados y estire ambas piernas bajándolas lo más rápido que pueda a manera de golpear el piso de forma suave con los pies, 10 veces.



8.- Misma posición que el ejercicio anterior pero esta vez al bajar las piernas será de forma lenta y sin golpear el suelo, 10 veces.



9.- Con el talón del pie derecho toque su rodilla izquierda y alterne 10 veces.



10.- Con sus manos sujete sus rodillas manteniéndolas unidas y al mismo tiempo separe y junte los pies 10 veces.



11.- Sujétese de la silla con ambas manos y lleve una rodilla al pecho lo más que pueda, luego bájela y haga lo mismo con la otra rodilla, alternando 10 veces.



12.- Sujétese de la silla con ambas manos y esta vez lleve ambas rodillas al pecho lo más que pueda y después bájelas durante 10 veces.

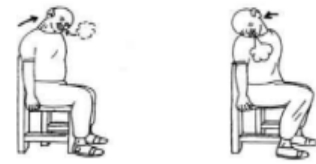


Ejercicios para la columna vertebral:

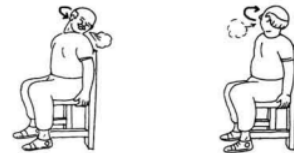
1.- Siéntese correctamente, inhale por la nariz a la vez que lleva su cabeza hacia atrás y exhale a la vez que lleva su cabeza hacia abajo 10 veces.



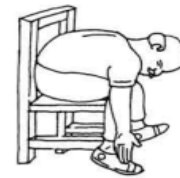
2.- Siéntese correctamente, inhale por la nariz a la vez que inclina la cabeza hacia un lado y exhale a la vez que inclina la cabeza hacia el lado contrario, 10 veces.



3.- Siéntese correctamente, inhale por la nariz a la vez que gira la cabeza hacia un lado mirando hacia atrás y exhale a la vez que gira la cabeza hacia el lado contrario mirando hacia atrás, 10 veces.



4.- Inclínese hacia adelante y toque con su mano derecha su pie derecho y vuelva a su posición inicial; haga lo mismo con la mano y pie contrario alternando durante 10 veces.

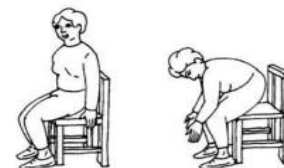


5.- Levante una rodilla y trate de tocarla con la frente ayudándose con sus manos y luego baje la rodilla, alterne ambas rodillas 10 veces.



Ejercicios de pie:

1.- Siéntese en una silla, después póngase de pie y vuelva a sentarse, hágalo despacio 20 veces.



2.- Apoye sus manos en el respaldo de la silla y balance una pierna estirada hacia adelante y hacia atrás 10 veces, posteriormente cambie de pierna.



3.- Misma posición anterior pero esta vez balanceará las piernas hacia un costado (abriendo y cerrando), alternando las piernas con 10 repeticiones.



4.- Misma posición anterior pero esta vez flexione la rodilla tocando el respaldo de la silla por la parte de atrás y bájela, esto se hará alternando las rodillas por 10 veces.



5.- Misma posición anterior pero esta vez levante un pie por 10 segundos (puede ser menos tiempo) y bájelo, alterne 10 veces.



6.- Misma posición anterior pero esta vez levante la rodilla lo más arriba posible por 10 segundos (puede ser menos tiempo), manteniendo el equilibrio y bájela, alterne 10 veces.



7.- De pie coloque sus manos en la cadera y rote el tronco hacia un lado y mire hacia atrás, luego haga lo mismo hacia el otro lado, alternando 10 veces.



8.- De pie coloque sus manos en la cadera e incline el tronco hacia un lado, luego haga lo mismo hacia el otro lado, alternando 10 veces.



Fuente: (Alejandra Araya G, 2012).

TIEMPO: 1 HRA.

Materiales:

Hojas con la actividad.



Láminas.

Lápices, colores, tijeras, pegamento.

4.3 RECREACIÓN.

TEMA 3.

INTRODUCCIÓN:

La recreación se ha vuelto necesaria e importante debido a que ayuda al individuo a socializar, a relajarse, entretenerse y divertirse incluso el sujeto puede escoger algún hobby en particular como la natación, la caminata que no solo ayuda al adulto mayor a distraerse y pasar el tiempo sino que le aporta beneficios a su salud física y mental pues este se mantiene activo tanto física como mentalmente, debido a que se da un proceso de identificación con sus pares, recreación, afecto, participación, y dándole un sentido de libertad, haciendo que este no sienta no encaja en algún grupo social.

La recreación se puede clasificar en pasiva y activa, pero ambas pueden darse de manera individual y/o grupal:

- Recreación pasiva: Asistir a un concierto, a una obra de teatro, a un partido de futbol, o ir al cine, incluso practicar algún deporte, correr, y/o bailar.
- Recreación activa: Estimula ampliamente el movimiento físico.

Objetivos:

- 1.- Favorecer las habilidades motoras.



2.- Poder interactuar con el entorno y con las personas de su alrededor.

ACTIVIDAD 13: CAMINA Y ENCESTA.

INSTRUCCIONES:

1.- El lugar donde se va a llevar a cabo la actividad, debe de ser un lugar espacioso y libre de obstáculos, además se les informa a los participantes con anticipación lleven ropa cómoda.

2.- Se coloca una línea recta en el piso con una cinta para marcar el piso o con pintura de manera que esta sea visible para todos. Encima de la línea o al lado de esta se colocarán botellas de plástico u otro objeto y al final de la línea un cesto o bote.

3.- El coordinador introduce el tema.

4.- El coordinador explica la actividad a la vez que lo muestra con un ejemplo.

Todos van a caminar encima de la línea con los brazos extendidos y al escuchar una palmada van a detenerse y a tocar 2 partes de su cuerpo a la vez que nombran esa parte del cuerpo, después seguirán caminando con las manos extendidas y cuando estén cerca de la botella de plástico la tomarán y lanzarán a manera de encestar en el bote o cesto. Esto se hará en el menor tiempo posible y con el mayor número de puntería al encestar.

5.- Para esta actividad el coordinador les menciona que puede ser individual o por grupo.

TIEMPO: 30-40 MIN.

Materiales:

Cinta o pintura.



Cesto o bote.

Botellas de plástico o algún otro objeto.

ACTIVIDAD 14: TIRO AL BLANCO.

INSTRUCCIONES:

1.- El lugar donde se va a llevar a cabo la actividad, debe de ser un lugar espacioso y libre de obstáculos.

2.- El coordinador proporciona a cada integrante cinco dardos, una vez hecho esto les explica que cada integrante tiene cinco oportunidades a la hora de tirar a la diana. Se hará por rondas e individualmente para poder ir descalificando a aquellos que no logren avanzar por puntaje, hasta que solo queden dos participantes y se obtenga un ganador.

3.- El coordinador explica que los aros rojos valen 4 puntos, los negros 3, los blancos 2 y el centro 5, pero si el dardo cae fuera de la diana vale cero puntos. El coordinador ira anotando las puntuaciones.

4.- Al final se dará algo simbólico o algún premio a los tres primeros lugares, por ejemplo: medallas.

TIEMPO: 30-40 MIN.

Materiales:

Diana.



Dardos.

Medallas.

Hojas blancas o una pizarra y gises o plumones o lápiz.

ACTIVIDAD 15: ESTATUAS.

INSTRUCCIONES:

- 1.- El lugar donde se va a llevar a cabo la actividad, debe de ser un lugar espacioso.
- 2.- El coordinador pide a los participantes formar dos hileras a manera que estos queden de frente unos con otros en parejas sin moverse y pide se observen por 5 segundos.
- 3.- Posteriormente el coordinador toma el tiempo y una vez alcanzados los 5 segundos pide todos se den la espalda.
- 4.- Después el coordinador pide a todos se quiten algo que lleven puesto y puedan guardar.
- 5.- El coordinador vuelve a pedir se den la vuelta para que de nuevo queden de frente unos a otros sin moverse y esta vez les pide observar a su compañero y traten de localizar lo que se ha quitado.
- 6.- Al terminar se realiza una retroalimentación escuchando sus propias experiencias de cada participante.

TIEMPO: 30-40 MIN.



Materiales:

Reloj o cronometro.

ACTIVIDAD 16: PASE DE PELOTA.

INSTRUCCIONES:

1.- El lugar donde se va a llevar a cabo la actividad, debe de ser un lugar espacioso y libre de obstáculos.

2.- El coordinador pide a los participantes formen equipos de dos.

A cada pareja le dará una pelota. Estos deben de lanzarse la pelota entre sí, pero entre cada lanzamiento irán dando un paso hacia atrás incrementando la distancia entre los participantes.

3.- A partir del cuarto lanzamiento; cuando un integrante lance la pelota el otro, antes de recibirla debe dar un aplauso y después el que lanzo primero hará lo mismo que el que atrapo primero la pelota.

4.- A partir del quinto lanzamiento; cuando un integrante lance la pelota el otro, antes de recibirla debe tocar su oreja izquierda con la mano derecha y su oreja derecha con la mano izquierda y después el que lanzo primero hará lo mismo que el que atrapo primero la pelota.

5.- A partir del sexto lanzamiento; cuando un integrante lance la pelota el otro, antes de recibirla debe tocar su rodilla izquierda con la mano derecha y después el que lanzo primero hará lo mismo que el que atrapo primero la pelota.



6.- A partir del séptimo lanzamiento; cuando un integrante lance la pelota el otro, antes de recibirla debe tocar su rodilla derecha con la mano izquierda y después el que lanzo primero hará lo mismo que el que atrapo primero la pelota.

7.- A partir del octavo lanzamiento; cuando un integrante lance la pelota el otro, antes de recibirla debe dar una vuelta y después el que lanzo primero hará lo mismo que el que atrapo primero la pelota.

8.- Al final se retroalimenta que tan complicado o que tan fácil fue para cada uno de ellos.

TIEMPO: 30-40 MIN.

Materiales:

Pelotas.

4.4 COMUNICACIÓN.

TEMA 4.

INTRODUCCIÓN:

La comunicación es parte esencial de la vida de todo ser humano, pero si esta se ve impedida nos imposibilita el poder transmitir lo que queremos decir, escuchar e incluso escribir, no siendo claros a la hora de evocar un mensaje o tal vez al no entender lo que se nos quiso decir. Se vuelve importante comprender y dar un mensaje para poder ayudar y/o apoyar a la persona o recibir el apoyo que necesitamos.

Con el paso del tiempo a pesar de que el adulto mayor se mantenga activo y lo más sano posible, llegará un punto donde la edad este tan avanzada que pueden empezar a existir



problemas de comunicación, porque tal vez no escuche o no entienda algunas palabras o incluso no pueda hablar con fluidez, dando origen a una incompreensión, lo que va a generar cierta incomodidad, nerviosismo, lo que puede llevar a la persona a que trate de expresarse o comunicarse menos.

La comunicación puede ser verbal, escrita, y con señales, es por esto las siguientes estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, se enfocan en personas que por alguna razón no puede comunicar lo que necesitan y también está dirigido a sus cuidadores para que sean capaces de entablar una conversación lo más adecuada posible y disminuyendo las fallas de ambos a la hora de comunicarse por no entenderse.

Objetivos:

- 1.- Favorecer la comunicación entre el adulto mayor y su interlocutor.

ACTIVIDAD 17: ¿CÓMO COMUNICARNOS?

INSTRUCCIONES:

1.- Si la persona mayor puede señalar las imágenes de forma autónoma, coloque estas en la posición más adecuada para que el adulto mayor pueda verlas y señalarlas con comodidad.

2.- Espere a que la persona busque y señale la imagen. Ayude a pasar las páginas si la persona lo requiere.

3.- Si la persona no puede hablar y decir de manera perceptible “si o no”, busquen un código compartido para esta respuesta. Por ejemplo: mover la cabeza; mover los ojos; levantar un dedo.



4.- Siempre confirme con la persona si la imagen señalada representa el mensaje que quiere decir y espere su respuesta.

- A) Por ejemplo: la persona señala la imagen de “fruta” y es la hora de la merienda.
- B) El cuidador puede preguntarle: “¿Quieres fruta para merendar” ?, y espera la respuesta afirmativa/negativa a la pregunta.
- C) Después el cuidador puede señalar en la página de “frutas” las opciones para merendar, diciéndole: “¿Prefieres plátano, pera o melón (siempre señalando la imagen de la que se habla)?
- D) Después el cuidador pregunta: ¿Cuál quieres para merendar?
- E) Espera la respuesta de la persona.

5.- Es importante contar con números telefónicos fijos y móviles de familiares, así como con los números de emergencia, en caso de que el adulto mayor necesite ayuda.

6.- Las imágenes se deben de dividir por segmentos, los cuales serán:

- A) Datos personales.
- B) Descanso.
- C) Cuarto de baño.
- D) Aseo personal.
- E) Ropa.
- F) Cuerpo.

- G) Comida.
- H) Salud.
- I) Salón-comedor.
- J) Lugares.
- K) Objetos.
- L) Agenda.
- M) Personas-preguntas.
- N) Tablero.

Tabla 25.

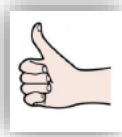
Datos personales:

Nombre completo de la persona:

Foto de la persona

Código compartido:

Afirmativo



Negativo



Numero de familiares y de emergencia:



Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

Figura 22.

B) Descanso.

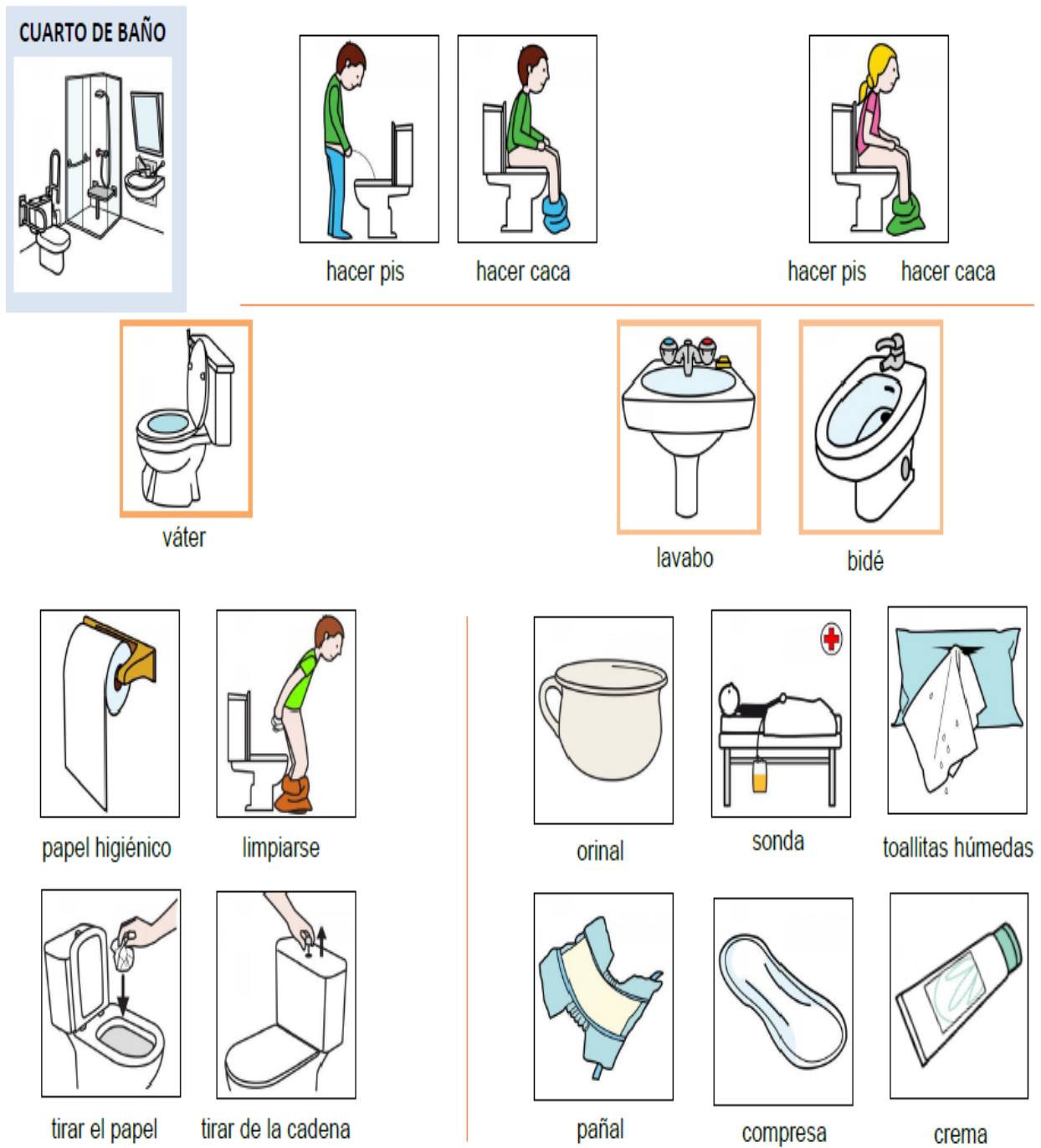


Fuente:

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

Figura 23.

C) Cuarto de baño.



Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

Figura 24.

Parte 1: D) Aseo personal.



Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

Figura 25.

Parte 2: D) Aseo personal.



Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

Figura 26.

Parte 1: E) Ropa.



Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

Figura 27.

Parte 2: E) Ropa.

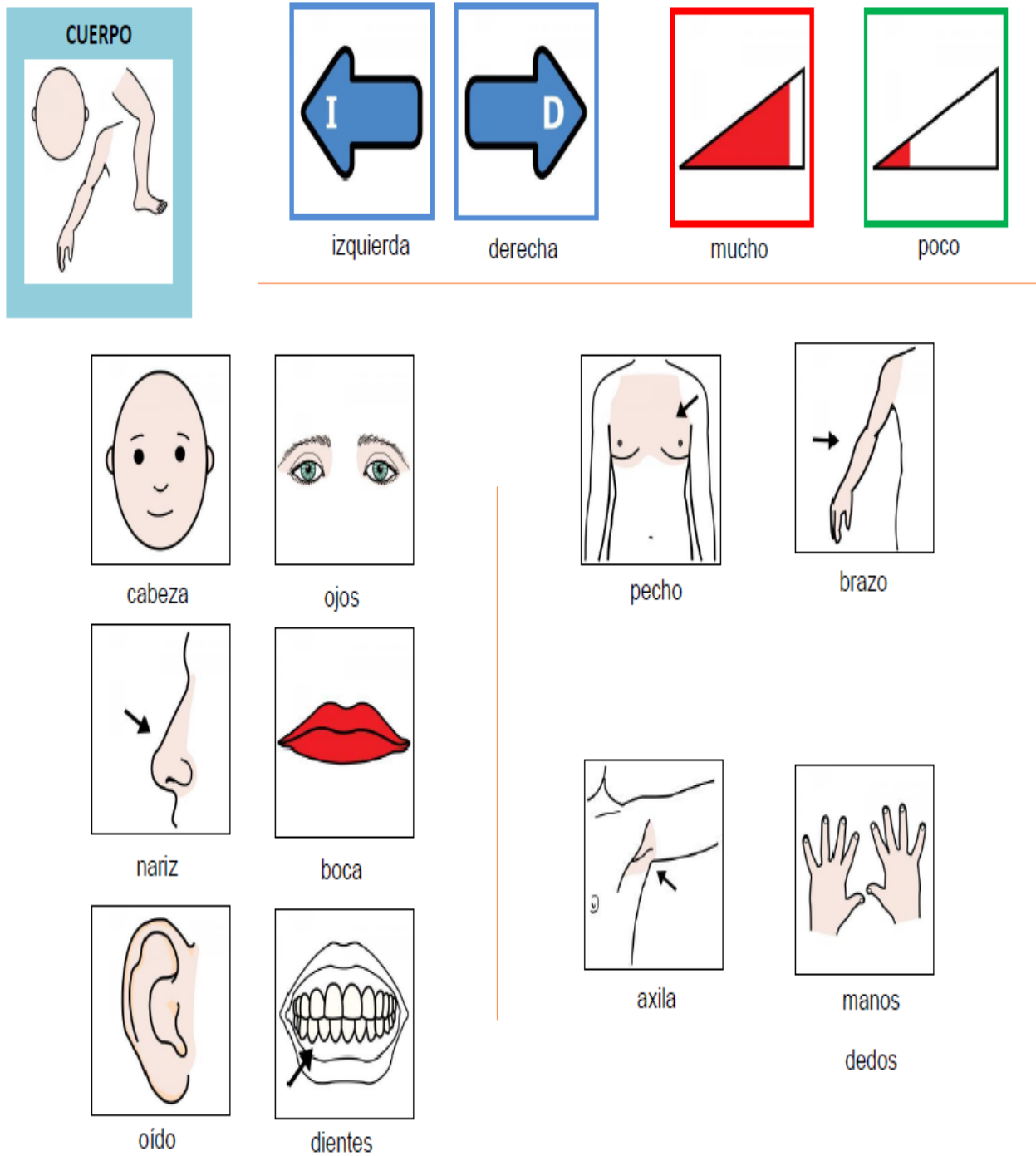


Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

Figura 28.

Parte 1: F) Cuerpo.

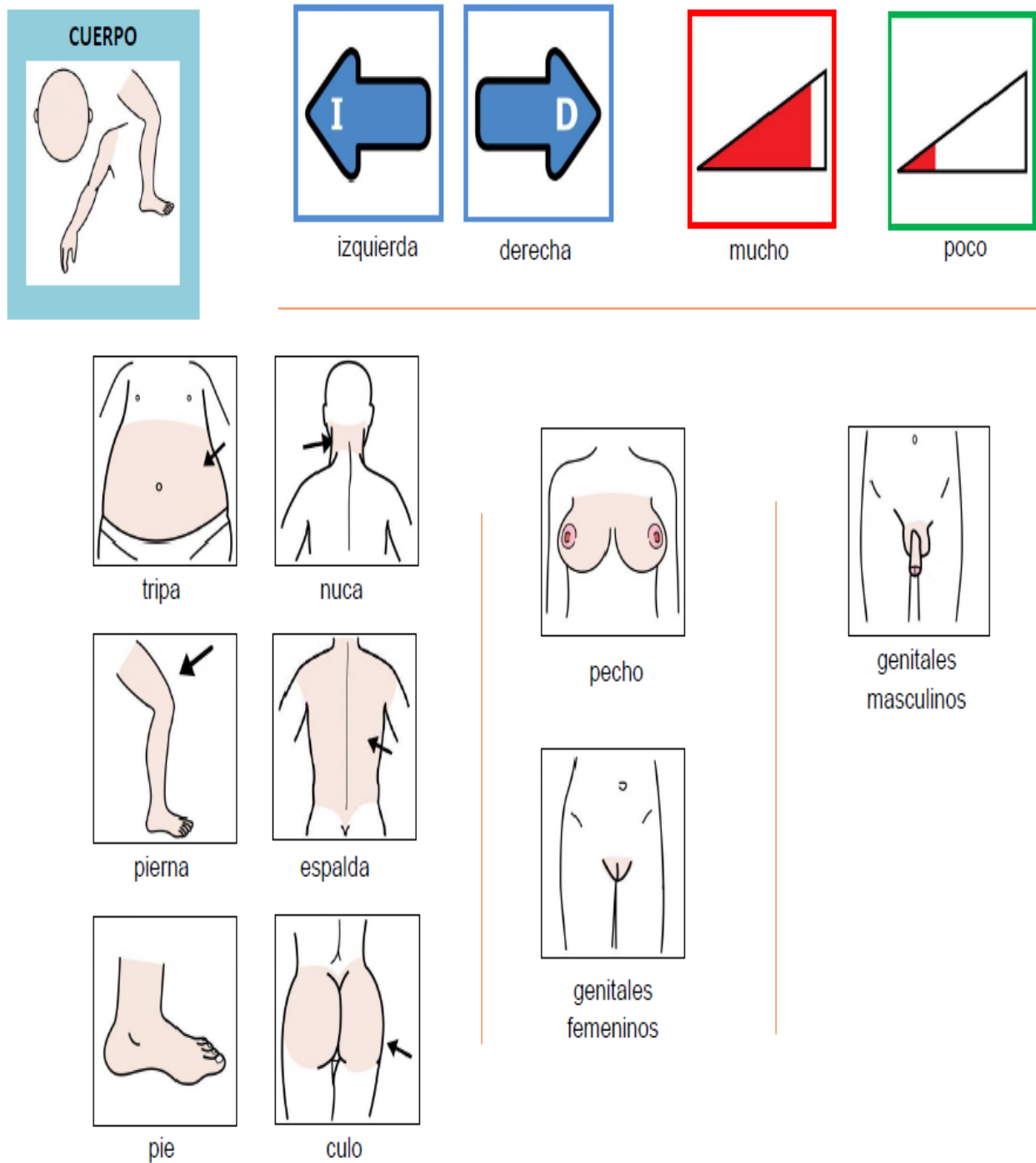


Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

Figura 29.

Parte 2: F) Cuerpo.

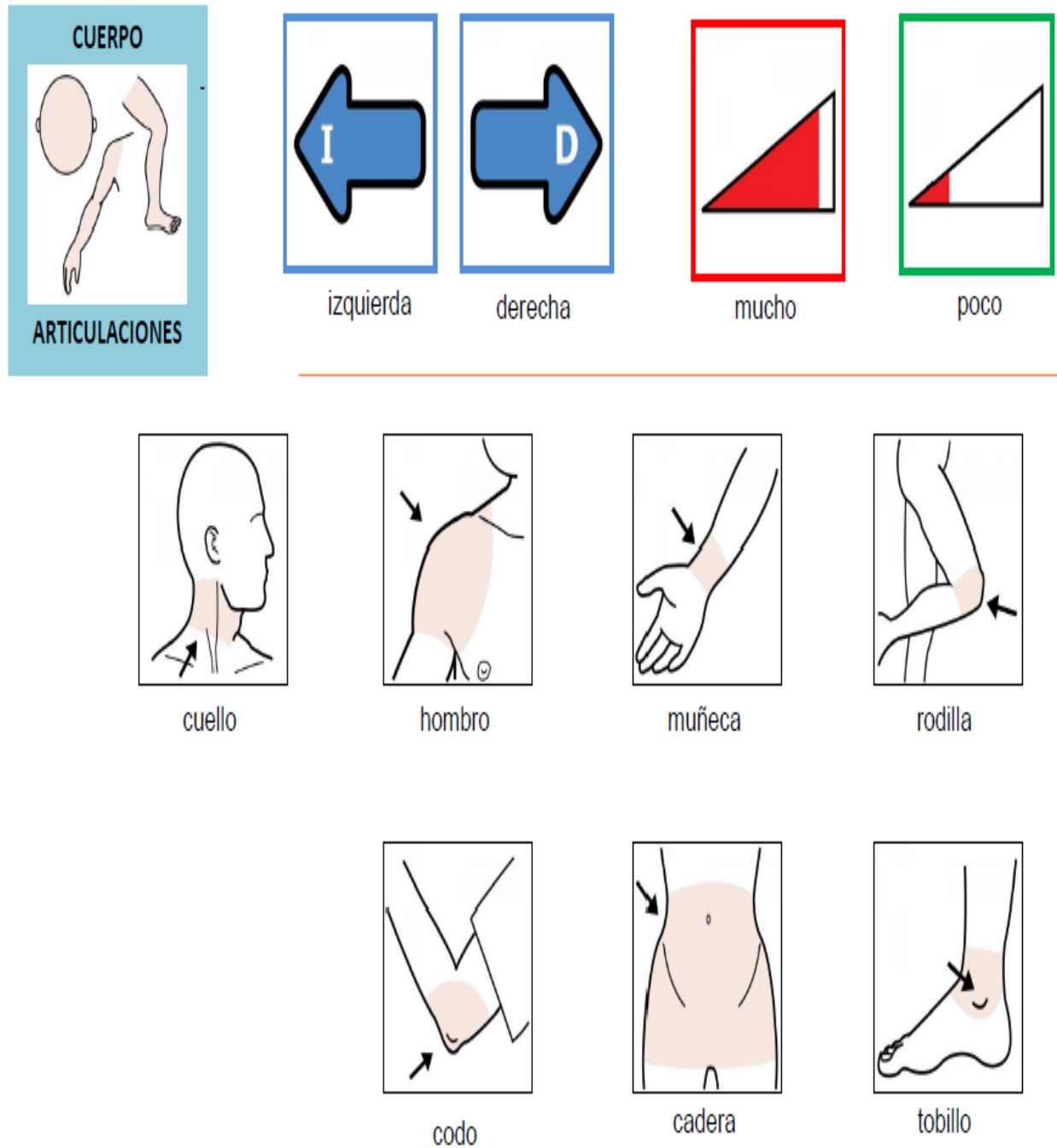


Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

Figura 30.

Parte 3: F) Cuerpo.

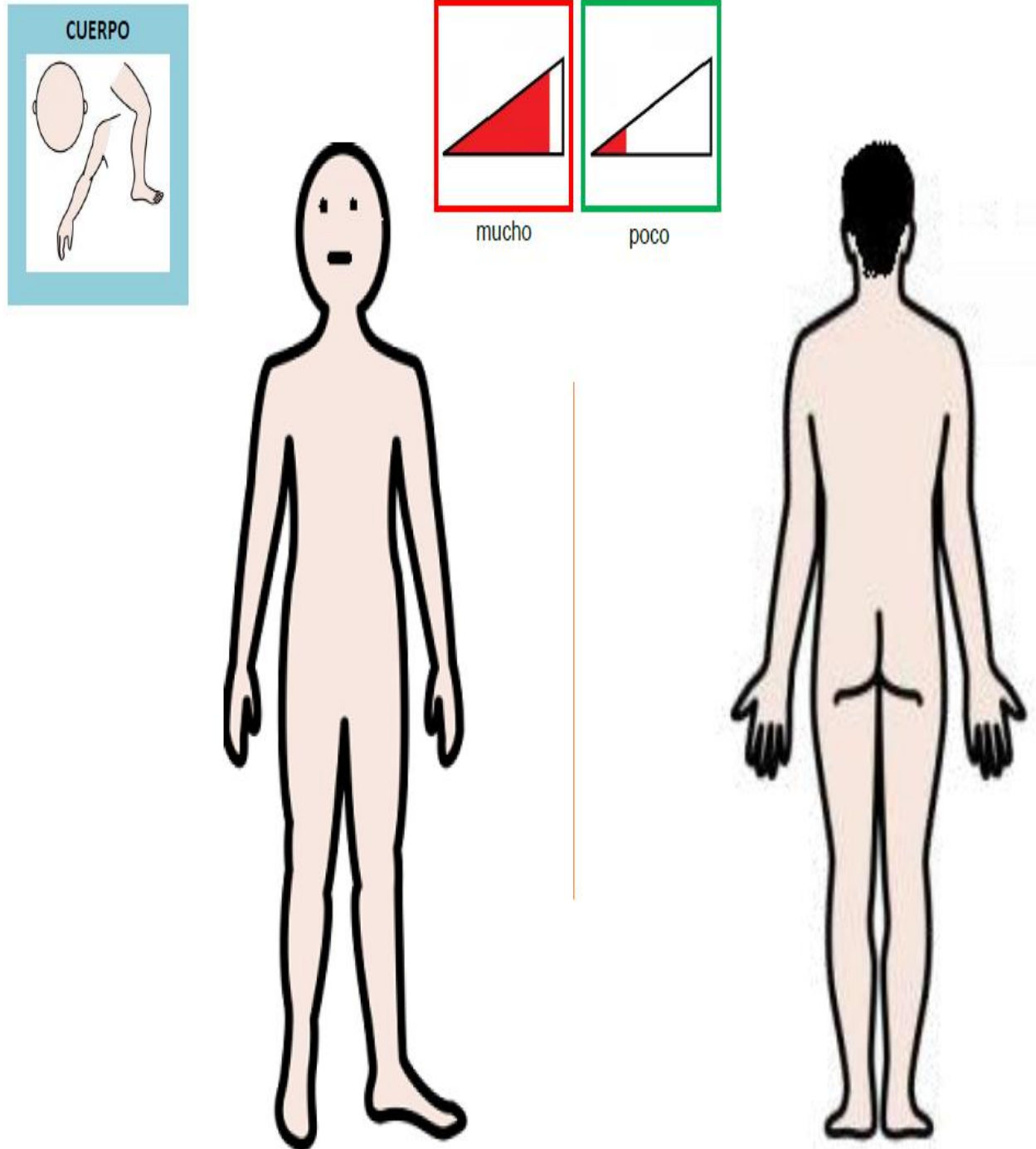


Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

Figura 31.

Parte 4: F) Cuerpo.



Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

Figura 32.

Parte 5: F) Cuerpo.

CUERPO

mucho

poco

estómago

riñones

hígado

huesos

garganta

opresión en el pecho

Me duele cuando...

respiro

trago la comida

toso

voy al baño

toco
aprieto

ando
me muevo

Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

Figura 33.

Parte 1: G) Comida.

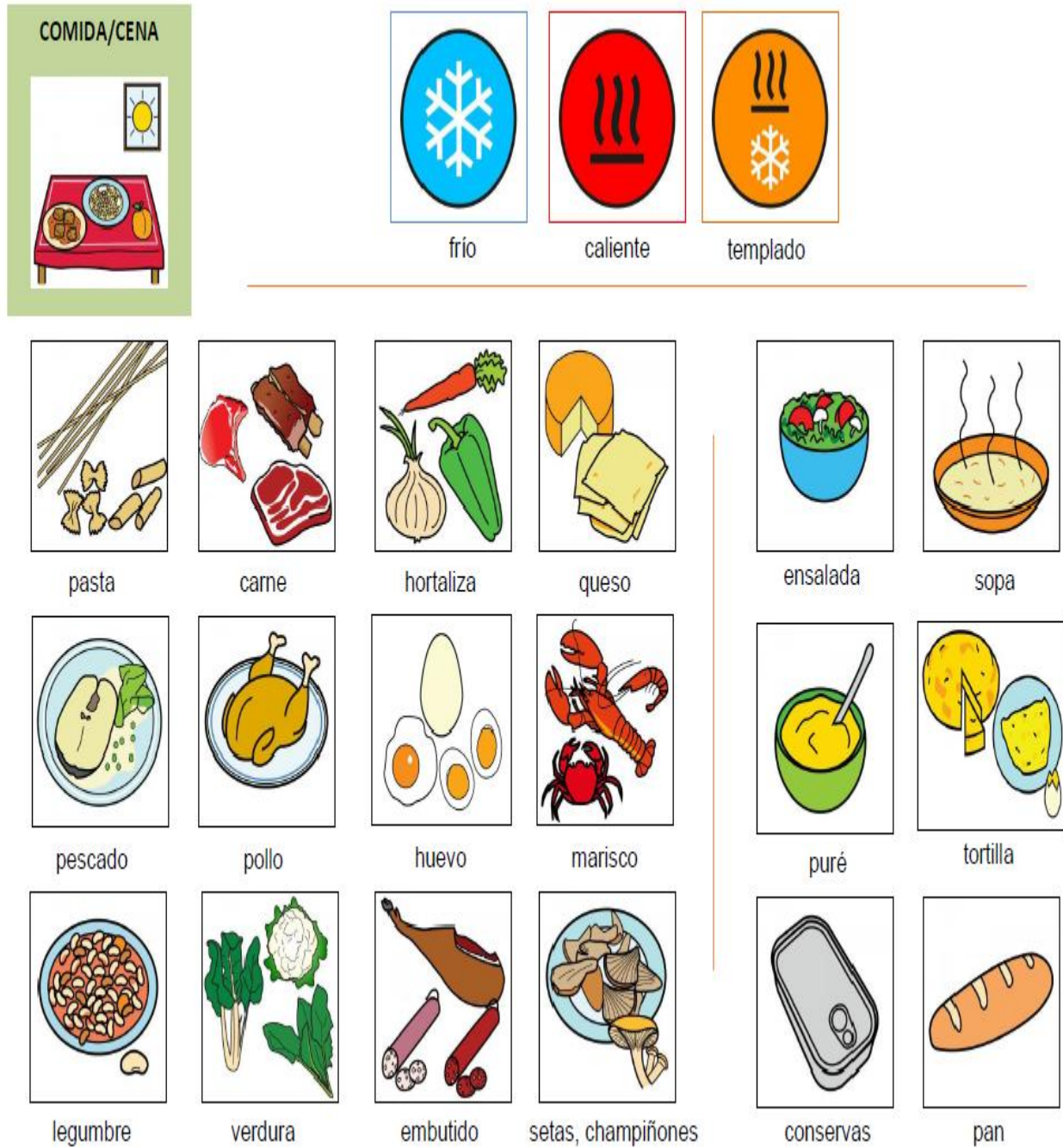


Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

Figura 34.

Parte 2: G) Comida.

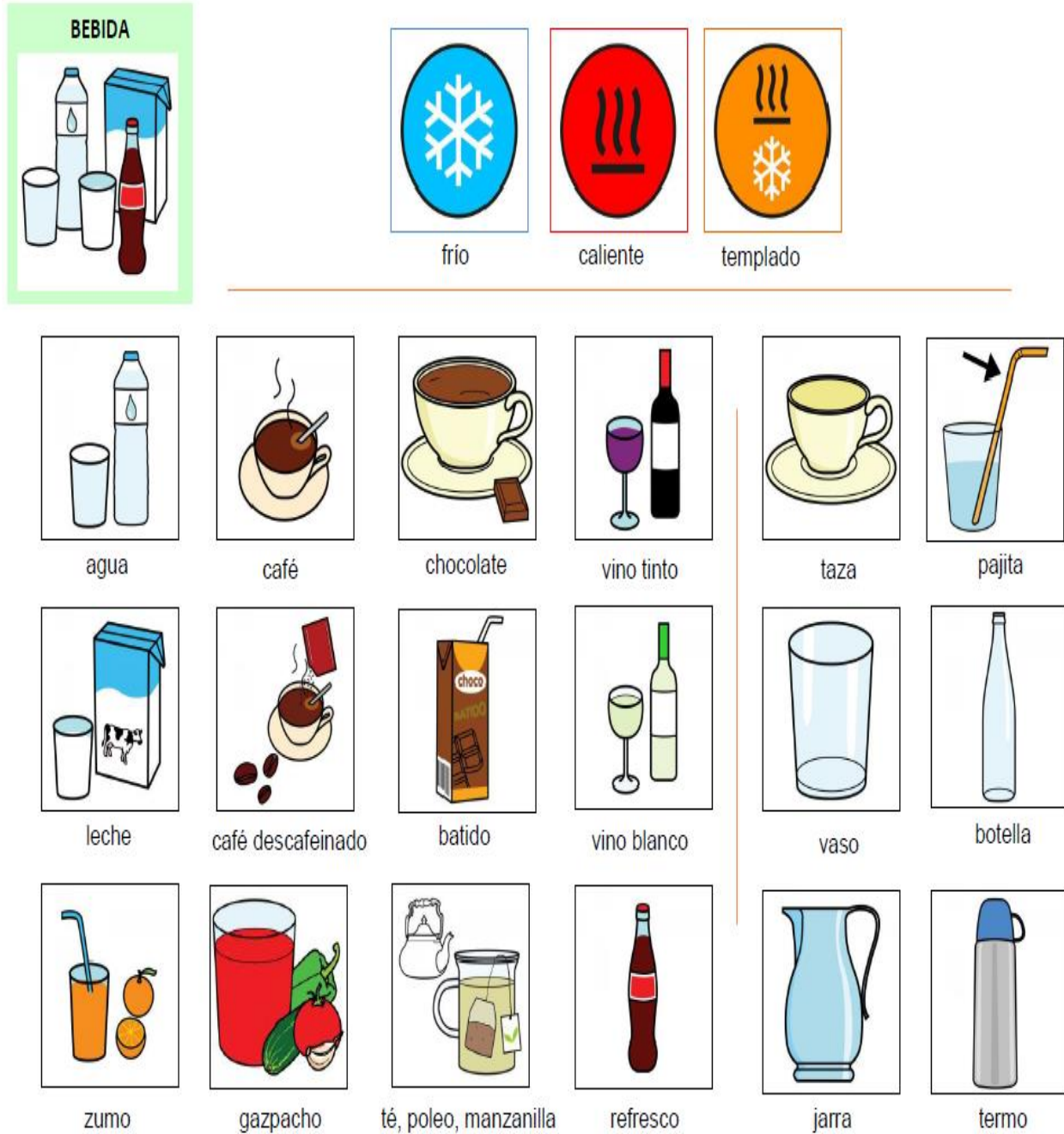


Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.

Figura 35.

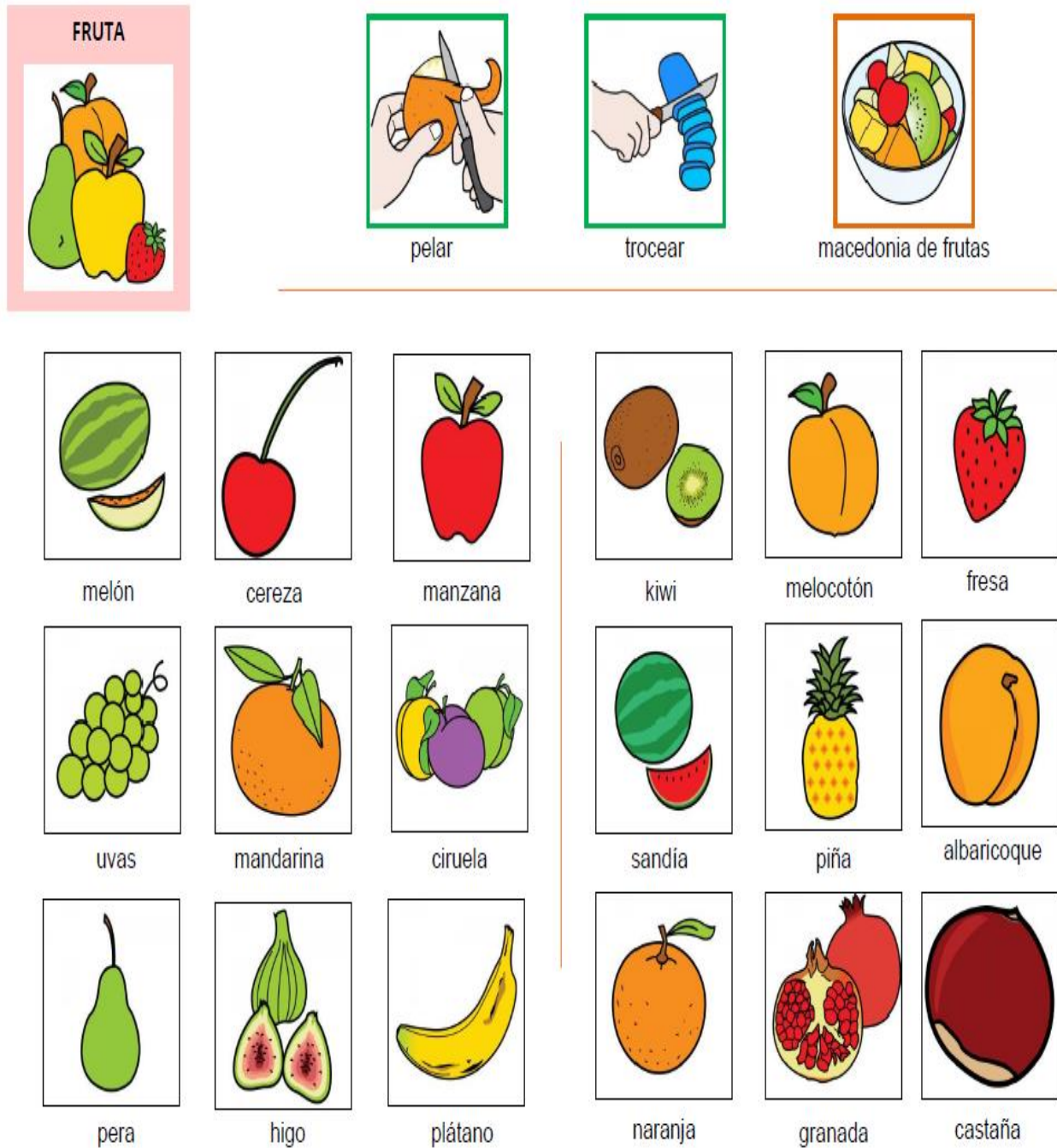
Parte 3: G) Comida.



Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

Figura 36.

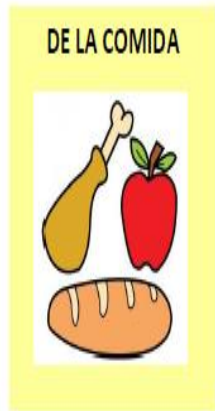
Parte 4: G) Comida.



Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

Figura 37.

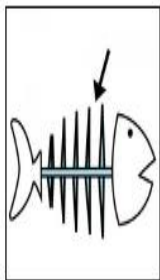
Parte 5: G) Comida.



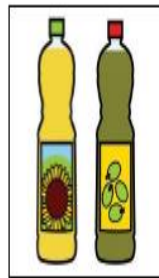
tengo hambre



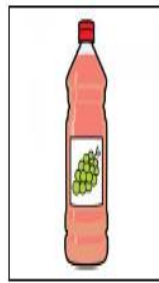
tengo sed



espina, raspa



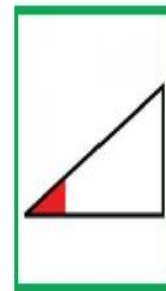
aceite



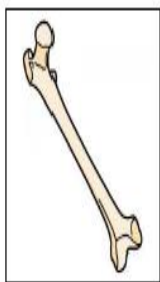
vinagre



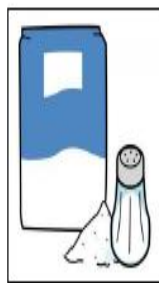
muy,
más



muy poco,
menos



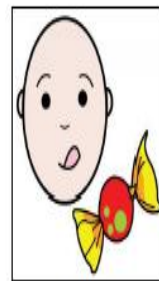
hueso



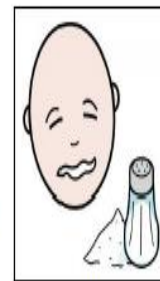
sal



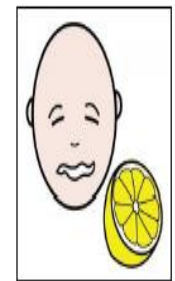
mayonesa



dulce



salado



ácido

Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

Figura 38.

Parte 1: H) Salud.

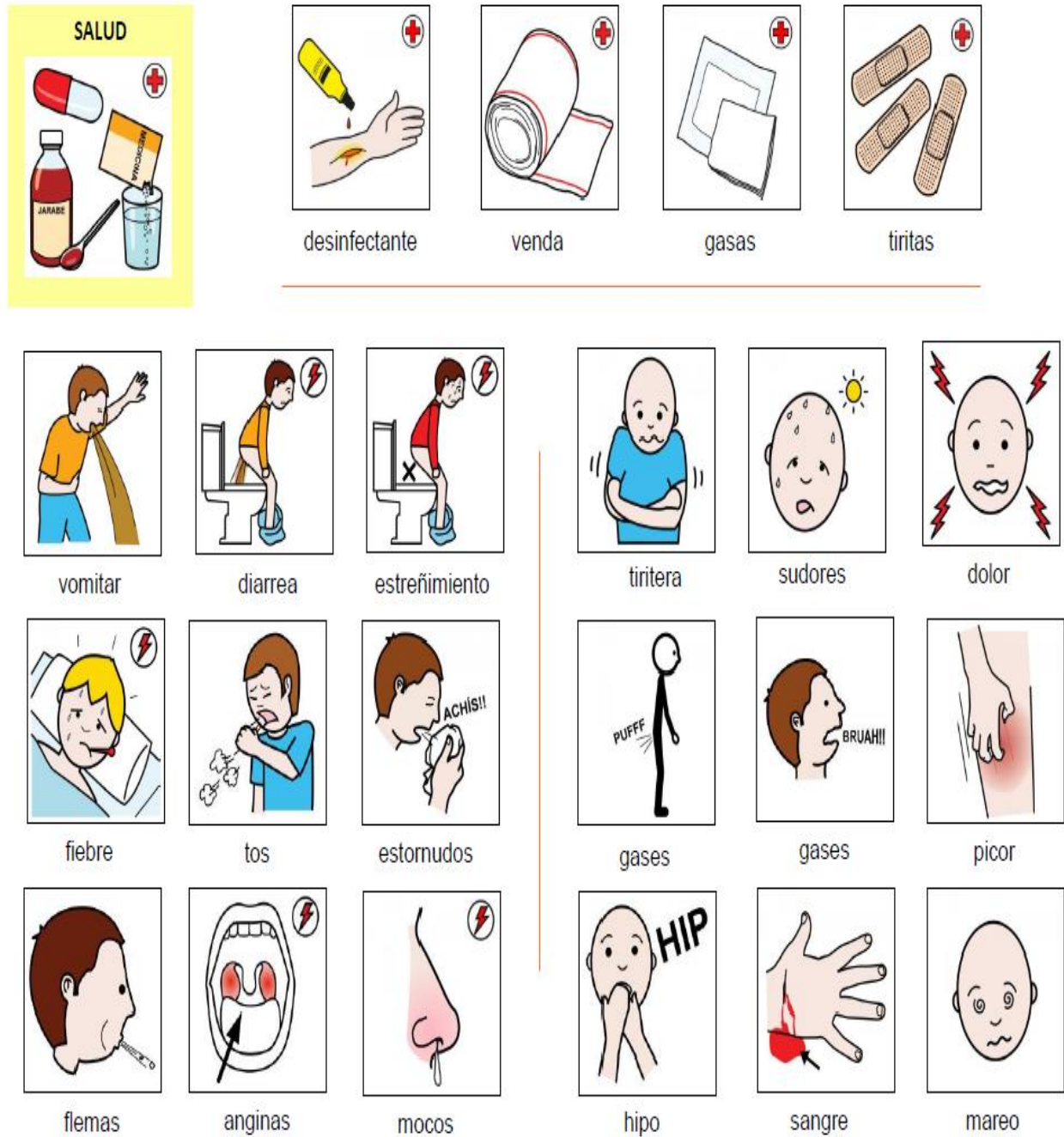


Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

Figura 39.

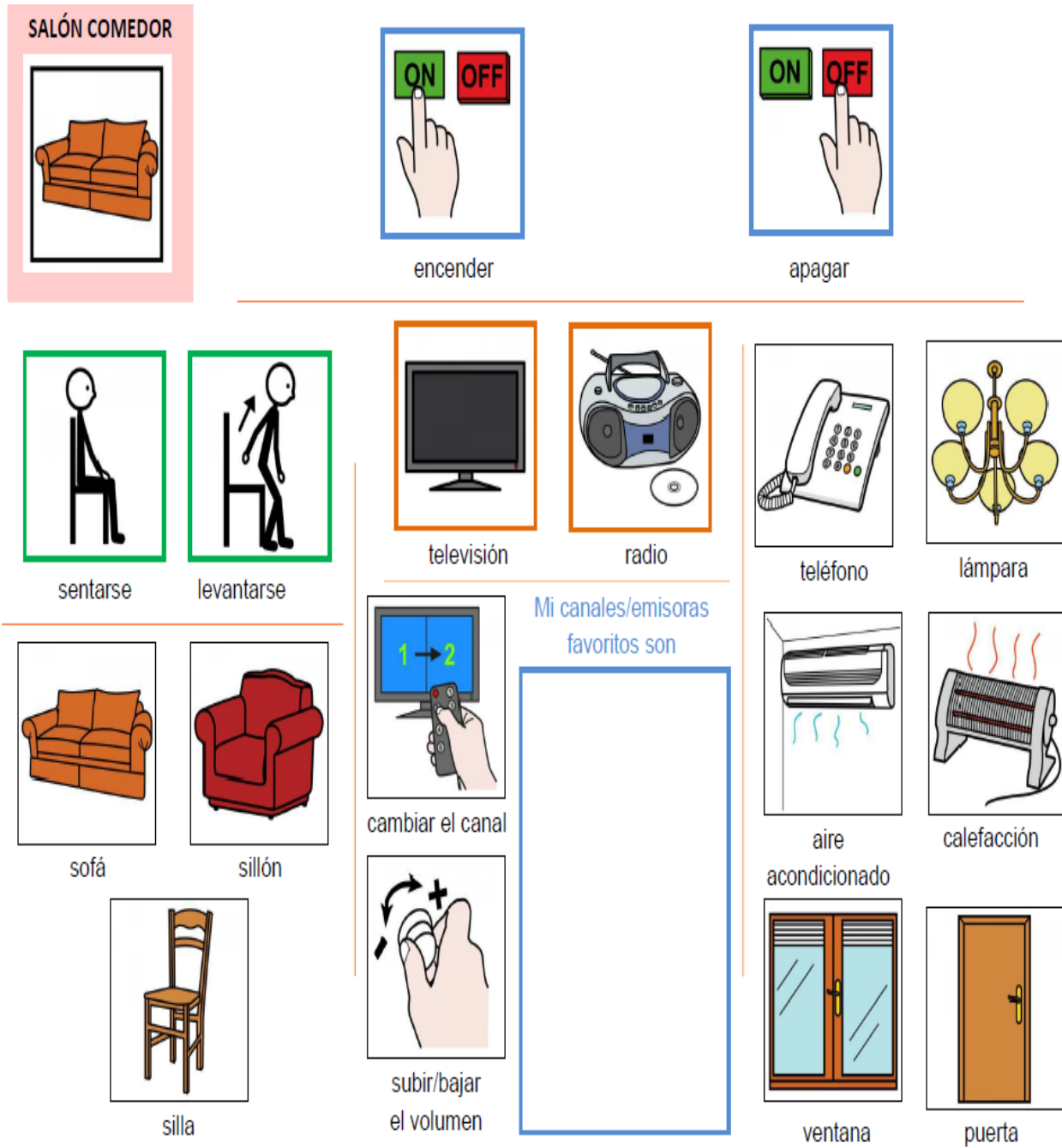
Parte 2: H) Salud.



Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

Figura 40.

I) Salón-comedor.



Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

Figura 41.

Parte 1: J) Lugares.

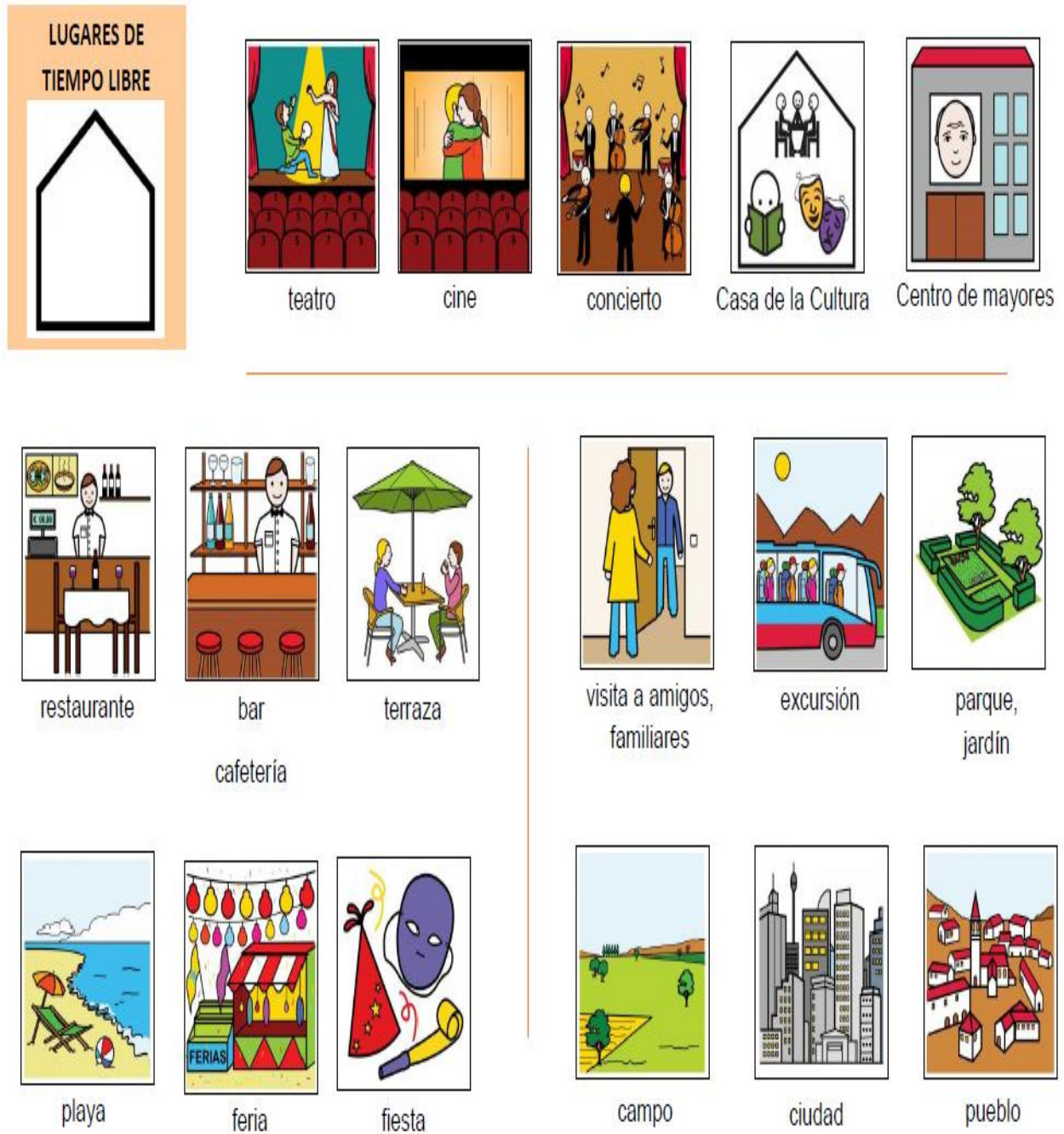


Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

Figura 42.

Parte 2: J) Lugares.



Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

Figura 43.

K) Objetos.

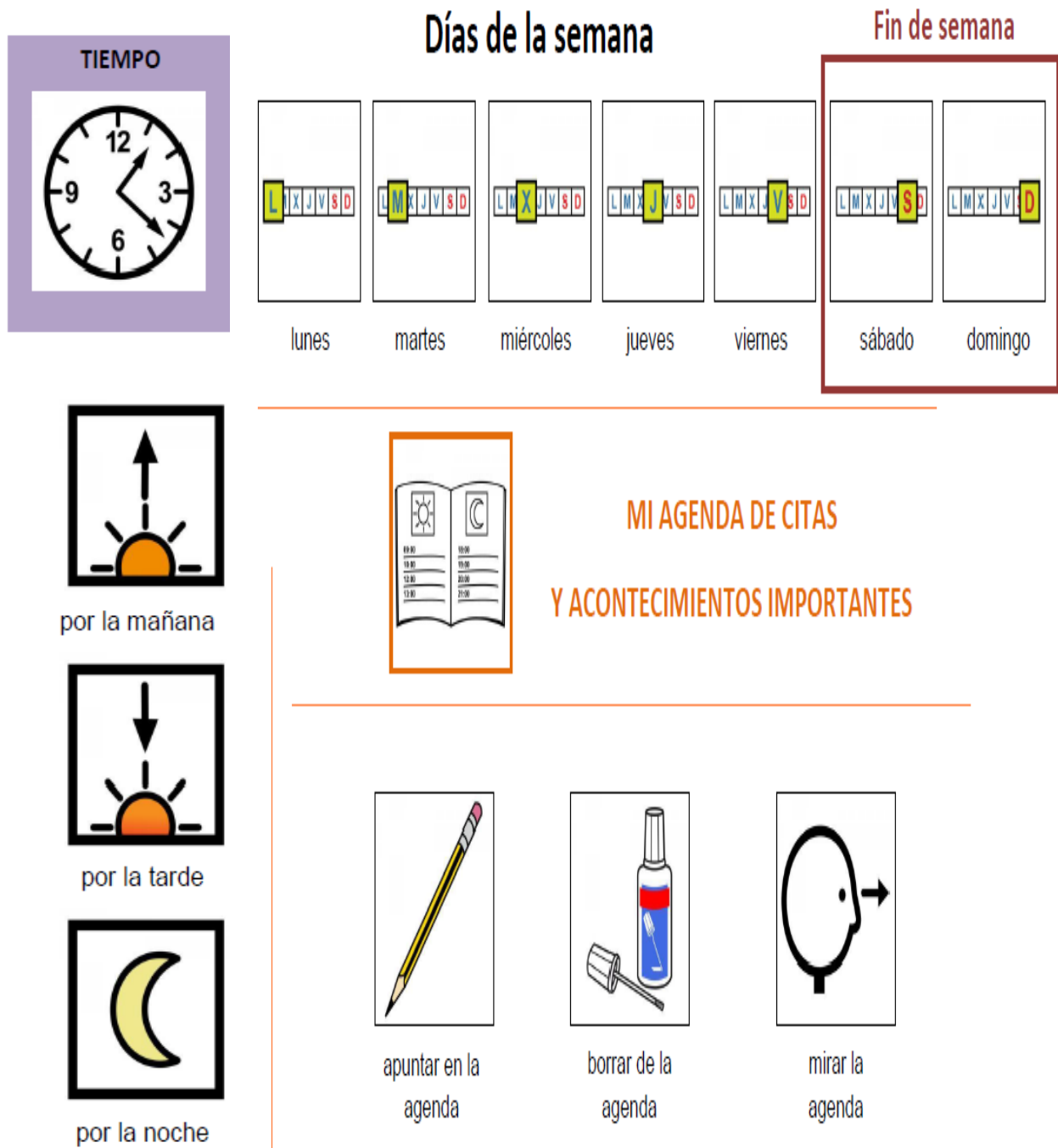


Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*

Figura 44.

L) Agenda.

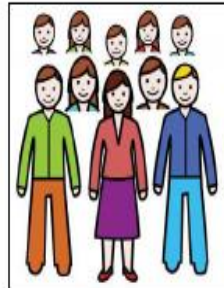


Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

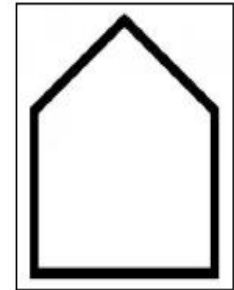
Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.

Figura 45.

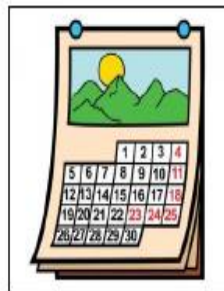
Parte 1: M) Personas-Preguntas.



¿Quién?



¿Dónde?

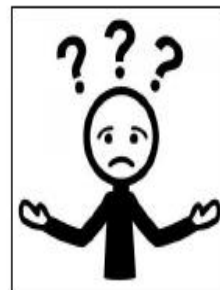


¿Qué mes?

¿Qué día?



¿A qué hora?

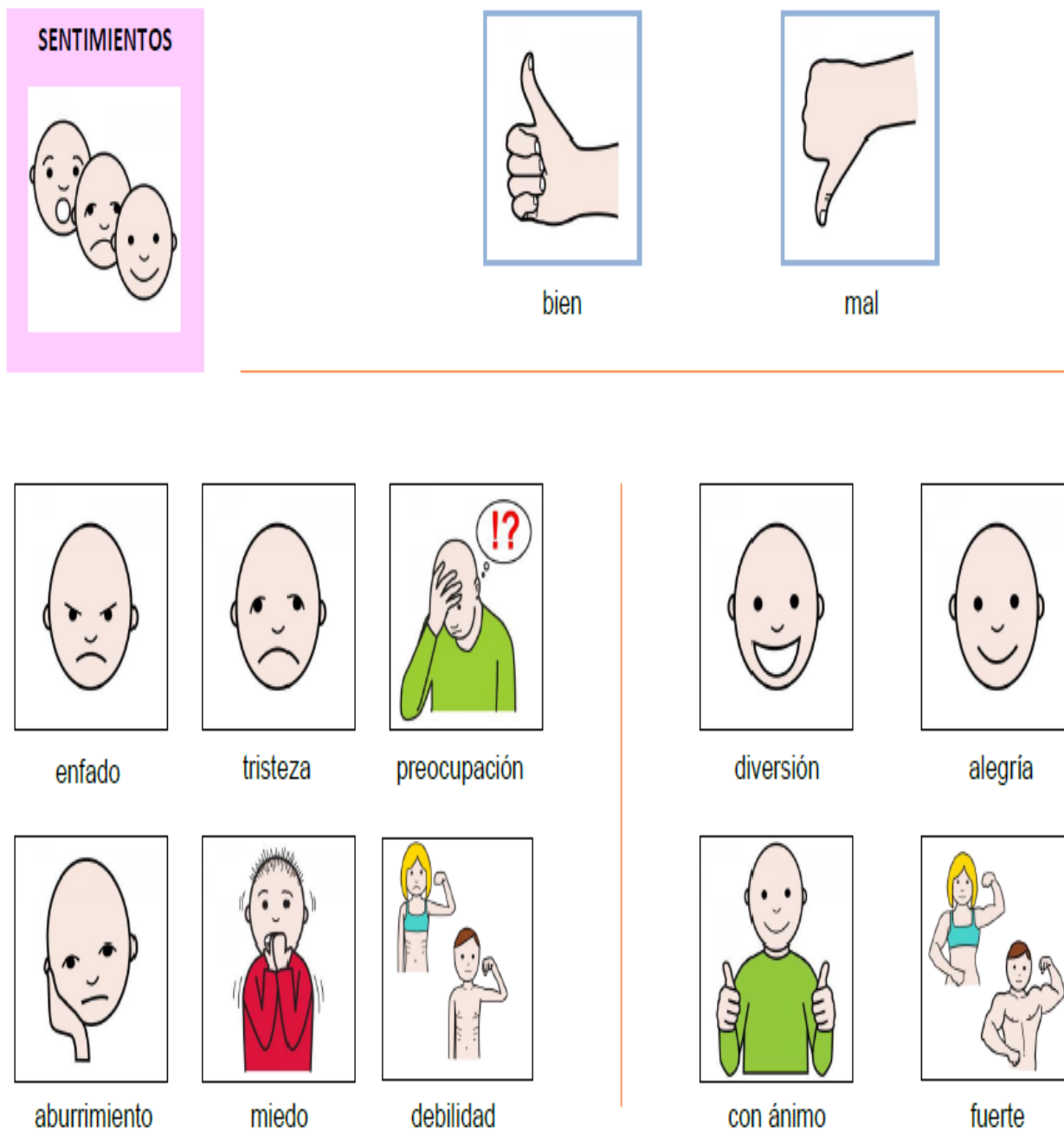


¿Por qué?

Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

Figura 46.

Parte 2: M) Personas-Preguntas. ¿Cómo me siento?



Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).

7.- Para utilizar el tablero o abecedario es necesario que la persona conozca las letras no es indispensable sepa leer y escribir, pero si sabe hacerlo y presenta problemas de movilidad o tiene dificultades para usar el lápiz y el papel; entonces se utilizara el código compartido.

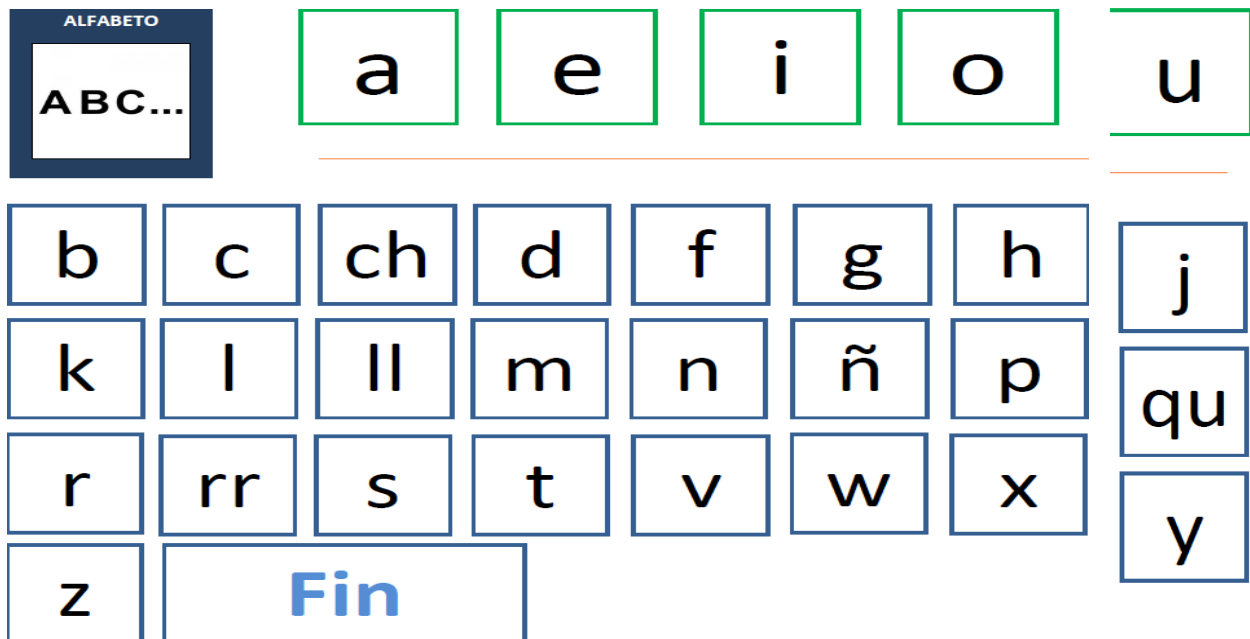
8.- Si la persona puede señalar de manera autónoma la imagen, se acomoda la imagen para que la persona esta cómoda, o incluso si la persona puede comunicarse verbalmente el tablero o abecedario no es necesario.

9.- El cuidador debe de tener lápiz y papel a la mano para anotar las letras que el adulto mayor le indique y de esta manera pueda descifrar el mensaje.

10.- Si el adulto mayor no puede ver las letras del tablero o abecedario, puede diseñar uno donde agrande el tamaño de las letras, o posicionar las letras de otra manera.

Figura 47.

N) Tablero.



Fuente: (Gobierno de España & Gobierno de Aragón, 2013).



4.5 PSICOEDUCACIÓN.

TEMA 5.

INTRODUCCIÓN:

La psicoeducación se enfoca en mejorar y dar un mayor conocimiento respecto de las enfermedades, los cuidados, y favoreciendo la atención hacia el paciente o la persona enferma.

Además incluye técnicas que están determinadas hacia la comprensión y reducción del malestar psicológico de la familia, el paciente y/o el cuidador, manejando de forma más eficaz el estrés generado en todos los involucrados, donde se pueden incluir técnicas de relajación, de control de pensamientos y de autocontrol e incluso el hacer programas educativos, grupos de apoyo y enfatizando el desarrollo de habilidades y estrategias específicas de afrontamiento; esto se hace con el fin de educar, y de informar a los sujetos desde una perspectiva más humana e incluyendo por lo tanto a todas las esferas que son parte del ser humano reconociéndolo como un ser biopsicosocial.

La psicoeducación es una estrategia útil, viable, económica y efectiva, por lo cual ayuda a mejorar el cuidado de la familia y la persona enferma, mejora la calidad de vida, disminuye la vulnerabilidad haciendo uso de sus recursos personales externos e internos, generando efectos benéficos.

Una vez definida que es la psicoeducación y cuál es su función, se debe aclarar que el hecho de que esta se centre en educar para el entendimiento y una mejor respuesta hacia ciertas enfermedades, no quiere decir que sea este su único campo de aplicación. También es útil a la hora de tratar de generar una mayor concientización, responsabilidad y empatía, hacia las personas mayores en cuanto a sus propios autocuidados que estas deben de tener para sí mismas, para los cuidadores y hacia las personas jóvenes.



- 1.- Distinguir los autocuidados.
- 2.- Apoyo a los cuidadores.
- 3.- Ayudar a conocer la vejez desde una perspectiva más empática.
- 4.- Motivar a una educación financiera.

ACTIVIDAD 18: RECOMENDACIONES.

INSTRUCCIONES:

1.- Se le debe de explicar a los cuidadores y de igual manera a las personas adultas mayores, la importancia de seguir estas recomendaciones.

2.- Estas recomendaciones ayudaran a bajar el índice de accidentes que en ocasiones suelen perjudicar la calidad de vida del adulto mayor, volviéndolo dependiente de alguien más y que también repercute en las actividades y psique del cuidador.

Recomendaciones para el hogar:

- Tener bien iluminadas todas las áreas, en especial las escaleras, la cual debe tener barandal o pasamanos y material antiderrapante en los escalones.
- Los pisos no deben de ser resbalosos ni tener irregularidades u objetos tirados en el piso con los que se pueda tropezar.
- Tener los contactos y apagadores al alcance de la mano.
- No tener muebles obstruyendo el paso.
- Fijar los estantes y/o libreros a la pared.



- Si hace frío, evite dormir con la estufa encendida, fogones, anafres o chimeneas, utilice otro tipo de calefactores.

4.- Recomendaciones para la cocina:

- Cuide que la instalación y las llaves de gas no queden abiertas cuando no se utilicen.

- Coloque los muebles y alacenas a una altura en la que no se golpee.

- Use protectores en las manos para retirar utensilios calientes.

- Utilice con cuidado cuchillos, picahielos y otros objetos filosos o cortantes, para evitar heridas.

- Asegúrese que los contactos y los cables de aparatos eléctricos estén en buen estado, para evitar cortos e incendios.

5.- Recomendaciones para el baño:

- Cuide que el piso no sea resbaloso y ponga un tapete de hule adherible para evitar resbalones y caídas. Al salir de la regadera no camine con los pies mojados.

- Instale pasamanos en los muros de la regadera y del excusado.

- Procure que los seguros de las puertas puedan ser abiertos por dentro y por fuera, para poder entrar o salir en caso de una emergencia.

- Las personas que utilicen silla se recomienda que esta tenga respaldo, brazos y gomas en las patas para realizar su aseo diario; además, es recomendable la ayuda de otra persona.



6.- Recomendaciones para la vía pública:

- Camine por las banquetas, cruce las calles en las esquinas y utilice los puentes para peatones.
- Respete las señales de tránsito para peatones, vea hacia ambos lados de la calle y cuando no vengan vehículos, cruce.
- Fíjese bien en donde pisa, evite pasar por alcantarillas abiertas, zanjas y hoyos.
- Si necesita ayuda para bajar o subir una banqueta o atravesar una calle pida el apoyo de los demás.
- En el transporte público, suba y baje cuando esté en alto total, durante el trayecto sujétese fuerte de los barandales.
- Si se traslada en vehículo particular utilice el cinturón de seguridad y cierre con seguro las puertas.

7.- Recomendaciones para el trabajo:

- Observe y aplique las medidas de seguridad e higiene necesarias para el cumplimiento de su trabajo ya sea en su hogar o en la empresa donde labore.
- Utilice las medidas de seguridad y ubique los equipos de protección en un solo lugar.
- Participe en los simulacros para casos de temblor o incendio y aplique estos conocimientos si se presentan en su hogar o en la vía pública.
- Si percibe que no escucha o ve bien, acuda a revisión con su médico; mantenga en buen estado sus accesorios.



- Evite esfuerzos innecesarios.

8.- Recomendaciones para lugares públicos:

- Evite aglomeraciones, en lugares como cines y teatros, espere a que salga la mayoría de las personas.

- Cuando salga solo, camine por áreas planas y escoja los lugares más seguros para prevenir sufra una caída o que sea picado o agredido por arañas, alacranes, avispa, moscos, hormigas y otros animales que lo puedan poner en peligro.

9.- Recomendaciones para la postura:

El tener una postura correcta le ayudara a evitar dolores de espalda y posibles caídas que le pueden ocasionar fracturas; lo cual puede disminuir su capacidad para poder moverse. Por esta razón es importante que usted haga lo siguiente:

Al estar de pie:

- Alterne el peso de su cuerpo sobre una y otra pierna.
- Cuando realice alguna tarea, como lavar o planchar, apoye un pie en un taburete o cajón de unos 15 cm de altura, así evita el aumento de la curvatura de la espalda.
- Si siente está mal posicionado al estar de pie, contraiga los músculos abdominales en forma repetitiva por unos 2 ó 3 minutos y lleve los hombros hacia atrás

Para sentarse:



- Ponga la parte posterior de las piernas en contacto con la silla, doble las rodillas y baje poco a poco hasta sujetarse del borde del asiento para poder sentarse.
- Su cadera ligeramente relajada, floja y hasta atrás de la silla.
- Los pies apoyados en el suelo.
- Espalda y cuello formando línea recta un poco adelantada respecto a las caderas.
- Elija un asiento cómodo y con brazos; no utilice sillones excesivamente blandos.
- No se siente bruscamente.

Al levantarse de la silla:

- Los pies deben de estar bien apoyados en el suelo y separados entre sí por 20 ó 25 centímetros.
- Apoye las manos en los brazos o en el borde de la silla.
- Deslícese hacia el borde del asiento e inclínese hacia delante con la espalda recta, apoyando firmemente los pies al suelo y estire las rodillas.

Al acostarse:

- La cama debe ser suficientemente larga para no tener que encogerse.
- El colchón debe de ser duro y no presentar hundimientos.
- La almohada tiene que ser delgada, cómoda, flexible pero firme, de forma que la cabeza quede recta al acostarse de lado.



- Las mejores posturas para dormir son de lado y boca arriba.

Al cambiar de postura en la cama:

- Estando boca arriba y apoyando los pies en la cama, doble y voltee las rodillas hacia un lado.
- Gire la cabeza y los brazos hacia el mismo lado, acomódese hasta estar a gusto apoyándose con las manos en el colchón.

Al levantarse de la cama:

- Estando de lado, apoye la mano que le queda libre en la cama, levante el cuerpo y mantenga la cabeza alta.
- Apoye los dos pies en el suelo.
- Permanezca unos minutos sentado, ¡no hay prisa!
- Si no se siente mareado puede levantarse.

Al agacharse para recoger un objeto del suelo:

- Flexione la cadera y las rodillas.
- Mantenga la espalda recta.
- Sitúe el objeto lo más cerca posible al cuerpo y levántese.

Al trasladar objetos:

- Es preferible empujarlos en un carrito.



- Si lleva varias bolsas, reparta el peso entre los dos brazos.
- Si es un objeto único llévelo junto al cuerpo

Al caminar:

- Balancee los brazos hacia adelante y atrás.
- Mantenga la espalda recta y evite ir encorvada.

Al vestirse:

- Hágalo sentado en la cama o en una silla.
- Evite vestirse apoyándose en la pared o manteniendo el equilibrio de pie.

En la taza del baño:

- Si ha realizado esfuerzos para evacuar el intestino, antes de levantarse, permanezca unos segundos con la cabeza hacia las rodillas.
- Levántese despacio y apóyese en una agarradera.
- No se precipite, tómese su tiempo.

Para una vejez saludable:

- Mantenerse ocupado en nuevos proyectos y relaciones sociales; asista a centros de adultos, busque razones para estar contento.



- No ser dependiente. No deje a otros resolver los problemas que usted pueda solucionar.
- Programar actividades de ocio y momentos para relacionarse con otras personas.
- Pertenecer a un grupo, a una asociación, o asistir a un lugar donde se realicen actividades con otras personas.
- Tener disciplina, para dormir, para mantener su salud y su forma física.
- Esforzarse en tareas que requieran atención y concentración. No deje de leer, de ir al cine o de escuchar la radio.
- Evite el consumo de alcohol y tabaco.
- Esté mentalmente abierto a las cosas que le rodean, muestre interés por el mundo en que vive.
- Retome actividades que siempre quiso hacer.

Higiene del sueño:

- Puede tomar una siesta de media hora a una hora, pero si logra evitarlo es mejor.
- Establezca horarios regulares para acostarse y levantarse.
- No cene en exceso; cene alimentos ligeros y tibios como por ejemplo sopas o leche caliente.
- Mantenga una temperatura adecuada en la habitación, ésta debe de estar oscura y silenciosa.
- Evite bebidas con cafeína por las tardes como los té, el café, refrescos.



- Realice actividad física durante el día.
- Tenga una cama confortable y sólo utilícela para dormir.
- No ingiera mucho líquido antes de acostarse.
- Descanse de 6 a 8 horas.

Prevenir la violencia familiar:

- Mantenga y preserve sus amistades.
- No se aíle, conviva con compañeros, amistades y familiares.
- Participe en eventos de capacitación, cultura, recreación y actividad física.
- Desarrolle actividades que lo hagan sentirse útil, motivado y contento con usted mismo.
- Incorpórese a grupos.
- En caso de que sea víctima de violencia, reconózcalo y pida ayuda.

10.- Recomendaciones para el cuidador del adulto mayor dependiente:

- Busque ayuda, ya sea en la propia familia para dividir tareas o en instituciones dedicadas al adulto mayor y a los cuidadores con el apoyo psicológico.
- Mantenga sus relaciones sociales, si tiene trabajo consérvelo, sus hobbies; pues esto es importante para su equilibrio psicológico y su salud física y mental.



- Consulte información al respecto de la enfermedad del adulto mayor, y hágale saber por medio del médico que actividades pueden realizar por ellos mismos sin necesidad del cuidador.
- Reorganizar actividades, planeando el día.
- Tomar las cosas con calma.
- Conservar el sentido del humor.
- Canalizar la energía en actividades que el adulto mayor aún pueda realizar y disfrutar.
- Ofrecer su ayuda y apoyo al adulto mayor de la mejor manera posible.
- Tener a su disposición grupos de apoyo y ayuda espiritual.
- Entender que el cuerpo tiene sus límites.

ACTIVIDAD 19: TALLER: COCIENDO A LA VEJEZ.

INSTRUCCIONES:

- 1.- Se necesita un lugar bien espaciado, pero sin distractores.
- 2.- El coordinador se presenta y espera a que los participantes hagan lo mismo, mediante una dinámica.
- 3.- El coordinador reparte un cuestionario, pidiendo que cada persona conteste como crea correcto, hace hincapié en que esto no es un examen, solo es para conocer que tanto conocen el tema con el afán de enfocarse en aquello que más desconozcan y así logren tener el conocimiento adecuado.



Cuestionario:

1.- Con tus propias palabras define ¿Que es la vejez?

2.- ¿Conoces algunos estereotipos o creencias acerca de la vejez?

A) Si.

B) No

3.- Menciona algunas creencias que conoces:

1.-

2.-

3.-

4.-

4.- ¿En tu caso crees alguna de estas creencias?

A) Si.

B) No.

5.- ¿Crees que tu educación ha influido en que consideres ciertas estas creencias?

A) Si.



B) No.

6.- ¿Consideras que una persona cuando envejece, deja de ser productiva? ¿Por qué?

7.- Las personas adultas mayores están por lo regular enfermas:

A) Si.

B) No.

8.- ¿Crees que los adultos mayores son capaces de conservar una buena salud?

A) Si.

B) No.

9.- ¿Quién debería de hacerse cargo de los adultos mayores?

A) Familia.

B) Gobierno.

10.- Las personas adultas mayores sufren violencia y discriminación:

A) Si.

B) No



3.- Después de haber contestado el cuestionario, el coordinador procede a dar inicio al taller. Cabe señalar que el taller constara de seis temas a tratar entre los participantes y seis dinámicas para ejemplificar de manera más concreta el tema.

Tabla 26

Taller: Conociendo a la vejez.

Actividad	Objetivo	Duración
Bienvenida y presentaciones a través de la dinámica “el dado”.	Conocer de manera rápida a los participantes.	30-40 minutos.
Cuestionario.	Conocer que tan informados están acerca de la vejez.	20-30 minutos.
Inicio del taller con el primer tema: ¿Qué es la vejez? Estereotipo o creencias entorno a la vejez.	Revisar la definición y discernir creencias erróneas.	25-30 minutos.
Dinámica de estereotipos o creencias erróneas sobre la imagen.	Lograr colocarse de manera subjetiva en los zapatos de otros y así entender que en ocasiones lo que creemos suele ser errado.	15-20 minutos.
Tipo de envejecimiento. Envejecimiento funcional.	Conocer los diferentes tipos de envejecimiento, así como la funcionalidad que puede existir.	25-30 minutos.
Dinámica: Competencia con capacidades diferentes.	Observar las distintas dificultades que una	15-20 minutos.



	persona puede experimentar a diferencia de aquellas personas con buena salud.	
Violencia y discriminación.	Saber los distintitos tipos de violencia del que son objeto los adultos mayores, así como de la discriminación a la cual están expuestos.	25-30 minutos.
Dinámica: Cartel sobre la espalda.	Ser conscientes de como actuamos ante ciertas situaciones y como nos gustaría que nos trataran sin importar nuestra situación.	15-20 minutos.
Facilidades con las que cuenta el adulto mayor. Redes de apoyo. Prevención de la violencia y discriminación. ¿Cómo envejecer con una mejor calidad de vida?	Darse cuenta de los recursos con los que el adulto mayor cuenta y como la sociedad puede contribuir a esto.	25-30 minutos.
Revisión y reflexión del cuestionario aplicado al inicio.	Retroalimentación del taller y verificar haber logrado un cambio en la perspectiva que se tiene acerca del envejecimiento.	15-20 minutos.

Elaboración propia.

ACTIVIDAD 20: TALLER: EDUCACIÓN FINANCIERA.

INSTRUCCIONES:

*Karla Porcayo Ventura.
Facultad de psicología.*



- 1.- Se necesita un lugar bien espaciado, pero sin distractores.

- 2.- El coordinador se presenta y espera a que los participantes hagan lo mismo, mediante una dinámica.

- 3.- El coordinador reparte un cuestionario, pidiendo que cada persona conteste como crea correcto, hace hincapié en que esto no es un examen, solo es para conocer que tanto conocen el tema con el afán de enfocarse en aquello que más desconozcan y así logren tener el conocimiento adecuado.

Cuestionario:

1.- Con tus propias palabras define ¿Qué es la educación financiera?

2.- ¿Consideras importante el tema de la educación financiera?

A) Si.

B) No.

3.- Menciona para que te serviría conocer acerca de la educación financiera:

1.-

2.-

3.-

4.-



4.- ¿En tu caso, has planeado tu retiro?

A) Si.

B) No.

5.- ¿Crees que tu educación familiar y educativa ha influido en que consideres prepararte para el retiro?

A) Si.

B) No.

6.- ¿Has pensado como solventaras tus gastos en la vejez?

A) Si.

B) No.

7.- Menciona a través de que medios solventaras tus gastos:

1.-

2.-

3.-

8.- ¿Sabes cómo puedes ahorrar para el futuro?:



A) Si.

B) No.

9.- ¿Alguna vez has hecho un presupuesto de tus ingresos y egresos?

A) Si.

B) No.

10.- ¿Quién debería de hacerse cargo de los adultos mayores?

A) Familia.

B) Gobierno.

3.- Después de haber contestado el cuestionario, el coordinador procede a dar inicio al taller. Cabe señalar que el taller constara de seis temas a tratar entre los participantes y seis dinámicas para ejemplificar de manera más concreta el tema.

Tabla 27

Taller: Educación financiera.

Actividad	Objetivo	Duración
Bienvenida y presentaciones a través de la dinámica “Cadena de nombres”.	Conocer de manera rápida a los participantes.	25-30 minutos.
Cuestionario.	Conocer que tan informados están acerca de	20-30 minutos.



	la educación financiera.	
Inicio del taller con el primer tema: ¿Qué es la educación financiera? ¿Por qué es importante conocer la educación financiera?	Revisar la definición y discernir creencias erróneas. Además de hacer hincapié en la importancia de este tema.	25-30 minutos.
Dinámica de compras con bajo presupuesto.	Lograr que los participantes tengan prioridades a la hora de elegir sus artículos.	15-20 minutos.
¿Cómo puedo ahorrar? Necesito un presupuesto.	Conocer las formas de tener un ahorro que no sea solo a corto plazo.	25-30 minutos.
Dinámica: Anécdota de Elizabeth.	Identificar porque a Elizabeth no le alcanza el dinero y que debería de hacer.	15-20 minutos.
¿Qué hábitos debo cambiar?	Proponer consejos para estar mejor económicamente.	25-30 minutos.
Dinámica: Anécdota personal.	Identificar porque mis ingresos son menos que mis egresos y que debería de hacer.	15-20 minutos.
¿Se puede tener un buen capital para la vejez?	Darse cuenta de los recursos que podemos generar para nuestro beneficio.	25-30 minutos.
Revisión y reflexión del	Retroalimentación del taller	15-20 minutos.



cuestionario aplicado al inicio. y verificar haber logrado un cambio en la perspectiva, así como en las acciones que se tienen acerca de la educación financiera

Elaboración propia.



Conclusión



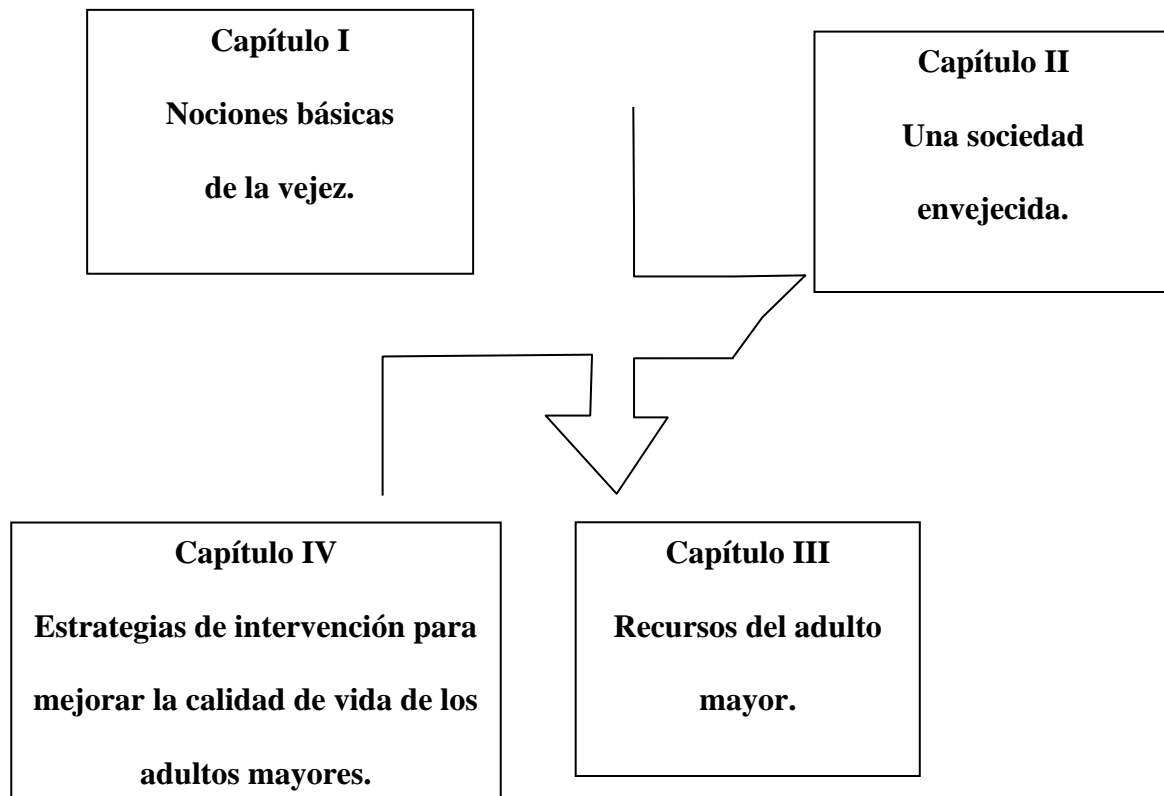
Conclusión

Con base a lo expuesto por medio de la investigación realizada, se puede concluir que el hecho de que la mayoría de las personas no se encuentren preparadas para su retiro tanto a nivel material, físico y mental; todavía como sociedad y/o como personas podemos hacer algo en nuestro propio beneficio, incluyendo a las personas que ya se encuentran en el proceso de envejecimiento pues cabe señalar que se busca mejorar la calidad de vida utilizando las estrategias expuestas y no solo para las personas adultas mayores ya que para las personas más jóvenes aún se puede realizar una intervención en el beneficio propio, aminorando de esta manera el impacto de una población creciente en cuanto al envejecimiento.

Además de fomentar un mayor entendimiento entre generaciones, pues debemos aprender a ser más empáticos con las personas que puedan requerir de nuestro apoyo.

También debemos de aprender a escuchar y orientar a los cuidadores, o incluso se hace indispensable que ellos mismos reconozcan y busquen la ayuda que consideren necesitan, tanta para ellos mismos como para el adulto mayor, bajando así el índice de violencia y discriminación hacia los adultos mayores por parte de los cuidadores quienes se llegan a saturar por el hecho de tener que estar al pendiente de un adulto mayor, así pues también se debe de inculcar al adulto mayor que las cosas que él pueda realizar por sí solo las haga y de esta manera quitando algunas responsabilidades a su cuidador.

7. Esquema





BIBLIOGRAFÍA



Bibliografía:

Alejandra Araya G, y. m. (Junio de 2012). autocuidado_salud. Obtenido de Calidad de vida en la vejez Autocuidado de la salud: chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglcfindmkaj/http://www.adultomayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf.

CIES-USS, F. d., & Lagos B. , L. (2010). Generalidades sobre envejecimiento, vejez y personas mayores. Universidad San Sebastian.

DGIS., I. c. (2012). Base de datos de defunciones generales 1979-2012:Sistema Nacional de Informacion en Salud (SINAIS). Recuperado el 04 de Junio de 2014, de 101243_1.pdf Situación de las personas adultas mayores en México:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf.

Esteban, M. M., Raul, C. C., & Universidad de Castilla La Mancha y Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid, U. A. (03 de 2014). TEMA 6. TEORÍAS PSICOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO. Obtenido de 00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf: <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>.

GOBERNACION, S. D., CONAPO, amAfore, GERIATRIA, I. N., & UNIDAS, F. D. (2015). Vejez y pensiones en México. (COEDICIÓN, Ed.) México: Asociacion Mexicana de Administradoras de Fondos para el Retiro, AC; Secretaria de Gobernacio/Secretaría General del Consejo Nacional de Poblacion.

Gobierno de España, M. d., & Gobierno de Aragón, C. U. (Diciembre de 2013). [cudernomayoreshogar.pdf](#). Obtenido de Cuaderno de apoyo a la comunicación con personas mayores en el hogar: <https://www.studocu.com/es/document/universidad-de->



leon-espana/principios-pedagogicos-de-la-educacion-de-personas-adultas-y-mayores-en-el-hogar/24904761

Hernandez, H. J. (Febrero de 2018). Propuesta de intervención para reducir estereotipos y fomentar actitudes positivas hacia la vejez, en estudiantes de Enfermería de la UAEM, Ciclo Escolar 2017B. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://catalogoinsp.mx/files/tes/55575.pdf.

Laura Ansón Artero, I. B., & Gómez Ruiz, I. (Junio de 2015). estimulacion-cognitiva-csi_editora_94_3_1. Obtenido de Cuaderno de ejercicios para la estimulación cognitiva para reforzar la memoria: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.csi.cat/media/upload/pdf/estimulacion-cognitiva-csi_editora_94_3_1.pdf

Lopez Norori, M. (2016). Texto basico de geriatria y gerontologia. (UNAN-Managua, Ed.) Managua, Nicaragua: Universitaria Tutecotzimí De La Rotonda Universitaria 1 km al Sur Villa Fontana.

Manrique-Espinoza B., e. a. (2012-2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud Pública de México. (I. N. República, Ed.) Obtenido de 101243_1.pdf Situación de las personas adultas mayores en México: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf.

Poblacion, I. c. (2010-2050). 101243_1.pdf Situación de las personas adultas mayores en México. Obtenido de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf.

Rodriguez Daza Karen Dayana-Grupo de Investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano, E. d., & Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. (Agosto de 2010-20205).



86442423.pdf Vejez y envejecimiento. Obtenido de Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez del Distrito Capital:
<https://core.ac.uk/download/pdf/86442423.pdf>.

Rodriguez Daza Karen Dayana-Grupo de Investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano, E. d., Mahecha.S., & Rodriguez, V. V. (2010). 86442423.pdf Vejez y envejecimiento. (U. d. Rosario, Ed.) Obtenido de Actividades Físicas y de Envejecimiento Saludable. Diagnostico y Tratamiento, No. 13 (3). 2008, pp. 142-147:
<https://core.ac.uk/download/pdf/86442423.pdf>.

Sara Gloria Aguilar Navarro., L. G. (2018). Pautas-estimulación -cognitivapdf4. Obtenido de <https://www.incmnsz.mx/2017/Geriatria/Pautas-estimulacion-cognitiva4.pdf>.

Bandera, J. (1985). ecob,+CUTS9090110069A.PDF.pdf. Obtenido de Interacción y elaboración de la identidad en la vejez:
<file:///C:/Users/TAX2/Downloads/ecob,+CUTS9090110069A.PDF.pdf>.

BANSEFI. (2007). Layout 1. Obtenido de Educación Financiera Su dinero y Su futuro:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/389083/19._ManualDeCapacitaci_n_Educaci_n_financiera_Su_dinero_y_su_futuro_.pdf.

Buman, Z. (2007). *Vida de consumo*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

Buitrago, D. (Febrero de 2021). Dialnet-LaEmocionYElSentimiento-8397707.pdf. Obtenido de La emoción y el sentimiento: más allá de una diferencia de contenido.:
<file:///C:/Users/TAX2/Downloads/Dialnet-LaEmocionYElSentimiento-8397707.pdf>.

Clemente, M. A., & Centro Interamericano de Investigaciones , P. (16 de Agosto de 2002). Redalyc.Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica [The relation between social supports networks and the process of human aging. Bibliographical review]. Obtenido de REDES SOCIALES DE APOYO EN RELACION AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO HUMANO REVISION BIBLIOGRAFICA: <https://www.redalyc.org/pdf/180/18020103.pdf>.



Condusef. (s.f.). 273036_guia_familiar_de_EF.pdf. Obtenido de Guía Familiar de Educación Financiera:

https://www.condusef.gob.mx/documentos/273036_guia_familiar_de_EF.pdf.

Diane E. Papalia, H. L. (2009). Desarrollo del adulto y vejez Tercera Edición. Mexico, D.F.: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Federal, I. p. (s.f.). Manual_cuidados-generales.pdf. Obtenido de Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf.

Fematt, F. M. (15 de Junio de 2010). Definición y objetivos de la geriatría. Obtenido de Definición y objetivos de la geriatría: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102b.pdf>.

Hernandez, H. J. (Febrero de 2018). Propuesta de intervención para reducir estereotipos y fomentar actitudes positivas hacia la vejez, en estudiantes de Enfermería de la UAEM, Ciclo Escolar 2017B. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/<https://catalogoinsp.mx/files/tes/55575.pdf>.

Landrie, L. E. (Septiembre de 2001). slets-017-031. Obtenido de Adultos Mayores y Familia: algunos aspectos de la intervención del Trabajo Social:

<https://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-031.pdf>.

Lozano, L. V. (Agosto de 2021). INFORME FINAL VIVIANA AGOSTO_092021.pdf.

Obtenido de Importancia de las Redes Sociales para el Adulto Mayor Institucionalizado y su familia en el Contexto de Pobreza:

https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/49517/INFORME%20FINAL%20VIVIANA%20AGOSTO_092021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

M^a Del Carmen Carbajo Vélez, R. d. (Junio de 2010). “Mitos y estereotipos sobre la vejez.

Propuesta de una concepción realista y tolerante”. Obtenido de Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante:

<http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>.

Manuel Ortega Martínez, C. P. (NIPO: 820-10-313-1). 50236319.pdf. Obtenido de Educación

Financiera en Enseñanza Secundaria Obligatoria: <https://www.oecd.org/finance/financial-education/50236319.pdf>.

Ricardo Iacub, B. S. (2013). Psicología de la Mediana Edad y Vejez ISBN 978-987-544-498-0.

De Mar del Plata, Argentina: Facultad de psicología Universidad Nacional de Mar del Plata,Ministerio de Desarrollo Social.



- Rubio Olivares, D. Y. (Diciembre de 2015). Redalyc. “Calidad de vida en el adulto mayor”.
Obtenido de “Calidad de vida en el adulto mayor”:
<https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
- Salud, O. M. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Suiza: OMS
(www.who.int), Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud.
- Serrano, Á. d. (29 de Abril de 2013). Microsoft Word - INFORME 2013-2 ENVEJECIMIENTO
ACTIVO DEF.doc. Obtenido de El papel de la familia en el envejecimiento activo:
<https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Informe20132.pdf>.
- Strejilevich, L. (2004). Gerontología Social. Buenos Aires, Argentina: Editorial Dunken; Buenos
Aires; Argentina.