



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**TERCERA EDAD: VIDA PLENA.**

**T E S I S**

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

PRESENTA:

**NANCY CHAVARRÍA ARELLANO**

**DIRECTOR DE TESIS:** MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO.

**REVISORA:** MTRA. BLANCA GIRÓN HIDALGO.

**SINODALES:** MTRA. ANGELINA GUERRERO LUNA.

LIC. JUAN MANUEL MORALES FLORES.

LIC. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ.

Ciudad Universitaria, México, D.F

2012



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.

***En memoria de David Chavarría Ascencio,***

***con todo mi amor.***

***Siempre en mi corazón....***

*Nancy.*

Todo lo que sabes

Todo lo que eres

Todo lo que haces

Todo lo que tienes

Todo lo que crees

Todo te ha servido para llegar hasta aquí...

¿Cómo seguir?

¿Cómo hacer para ir más allá?

Es tiempo de usar

Todo lo que todavía no sabes

Todo lo que aún no eres

Todo lo que por ahora no haces

Todo lo que afortunadamente no tienes

Todo aquello en lo que no crees.

*-Jorge Bucay-*

## **AGRADECIMIENTOS**

A **Dios**, a la **vida** misma, por permitirme alcanzar una meta más y culminar esta etapa de formación tan importante para mí.

### ***A Ma. Luisa Arellano Hernández:***

Mamá gracias por tu apoyo, por tu amor y por tu preocupación. Por tu ejemplo de perseverancia y de lucha para lograr lo que uno desea. Y por esa fuerza para enfrentar las adversidades, ejemplo que, deseo ejercer en mi vida.

### ***A David Chavarría Ascencio:***

Papá gracias por todas las enseñanzas y lecciones de vida que me transmitiste, por tu amor y cariño; desde donde estas, se que te encuentras muy orgulloso de mí, y me acompañas donde quiera que voy. Fuiste y eres mi ejemplo a seguir, me mostraste que a pesar de los obstáculos que interfieren nuestro camino, se necesita constancia, paciencia, temple, para seguir adelante, en busca de nuestros objetivos. Y hoy este es uno de los míos. Lo logre!!!

### ***A María Luisa Chavarría Arellano:***

Hermana que mejor regalo que tenerte a mi lado y contar contigo. Gracias por tu apoyo y por todos los momentos que hemos pasado juntas, buenos o malos. Te quiero mucho.

### ***A José Ángel Hernández Ramos:***

Gracias por ayudarme en todo este proceso, por estar presente cuando más lo he necesitado, por tu apoyo, comprensión, por estar aquí y compartir.

***A Mtro. Sotero Moreno Camacho:***

Por ser mi guía y parte importante en la elaboración de esta tesis, le agradezco su tiempo, su apoyo, su colaboración y comentarios.

***A mis Sinodales:***

Por sus aportaciones, sus comentarios y su tiempo.

***A mis familiares:***

Por apoyarme, por convivir, por preocuparse, por interesarse y estar en todo momento y más aún cuando los he necesitado. Por sembrar en mí la importancia de la unidad, herramienta esencial para salir de situaciones adversas.

***A mis amig@s:***

Por ser una parte fundamental en mi vida y compartir tantos momentos inolvidables con cada un@ de ustedes. Saben que no hace falta nombrarl@s porque dentro de nuestros corazones y recuerdos está plasmado este lazo fuerte de amistad.

***A toda la gente que hizo posible esta tesis:***

Mil gracias!!!, a los que participaron en la elaboración del taller, sin ustedes esto no hubiera podido ser.

Así como a toda la gente que estuvo al pendiente en este proceso, alentándome a seguir adelante y no desistir.

***A mí querida Universidad Nacional Autónoma de México:***

Por todas las experiencias y saberes que me dejaste fuera y dentro de tus aulas. Por los profesores, amigos y demás gente que me permitiste conocer y dejaron una huella importante en mi vida (en cualquier sentido), desde la P5 hasta la Fac. de Psicología. Muchas gracias UNAM.

Por último a mí misma, por ser quien soy, por todo mi esfuerzo y dedicación en la realización de esta tesis, por no desistir y dar un paso más hacia adelante, paso que no termina aquí, sino que es sólo apenas el comienzo.

*Nancy Chavarría Arellano.*

*Las vidas de los grandes hombres nos recuerdan que podemos hacer sublimes nuestras vidas y, al partir, dejar atrás nuestras huellas en la arena del tiempo;*

*Huellas que quizá algún hermano que abandonado navegue en el océano de la vida, pueda al verlas recobrar los ánimos,*

*Entonces, pongámonos de pie y en acción, ante los avatares del destino, con el corazón dispuesto; perseverando siempre, constantes siempre, aprendamos a trabajar y a esperar.*

*-Henry Wadsworth Longfellow-*

# ÍNDICE

RESUMEN.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii

## CAPÍTULO I

### Desarrollo del Ser Humano

1.1 Etapas del Ser Humano. Ciclo vital .....	1
1.2 Tercera Edad o Vejez.....	8
1.2.1 Definición.....	8
1.2.2 Teorías del envejecimiento.....	13
1.2.2.1 Teorías biológicas.....	13
1.2.2.2 Teorías psicosociales.....	15
1.2.2.3 Teorías psicológicas.....	19
1.2.2.4 Teorías del desarrollo.....	22
1.3 El adulto mayor en México.....	25
1.4 Cambios en la tercera edad.....	32
1.4.1 Cambios físicos.....	32
1.4.1.1 Envejecimiento cerebral.....	33
1.4.1.2 La piel.....	35
1.4.1.3 Los sentidos.....	35



1.4.1.4	Músculos, huesos y movilidad..-	38
1.4.1.5	Órganos internos.....	40
1.4.1.6	Aparato digestivo.....	40
1.4.1.7	Sistema circulatorio.....	41
1.4.1.8	Sistema inmune.....	41
1.4.1.9	Sistema respiratorio.....	41
1.4.1.10	Aparato urinario.....	42
1.4.1.11	El sueño.....	43
1.4.1.12	Discapacidad y el adulto mayor.....	44
1.4.1.13	Salud en la Tercera Edad.....--	46
1.4.2	Cambios cognitivos.....	49
1.4.2.1	Atención.....	51
1.4.2.2	Memoria.....	51
1.4.2.3	Inteligencia.....	52
1.4.2.4	Aprendizaje.....	53
1.4.2.5	Sabiduría.....	53
1.4.2.6	Razonamiento.....	54
1.4.2.7	Capacidad de resolución de problemas.....	54
1.4.2.8	Creatividad.....	54
1.4.2.9	Demencia en el proceso de envejecimiento.....	55
1.4.2.9.1	Alzheimer.....	58
1.4.2.9.2	Apoplejía.....	59

1.4.2.9.3	Demencia mixta.....	60
1.4.2.9.4	Demencia tipo Parkinson.....	60
1.4.3	Cambios psicológicos y en la personalidad.....	60
1.4.3.1	Personalidad.....	61
1.4.3.2	Distimias.....	64
1.4.3.2.1	Depresión.....	65
1.4.3.3	Amor.....	66
1.4.4	Desenvolvimiento social.....	67
1.4.5	La familia y el adulto mayor.....	69
1.4.5.1	El cuidado del anciano.....	71
1.4.5.1.1	El cuidador.....	72
1.4.5.1.2	El anciano.....	73
1.4.6	El trabajo y la jubilación.....	75
1.4.7	Sexualidad.....	80
1.4.7.1	Menopausia.....	80
1.4.7.2	Andropausia.....	83
1.4.8	Sistema de creencias.....	87
1.5	El Duelo en la vejez.....	89

## **CAPÍTULO II**

### **Programas de atención para el Adulto Mayor**

<b>2.1 Cuidados gerontológicos y geriátricos.....</b>	<b>94</b>
<b>2.1.1 Geriatría.....</b>	<b>94</b>
<b>2.1.2 Gerontología.....</b>	<b>95</b>
<b>2.2 Asistencia social orientada al anciano.....</b>	<b>97</b>
<b>2.2.1 Derechos del adulto mayor en México.....</b>	<b>98</b>
<b>2.3 Instituciones para el cuidado del adulto mayor en México.....</b>	<b>100</b>
<b>2.4 Calidad de vida.....</b>	<b>106</b>
<b>2.5 Tercera edad. “Hacia una calidad de vida” .....</b>	<b>109</b>
<b>2.5.1 Justificación.....</b>	<b>109</b>
<b>2.5.2 Población.....</b>	<b>109</b>
<b>2.5.3 Objetivo.....</b>	<b>109</b>
<b>2.5.4 Objetivos específicos.....</b>	<b>109</b>
<b>2.5.5 Carta descriptiva.....</b>	<b>110</b>

## **CAPÍTULO III**

### **Proceso Metodológico**

<b>3.1 Planteamiento del problema.....</b>	<b>113</b>
<b>3.2 Objetivos.....</b>	<b>113</b>

<b>3.3 Objetivos específicos.....</b>	<b>113</b>
<b>3.4 Variables.....</b>	<b>114</b>
<b>3.5 Variable conceptual.....</b>	<b>114</b>
<b>3.6 Variable operacional.....</b>	<b>114</b>
<b>3.7 Hipótesis.....</b>	<b>114</b>
<b>3.8 Participantes.....</b>	<b>114</b>
<b>3.9 Instrumentos.....</b>	<b>115</b>
<b>3.10 Escenario.....</b>	<b>115</b>
<b>3.11 Diseño de investigación.....</b>	<b>115</b>
<b>3.12 Procedimiento.....</b>	<b>116</b>
<b>3.13 Análisis de resultados.....</b>	<b>116</b>
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>Resultados.....</b>	<b>117</b>
<b>CONCLUSION Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>131</b>
<b>REFERENCIAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

La tercera edad es la última etapa del desarrollo humano la cual está acompañada por un deterioro inminente denominado proceso de envejecimiento.

En México el número de personas mayores de 60 años se ha incrementado como consecuencia de un alargamiento en la esperanza de vida, logrando representar el 6.3% de la población mexicana.

Este período de vida se ha visto envuelto en una serie de rechazos por parte de la sociedad, ya que promueve una veneración a la juventud y discrimina al sector de adultos mayores, generando una falta de cultura hacia la vejez, trayendo como consecuencia información inadecuada sobre éste proceso y los cambios que abarca. Ante esto, surge la pregunta ¿Qué tan preparada está la sociedad para enfrentar la tercera edad?

La presente investigación pretende por medio de un taller informar a la sociedad sobre este período y que reconozcan todo lo que implica, encontrando estrategias para poder lograr una mejor calidad de vida.

Se hizo un diseño pre experimental de pretest y postest en un grupo voluntario heterogéneo de 46 personas con edades de 15 hasta 73 años. Los resultados arrojaron una diferencia significativa de .003 es decir, que si hubo un cambio de percepción sobre la ideología que tenían los participantes sobre este período del ciclo vital.

A partir de esto se concluye que, hace falta una educación en pro de los adultos mayores y de la etapa misma, así como, informar sobre este tema a cualquier persona y a cualquier edad, ya que al no saber lo que implica éste proceso se tiende a caer en connotaciones negativas y rechazo.

---

**Palabras clave:** *tercera edad, envejecimiento, calidad de vida*

## INTRODUCCIÓN

*“...No hay etapa de la vida humana que provoque mayor ambivalencia que la vejez.... Deseamos una larga vida, rica en experiencias, pero... tememos al tramo final del camino, marcado por un decaimiento físico y mental así como el rechazo social....”*

*-Cerejido y Aréchiga-*

En nuestros días se vive de forma acelerada; la globalización y la tecnología son focos de vida que absorben a la gente de sobremano donde se vive de acuerdo a sus avances y cambios constantes. Debido a la urbanización, las personas han adquirido un modo de vida bastante ajetreado, ligado con padecimientos de trastorno de estrés y ansiedad; volviéndose seres ensimismados donde la interacción y la relación con los demás pasa a segundo plano por falta de tiempo.

Sin embargo, se han generado logros y avances en favor al desarrollo humano, fomentando el incremento de esperanza de vida. La tasa de mortalidad ha disminuido y se prevé que dentro de algunos años, el sector mundial de población más sobresaliente será el de la tercera edad.

Para el 2050 se pronostica que en México, el monto de individuos mayores de 60 años aumentará casi 7 veces, es decir, 1 de 4 mexicanos serán ancianos (CONAPO, 2004).

La tercera edad o vejez es concebida como la última etapa del desarrollo del ser humano, donde hay un declive, al que se le ligan connotaciones negativas, a causa de una sociedad que le debe culto a la juventud, la belleza, la vitalidad, la sexualidad; negando que algún día, envejecerá, por ello la evita y se rehúsa a los constantes problemas físicos, sociales y psicológicos que acarrea, pero a su vez consecuentes de esta ideología.

Hoy en día la sociedad relega al adulto mayor, ya que considera, que las personas cuando van envejeciendo, se van volviendo seres improductivos que no aportan a la colectividad, además, por el ritmo de vida no hay un trato adecuado para ellos y las necesidades que requieren. Por otra parte, las generaciones jóvenes no tienen idea de cómo darles un buen trato, puesto que se les hace irrelevante la etapa por la cual atraviesan, sin sentir una identificación con los ancianos, creyendo que su vejez será diferente a la de los actuales.

Las personas al no planificar este período de vida pueden encontrarse ante la problemática de no saber qué hacer, pudiendo llegar a sufrir un derrumbe psicológico preciso a los estereotipos que se le atribuyen. En el núcleo familiar el adulto mayor se ve ante dos situaciones principales: el abandono o la excesiva sobreprotección, cargados de sentimientos de subordinación, inseguridad, carencia, depresión, aspectos devaluativos y de dependencia, ya que la autonomía que se tenía se ve afectada, sea por falta de salud ante el deterioro biológico inminente en capacidades físicas y mentales; en su bienestar económico, pues es difícil que encuentre un empleo; en sus relaciones afectivas y sexuales basadas en prejuicios, además de la dificultad de acceder a una pareja y su auto percepción negativa, debido a que no encaja con el pensamiento de la sociedad.

En este transcurso las personas comienzan a enfrentarse ante pérdidas significativas, reconociendo principalmente, que la muerte es ineludible, al observar como sus círculos socio-afectivos se van reduciendo, por ello, algunos adultos mayores optan por refugiarse en organizaciones o cultos religiosos donde encuentran paz, tranquilidad, mitigando temores y sentimientos de soledad, puesto que es un lugar donde interactúan y participan activamente con otras personas, lo que les genera sentimientos de bienestar. De igual forma, el gobierno ha creado instituciones de asistencia social para el adulto mayor, los cuales les brindan oportunidades y promueven una calidad de vida en esta etapa; el problema radica en que no cubre todos los sectores poblacionales y muchos ancianos no están percatados de que existen estas instituciones, y desconocen los beneficios que les brindan o bien, no tienen forma de desplazarse para acudir a las estancias.

De aquí surge la problemática sobre: ¿Qué tan preparada esta la sociedad para enfrentar la vejez?, entendiéndose que dentro de algunos años la mayoría de la gente será de la tercera edad; ¿Qué tan informada está la gente sobre esta etapa y los cambios que conlleva?, ¿Quiénes apoyan a las personas mayores?, ¿Cómo se puede lograr un bienestar en esta época de la vida?

El presente trabajo pretende a través de un taller, hacer consciente la importancia de reflexionar sobre la Tercera Edad y su planificación. Ya que es prioritario que las

personas sepan a lo que se van a enfrentar y cómo van a vivir, considerando de qué manera llevar una mejor calidad de vida en la senectud.

Por ello la importancia y el objetivo de este estudio es:

- Abrir un espacio al reconocimiento sobre la tercera edad, entendiendo que no es sólo una etapa de pérdidas o improductividad sino que, se puede gozar y vivir con bienestar. Además, de promover la idea en los participantes de que los adultos mayores son una fuente de experiencia, son productivos y útiles.

Los objetivos específicos:

- Que las personas se percaten sobre las características de ésta etapa y los cambios físicos, sociales, psicológicos que sobrelleva.
- Deliberar la importancia de planificar la tercera edad y las consecuencias de no hacerlo.
- Considerar factores que ayudan a lograr un bienestar y plenitud en éste período.
- Reconocer qué instituciones se hacen cargo del cuidado del anciano.
- Crear propuestas sobre el cuidado de las personas mayores para su beneficio.

Por lo tanto, esta investigación aborda en el *Capítulo I* una introducción sobre el desarrollo del ser humano, resaltando primordialmente la etapa de la vejez, como sus cambios biológicos, sociales y psicológicos. En el *Capítulo II* se retoman algunos programas de atención al anciano y la propuesta de un taller que promueva una consciencia hacia una buena calidad de vida en la senectud. Los *Capítulos III y IV*, se refieren al método y resultados obtenidos del Taller: Tercera Edad. “Hacia una calidad de vida”.



# CAPÍTULO I

## DESARROLLO DEL SER HUMANO.

*Vivir no es sólo existir,  
sino existir y crear,  
saber gozar y sufrir  
y no dormir sin soñar.  
Descansar, es empezar a morir.*  
Gregorio Marañón

*Cual la generación de las hojas, así la de los hombres.*

*Esparce el viento las hojas por el suelo, y la selva, reverdeciendo, produce otras al llegar la primavera:  
de igual suerte, una generación humana nace y otra perece*

Homero

### 1.1 Etapas del Ser Humano. Ciclo vital.

El hombre es un ser unitario que se halla en una sociedad creciente, vive, se desarrolla y muere. A lo largo de la vida, las personas se ven ante situaciones constantes que son influyentes para forjar su personalidad, su pensamiento, la percepción y la forma de reaccionar ante ciertos estímulos que generan un constante aprendizaje y de acuerdo a la experiencia de cada individuo, será la forma en que éste responda. Sin embargo, se pueden observar semejanzas generales en las etapas de la vida de todas las personas tanto en la niñez, la adolescencia, la adultez y la vejez.

Desde el momento de la concepción, los seres humanos sufren procesos de desarrollo y cambios en el transcurso de su vida, así como, características que permanecerán estables hasta su muerte (Craig, 1999).

Papalia (2005), se refiere al desarrollo del ciclo vital como “Un proceso que dura toda la vida, el cual estudia las pautas de crecimiento, cambios y estabilidad en la conducta” (p.8).

La perspectiva del ciclo vital se considera dentro de los seis principios identificados por Baltes (citado en Santrock, 2006) argumentando que: “*el desarrollo es duradero, es multidimensional (biológico, psicológico y social), involucra ganancias y pérdidas, es flexible, es multidisciplinar, es contextual y es cultural*”.

Algunas influencias en el desarrollo, se originan primordialmente con la **herencia**, que son todas las características innatas como la genética; el **ambiente**, que describe aquellas influencias no heredadas y el aprendizaje de experiencias del entorno; y la **maduración** que implica todos los cambios físicos y conductuales. De igual manera, el desarrollo abarca varias dimensiones: física, cognoscitiva y psicosocial que están entrelazadas.

- *Desarrollo físico*: expone el crecimiento del cuerpo y el cerebro, así como, el cambio o estabilidad en las capacidades sensoriales, las habilidades motoras y la salud.
- *Desarrollo cognoscitivo*: es el cambio y estabilidad en habilidades mentales, como el aprendizaje, la atención, la memoria, el lenguaje, el pensamiento, el razonamiento y la creatividad.
- *Desarrollo psicosocial*: habla sobre los cambios y la estabilidad en las emociones, la personalidad y las relaciones sociales.

De forma arbitraria, el ciclo vital se divide en **etapas** o **estadios** como puntos de referencia, aludiendo al período de tiempo en la vida de una persona que cuenta con características concretas, donde se asocia una edad aproximada a cada período. Sin embargo, se hace hincapié en la irrelevancia de la edad en la sociedad, debido a la constante modificación del estilo de vida, puesto que los patrones que regían a la sociedad hace 25 años no son los mismos a los actuales; por ejemplo: ahora podemos ver abuelas de 40 años, estudiantes de 60 años, madres primerizas de 42 años, etc.... por ello la edad se ha conceptualizado en edad cronológica, edad biológica, edad psicológica y edad social.

- *Edad cronológica*: es el número de años que han pasado desde el nacimiento.
- *Edad biológica*: habla en términos de salud física. Para determinarla se debe reconocer las capacidades vitales; mientras más joven sea esta edad biológica mayor será la expectativa de vida.
- *Edad psicológica*: son las capacidades de adaptación de un individuo comparado con la de otros de la misma edad cronológica.

- *Edad social:* se refiere a los roles sociales y las expectativas que se tienen vinculadas con la edad de una persona que son las que más rigen a la sociedad.

En base a estas referencias, se debe de tomar en cuenta que los rangos de edad son sólo acercamientos para dar una idea general de cuándo un período empieza y cuándo termina. Dentro de la secuencia más utilizada para estos estadios están: período prenatal, primera infancia, niñez temprana, niñez intermedia y tardía, adolescencia, juventud, madurez y vejez (Rice, 1997).

El siguiente cuadro plantea algunas características principales del ciclo vital, aportadas por algunos autores como: Craig (1999), Papalia (2005), Rice (1997), Santrock (2006).

**Características principales del desarrollo.**

<i>Período de edad</i>	<i>Desarrollo físico</i>	<i>Desarrollo cognoscitivo</i>	<i>Desarrollo psicosocial</i>
<p><b>PERÍODO PRENATAL</b> (de la concepción al nacimiento)</p>	<p>a) Herencia y ambiente influyen en el desarrollo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación de estructuras corporales básicas y órganos</li> <li>• Desarrollo y crecimiento cerebral</li> <li>• Hay gran vulnerabilidad a influencias ambientales negativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las habilidades para aprender y recordar así como, responder a estímulos sensoriales comienzan a desarrollarse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El feto responde a la voz de la madre; desarrollando preferencia hacia ella</li> </ul>
<p><b>PRIMERA INFANCIA</b> (del nacimiento a los 2 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funcionamiento de todos los sentidos y sistemas en formas graduales</li> <li>• Cerebro aumenta su complejidad y es altamente sensible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidad para aprender y recordar</li> <li>• Uso de símbolos y la capacidad para resolver problemas se desarrollan al</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación de apegos con padres y otros</li> <li>• Aprende a confiar y desconfiar</li> <li>• Desarrollo de la</li> </ul>

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <p>al ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de capacidad y coordinación motora</li> </ul> | <p>final del segundo año</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprensión y uso de lenguaje se desarrolla con rapidez</li> </ul> | <p>conciencia de sí</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De la dependencia a la autonomía</li> <li>• Incremento de interés por otros niños</li> <li>• Ya hay una manifestación de personalidad y temperamento</li> </ul> |
|--|--|--|

**NIÑEZ TEMPRANA**  
(de los 3 a los 5 años)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento continuo; proporciones más similares a la de los adultos</li> <li>• Disminución de apetito; problemas de sueño son comunes</li> <li>• Aparece preferencia manual; mejora capacidades motrices</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamiento egocéntrico, sin embargo hay comprensión de la perspectiva de otras personas</li> <li>• Inmadurez lógica</li> <li>• Memoria y lenguaje mejoran</li> <li>• Inteligencia mas predecible</li> <li>• Preescolar y jardín de niños</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crece autoconcepto y comprensión de emociones</li> <li>• Incremento de independencia, la iniciativa, autocontrol, y autocuidado</li> <li>• Desarrollo de identidad de genero</li> <li>• Juego más imaginativo, elaborado y social</li> <li>• Altruismo, agresión y temor</li> <li>• La familia sigue siendo el centro de vida social, pero otros niños se vuelven más importantes</li> </ul> |
|---|---|---|

**NIÑEZ INTERMEDIA**  
(de los 6 a los 11 años)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se lentifica el crecimiento</li> <li>• Mejora la fuerza y habilidades atléticas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de egocentrismo</li> <li>• Pensamiento lógico pero no concreto</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoconcepto mas complejo, afectando la autoestima</li> <li>• Cambio gradual de control de padres-</li> </ul> |
|---|--|--|

- Enfermedades respiratorias comunes, pero la salud es la mejor que en cualquier etapa
- Aumenta memoria y habilidad lingüística
- Algunos niños muestran fortalezas y necesidades especiales de educación
- hijos
- Compañeros adquieren importancia central

---

## **ADOLESCENCIA**

**(de los 12 a los 20 años)**

- Madurez reproductiva
- Riesgos de la salud principalmente de problemas conductuales
- Habilidad para pensar de forma abstracta y usar razonamiento científico (operaciones formales)
- Pensamiento inmaduro persistente en algunas conductas y actitudes
- Educación concentrada en la preparación de la universidad o vocación
- Preparación para entrar al mundo adulto
- Búsqueda central de identidad, incluyendo la sexual
- Relación con padres generalmente buena
- Grupo de pares ayuda al desarrollo y prueba el autoconcepto, pero también puede ejercer lo antisocial

---

## **JUVENTUD O ADULTEZ TEMPRANA**

**(de los 20 a los 30)**

- Condición física llega a su cima, comienza a disminuir ligeramente
- Elección de estilo de vida influye en la salud
- Habilidades cognoscitivas y juicio moral adquiere complejidad
- Toma de decisiones educativas y profesionales
- Rasgos de personalidad y estilo estables, cambios de la personalidad influidos por etapas y acontecimientos de la vida
- Toma de decisiones sobre relaciones íntimas y estilo de vida
- La mayoría se casa y se convierte

en padres

**MADUREZ O  
ADULTEZ  
INTERMEDIA**  
( de los 40 a los  
60)

- Puede haber cierto deterioro de habilidades sensoriales, salud, vigor y destreza
- Mujeres experimentan la menopausia
- Mayoría de habilidades mentales básicas llegan a su cima; experiencia y habilidades practicas para la solución son altas
- Producción creativa puede declinar, pero mejora la calidad
- Puede llegar el éxito profesional y capacidad adquisitiva al máximo u ocurrir un agotamiento o cambio de carrera
- Sentido de identidad continúa en desarrollo; crisis de la edad madura
- La responsabilidad de cuidar a otros puede generar estrés
- Partida de hijos. “Nido vacío”

**VEJEZ O  
ADULTEZ  
TARDIA**  
(de los 65 en  
adelante)

- La mayoría de personas es saludable y activa, aunque hay una declinación de salud y habilidades motoras
- Menor velocidad de reacción afecta algunos aspectos del funcionamiento
- Mayoría de gente mentalmente alerta
- Aunque la inteligencia y memoria pueden deteriorarse en algunas áreas, la mayoría de la gente busca maneras de compensarlo
- El retiro y jubilación ofrecen opciones para el uso del tiempo
- Afrontamiento de perdidas personales y la muerte
- Relaciones afectivas pueden proporcionar apoyo importante
- La búsqueda del significado de la vida adquiere importancia central

Como se puede observar en el cuadro anterior, el desarrollo está compuesto por varios cambios y situaciones constantes a lo largo de la vida, y dependerá del individuo en

base a sus experiencias, el contexto y sus capacidades biológicas y psíquicas que logre llegar a un fin y encuentre el significado de ésta.

A su vez, la vejez es otra etapa más del ciclo vital, que se encuentra en un momento de ajuste ante los cambios de las capacidades físicas, de las situaciones personales y sociales, pero que a su vez, si se lleva de forma adecuada se puede encontrar plenitud, ya que es un período de adaptación y de reflexión sobre la vida. Por ello, es necesario prestar mayor atención al cuidado de la salud para mantener el vigor físico y bienestar, pues estas características son las que hacen único el período de la tercera edad o vejez.

## **1.2 Tercera Edad o Vejez.**

*Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.*

*Ingmar Bergman*

Ya no somos una sociedad de jóvenes. Cada vez son más los individuos que alcanzan edades avanzadas, por ello, el concepto de vejez o tercera edad es reciente, ya que antes del siglo XX la mayoría de los individuos fallecían antes de cumplir los 65 años, ahora, se está viviendo más tiempo, debido, al crecimiento económico, a una mejor nutrición, a estilos de vida más saludables, a un mayor control de enfermedades infecciosas, a instalaciones sanitarias y a una asistencia médica adecuada.

Fericgla (2002), habla sobre la Cultura de la Ancianidad, la cual, conforma un importante colectivo y constituye un sistema de valores culturales definidores y propios, que han irrumpido y se han ganado un espacio en el agregado de culturas o formas de vida que conforman la sociedad.

La vejez es una etapa importante por su propia naturaleza. Comienza alrededor de los 65 años (Craig, 1999). En algunas sociedades, a los ancianos se les admira y recompensa con una elevada condición que corresponde a su edad; mientras que en otras recientemente se les está dando importancia y un lugar en la población como es el caso de la cultura occidental.

### **1.2.1 Definición.**

Tanto los investigadores interesados en el tema de la vejez, como la sociedad, han otorgado diferentes términos a esta etapa del desarrollo, como son: tercera edad, adultez tardía, senectud, ancianidad; los cuales tienen el propósito de esquivar los prejuicios y la discriminación. Algunos de ellos sí lo logran, y en gran medida; otros, por el contrario, generan nuevas máscaras; ya que llamarles viejos a las personas que se encuentran dentro de este período de vida suele ser "ofensivo" ya que nadie quiere serlo. De ahí que también el término "viejos" o "ancianos" se ha cambiado y ahora se le



llama Adulto Mayor a las personas de más de 60 años de acuerdo a una Ley aprobada por la Asamblea del Distrito Federal, a mediados del año 2000.

Fernández- Ballesteros (2000),( citado en Mendoza, 2005) menciona que etimológicamente la palabra “vejez”- que deriva de “viejo”- procede del latín, *veclus*, *vetulum*, que a su vez, viene definido por “*la persona de mucha edad*”. En el presente trabajo se utilizan en su mayoría los conceptos vejez, tercera edad, adulto mayor, sin ningún juicio valorativo.

La vejez, es el período de vida que está marcado a partir de los 65 y 70 años aproximadamente y esta durará hasta la muerte siendo la etapa de vida más extensa del desarrollo humano. Se caracteriza por la disminución de la fuerza y de la salud, se toma como el momento de reflexionar sobre la vida, la jubilación y la adaptación a nuevos roles (Santrock, 2006).

Fernández- Ballesteros (1999), menciona que una gran parte de la gente cree que la vejez no está necesariamente asociada a la edad, sino a factores como: perder la ilusión por la vida, el deterioro físico y mental, los cuales, marcan su comienzo; por otro lado, hay personas que consideran una determinada edad cronológica como la frontera de la vejez, pero como esta edad no es un buen indicador, los expertos en este campo se han ocupado del concepto de “edad funcional”, como el predictor obtenido de diferentes indicadores sobre el funcionamiento bio-psico-social del individuo, definiendo así su vejez.

La tercera edad es una etapa muy diversa y heterogénea, en la que la variabilidad interindividual alcanza su punto máximo (Vega, 1996). Es decir, las diferencias entre las personas mayores superan en muchas variables a las diferencias que existen en otras etapas del desarrollo.

Para Kastenbaum (1980), la vejez es un estado mental. Se define según normas exteriores como en el caso de la edad cronológica o el propio criterio. Es posible considerarla como una situación deseable o temible. Además de que el término vejez es una abstracción, ya que se define en función de una serie de características de las personas.

Los psicólogos evolutivos han distinguido 2 grupos de edad dentro de la tercera edad: el anciano joven (65 a 75 años) y el anciano maduro (75 años en adelante); así mismo otros han distinguido al gran anciano que son personas mayores de 85 años. Algunas comparaciones entre estas dos clasificaciones según sus funciones son:

- El anciano joven (desde los 65 años a los 85 años): tiene un aumento de esperanza de vida; potencial a la hora de mejorar su estado físico y cognitivo; mantienen mayor parte de su capacidad cognitiva; pueden desarrollar estrategias para hacer frente a las ventajas y las pérdidas del envejecimiento.
- El gran anciano (desde los 85 años): muestra una considerable pérdida de habilidades cognitivas; experimentan un aumento de estrés crónico; el Alzheimer es más común y las personas son más frágiles; morir con dignidad es cada vez menos probable (Baltes y Smith, 2003).

Cabe señalar que la vejez avanzada no solo es la continuación de la vejez, sino es un período con características diferentes mucho menos benévolas.

La edad avanzada empieza entre los 80 y 85 años, además comienza cuando los cambios biológicos asociados al envejecimiento implican un aumento de fragilidad del anciano y un riesgo de discapacidad. Aproximadamente el 80% de personas mayores de 85 años presentan pérdidas significativas en al menos 3 de las 6 áreas funcionales (visión, oído, fuerza, actividades necesarias para vivir de forma autónoma, enfermedades físico-crónicas y capacidades mentales) (Triado & Villar, 2006).

Por otro lado Irene Burnside (citada en Craig, 1999) analiza la vejez a partir de cuatro décadas:

- Sexagenarios: de 60 a 69 años de edad. Este período comprende una gran transición ya que las personas comienzan a adaptarse a una nueva estructura de roles. El ingreso disminuye por la jubilación o disminución de horas laborales; comienzan a cerrarse círculos de amistad. La sociedad disminuye las expectativas del adulto mayor pues le exige menos dinamismo, independencia y creatividad, muchos al responder ante estas expectativas crean una profecía autorrealizada. La fortaleza física disminuye un poco. La jubilación varía dependiendo del individuo.

- Septuagenarios: 70 a 79 años de edad. La más importante tarea es mantener integrada la personalidad. Hay sufrimiento de pérdidas y enfermedades, se reduce el mundo social y se deben adaptar a una menor participación de las organizaciones formales. A menudo muestran inquietud e irritabilidad. Disminuye actividad sexual en hombres y mujeres, a veces por la pérdida de pareja.
- Octogenario: de 80 a 89 años de edad. Se describe esta etapa como “un proceso gradual que inicia el día en que comenzamos a vivir de los recuerdos”. A la mayoría de la gente situada en esta etapa le resulta difícil adaptarse e interactuar con el ambiente, requiriendo de ayuda para mantener los contactos sociales y culturales. Son seres débiles, pero esto no significa discapacidad ni dependencia total.
- Nonagenarios: de 90 años en adelante. Aunque los problemas de salud se vuelven mas graves, las personas pueden modificar exitosamente sus actividades para aprovechar al máximo sus capacidades. Se resaltan ventajas de la senectud, como la ausencia de presiones y responsabilidades. Si las crisis anteriores se resolvieron satisfactoriamente será una década alegre, serena y gratificante.

Así mismo, la vejez se ha clasificado en tres tipos o formas de envejecimiento: vejez normal, vejez patológica y vejez con éxito.

- 1) Vejez normal: es aquella que se cursa sin patologías físicas o psicológicas inhabilitantes.
- 2) Vejez patológica: es el resultado de un organismo quebrantado por la enfermedad y la discapacidad.
- 3) Vejez con éxito o competente: aquí hay una baja probabilidad de enfermar y de discapacidad, asociada a un alto funcionamiento cognitivo, a una capacidad física funcional y un compromiso con la vida.

Desde un punto de vista antropológico, la sociedad deriva el concepto de vejez, del proceso de producción de determinadas tendencias de consumo y también de los ritmos vitales impuestos por la industrialización. Todos ellos se organizan a partir de la edad cronobiológica, no de su sentir o de su estado de salud.

Otro acercamiento a la vejez, es el enfoque socio-económico, y menciona que ésta etapa en una determinada sociedad está asociada a la asignación de roles, un claro ejemplo sería cuando comienza la jubilación y ya no hay responsabilidades laborales. Por lo tanto, la vejez es aquella etapa de la vida que (en países desarrollados) empieza con la jubilación o el retiro laboral.

Una distinción necesaria a realizar es, entre el concepto de envejecimiento y el de vejez.

El proceso de envejecimiento ocurre a lo largo de la vida desde que se nace, y la vejez es un estado que comienza en un momento del ciclo de la vida.

El envejecimiento se puede considerar como un proceso o conjunto de procesos. El envejecimiento primario es un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal a lo largo de la vida, de forma independiente de lo que haga la gente para evitarlo. El envejecimiento secundario consiste en los resultados de la enfermedad, el abuso y desuso, factores que a menudo son evitables y que están dentro del control de la gente.

En la actualidad se entiende que muchos problemas que se consideraban parte de la vejez no se deben al envejecimiento en sí mismo, sino a factores del estilo de vida o enfermedades.

En medida que se envejece los seres humanos son menos parecidos entre sí, es decir, la gente tiende a estereotipar a los adultos mayores cuando en realidad cada persona envejece de manera distinta; ya que envejecer no ocurre de una manera u otra, no ocurre al azar, depende en gran parte, de lo que el individuo haga y el contexto social promueva.

Por lo tanto, se observa que no existe una sola definición de vejez y que ésta depende del punto de vista del que se aborde. Así mismo, esta etapa varía de persona a persona y no existe una norma para envejecer puesto que este proceso dependerá de los hábitos de vida, la alimentación, el nivel socioeconómico, la educación y la organización social.

## 1.2.2 Teorías del envejecimiento.

Envejecer empieza cuando comienza la vida, se podría decir que el envejecimiento, es vida y vivir conlleva a envejecer.

Todas las modificaciones morfológicas, psicológicas, fisiológicas, bioquímicas, que aparecen en nuestro organismo son consecuencia de su funcionamiento en el tiempo de nuestra vida y de los riesgos que encuentra (Buendía, 1997).

Por la naturaleza multicasual del envejecimiento, resulta imposible que una única teoría pueda dar explicación de manera global de este proceso humano (Romero, 2007).

Se han sugerido un gran número de teorías para explicar la forma en cómo las personas van envejeciendo y sobre los cambios asociados a la vejez, estas teorías tratan de dar cuenta sobre este proceso, partiendo de explicaciones biologicistas, sociales y del desarrollo.

### 1.2.2.1 Teorías biológicas.

Algunos autores han agrupado en 2 categorías las teorías del envejecimiento: las estocásticas y las preprogramadas.

Según las teorías **estocásticas o de tasa variable**, el cuerpo envejece por los ataques aleatorios del medio interno y externo. Estas teorías a veces son llamadas de *deterioro o desgaste*, se compara el cuerpo humano con una máquina que termina por deteriorarse por el uso constante y por la acumulación de agresiones y lesiones de las células. Las teorías del **reloj biológico** se concentran en la programación genética.

De aquí se han propuesto cuatro teorías biológicas que parten de estos dos supuestos, explicando el proceso de envejecimiento.

- a) *Teoría del reloj celular*: formulada por Leonard Hayflick en 1965, afirma que las células pueden dividirse un máximo de 75 a 80 veces y que al aumentar la edad, las células pueden dividirse en un número menor de ocasiones. Basándose en las formas en las que se produce la división celular, se estableció que el límite máximo del potencial del ciclo vital se encuentra entre los 120 y 125 años de edad. Una de las razones por las cuales las células mueren puede encontrarse en

los extremos de los cromosomas llamados telómeros que son secuencias de ADN. Cada vez que una célula se divide, sus telómeros se acortan; al cabo de setenta u ochenta reduplicaciones, los telómeros se reducen de forma drástica y la célula ya no puede reproducirse.

Según un estudio, el desgaste de los telómeros que se produce por causas relacionadas a la edad está asociado con una reducción en la capacidad para recuperarse del estrés y con un aumento en los índices de cáncer (Santrock, 2006).

Una variación de este enfoque alude que en el material genético hay un “gen de la muerte” que está programado para dirigir el cuerpo a fin de que se deteriore y muera (Feldman, 2007).

- b) *Teoría de los radicales libres:*** constituye una hipótesis microbiológica del envejecimiento. Indica que los individuos envejecen porque los procesos metabólicos normales que se producen en sus células dan lugar a moléculas inestables de oxígeno denominadas radicales libres. Estas moléculas se desplazan por las células dañando el ADN y otras estructuras; debido al movimiento caótico de los radicales libres, se producen daños que pueden dar origen a problemas de salud, como el cáncer o la artritis.

Se ha establecido una relación entre el exceso de alimentación y el aumento de radicales libres y las investigaciones han determinado que la baja ingesta de calorías reduce el daño oxidante provocado por estos.

- c) *Teoría mitocondrial:*** afirma que el envejecimiento es el resultado del deterioro de las mitocondrias en la célula. Se supone que este deterioro se debe al daño oxidante y a la pérdida de micro nutrientes fundamentales proporcionados por la célula. Uno de los productos derivados de la producción energética mitocondrial son los radicales libres, los daños causados por estos, dan lugar a un ciclo en el que el daño oxidante impide el funcionamiento de las mitocondrias, provocando el aumento de radicales; como resultado, la mitocondria afectada resulta incapaz de no producir la energía necesaria para las necesidades de la célula. Este deterioro está ligado con afecciones cardiovasculares y neurodegenerativas,

como la demencia senil, y con la reducción del funcionamiento hepático. Sin embargo, no se ha determinado si el deterioro mitocondrial está relacionado con el envejecimiento o si dichos procesos se producen simultáneamente.

- d) *Teoría del estrés hormonal:*** afirma que el envejecimiento del sistema hormonal del cuerpo puede disminuir la resistencia ante el estrés y hacer aumentar la probabilidad de padecer enfermedades. El eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) es uno de los sistemas regulatorios más importantes del cuerpo que ayuda a responder ante el estrés y mantiene el equilibrio.

Al envejecer, las hormonas estimuladas por el estrés permanecen en niveles elevados durante más tiempo que en la juventud. Estos niveles elevados están asociados a enfermedades como cáncer, trastornos cardiovasculares, diabetes e hipertensión.

Así mismo, una variación de esta teoría refiere al sistema inmunológico y la reducción que se produce al aumentar la edad (Belsky, 2001).

- e) *Teoría del sistema inmunológico:*** el sistema inmunológico nos protege contra invasores externos como virus o bacterias; como respuesta a estas sustancias extrañas el sistema produce “células asesinas” y anticuerpos para matar a los invasores.

El timo, una glándula implicada en la respuesta inmunológica va desapareciendo lentamente durante la madurez de la persona. Se ha sugerido que esta glándula puede ser un marcapasos del envejecimiento puesto que, su desaparición señala un debilitamiento, generando una deficiencia del organismo para identificar nuestras propias células y pudiendo provocar un ataque a los propios tejidos acelerando la pérdida celular.

### **1.2.2.2 Teorías psicosociales.**

La psicología social aborda el proceso de envejecimiento en forma global, e intenta explicar que éste proceso no se genera de forma aislada, sino que se desarrolla dentro de un contexto social, influyente en el comportamiento y la adaptación de los individuos.

Se han presentado varias teorías que pretenden explicar el proceso de adaptación de las personas al envejecimiento; todas tratan de explicar cómo se desarrollan las relaciones sociales entre los adultos mayores y el sistema social, o bien, fundamentar la adaptación del individuo a su propio proceso de envejecer (Muñoz, 2002).

Las teorías que aquí se mencionan abordan y tratan de justificar la adaptación a la vejez desde una perspectiva funcionalista, considerando como ésta es vista como un problema social que se limita a saber cómo el individuo puede adaptarse a su nueva situación.

- a) *Teoría de la desvinculación:* sostiene que el proceso normal de envejecimiento se caracteriza por un desenganche inevitable y una disminución de las interacciones entre el adulto mayor y las otras personas que conforman el sistema social al que pertenece. La desvinculación producida por el individuo y el contexto social está asociada a un buen estado emocional y un envejecimiento satisfactorio; así mismo, esta desvinculación es recíproca y universal, ya que por un lado la persona mayor se retira de la sociedad y ésta, adopta el papel y la responsabilidad económica, sanitaria y social para atender las necesidades del anciano.

Es decir, que la persona de edad avanzada debe de desligarse de la sociedad porque de lo contrario no encontraría una adaptación, además de que esto permite que las instituciones creadas puedan sobrevivir, coadyuvando a mantener una estabilidad y un funcionamiento social cohesivo. El desenganche va apareciendo cuando la persona se va dando cuenta de que su energía se va diluyendo y que ya no puede seguir manteniendo los roles y relaciones sociales que había ejercido. Por lo tanto el adulto mayor encuentra su bienestar cuando realiza su apartamiento social, es decir, cuando a la vejez se le dota de seguridad, servicios y ayuda suficiente.

Simmons (citado en Muñoz, 2002) afirma que el deseo de ser útil en la persona mayor correlaciona, con la necesidad de buscar seguridad como consecuencia de sentirse rechazado y desamparado. Esta desvinculación psicológica que se produce de forma conciente, se traduce por un aumento de la preocupación por sí mismo, y un descenso de la afectividad hacia los demás; los lazos afectivos



entre las personas mayores y su medio pierden fuerza a medida que va avanzando la edad.

Una de las críticas hacia esta teoría fundamenta que la desvinculación no siempre juega un rol positivo en la sociedad; por ejemplo, la desvinculación precoz tiene un efecto negativo al reducirse de forma drástica el número de personas que sostiene el sistema de pensiones, y priva a los jóvenes de la experiencia que les podrían dar los mayores.

Por otra parte, para entender esta teoría, hay que tomar en cuenta la personalidad de los individuos y la posición social que ocupan.

- b) Teoría de la actividad:** se fundamenta en la hipótesis de “realización de un elevado número de roles sociales o interpersonales; correlaciona de forma significativa con un elevado nivel de adaptación y satisfacción vital percibido por la persona mayor”. Esto significa, que el adulto mayor ha de ser productivo y útil en un sentido material, de lo contrario, la desgracia y el descontento, la sensación de inutilidad e inadaptación le invadirán. Por ello, un estilo de vida activo y lleno de roles mantienen a las personas mayores social y psicológicamente adaptadas.

Según esta teoría, el individuo alcanza una vejez satisfactoria cuando descubre y realiza nuevos roles o pone los medios necesarios para conservar lo que venía desempeñando, además, sostiene que los ancianos, al igual que los adultos jóvenes, tienen las mismas necesidades psicológicas y sociales de actividad.

Así mismo, alienta a las personas mayores a realizar un gran número de actividades y a resistirse a las restricciones que les impone la edad, porque contribuye a que vivencien el proceso de envejecimiento de forma satisfactoria y se adapten mejor a su nueva situación; también esta teoría, apunta que las interacciones unipersonales son más efectivas que otro tipo de actividades donde se interacciona con mas personas.

La teoría de la actividad presenta ciertas lagunas ya que en ocasiones no se puede explicar por qué determinadas personas son pasivas y pueden sentirse felices, mientras que otras activas no le encuentran sentido a su vida. Es así que,

dicha teoría solo es efectiva para los viejos jóvenes que tienen medios económicos suficientes y para las personas mayores válidas clasificadas en la tercera edad.

- c) *Teoría de la continuidad*: fundamenta sus principios en el siguiente postulado: a medida que el individuo va avanzando en determinados estadios, va desarrollando nuevos valores, actitudes, hábitos, conductas y metas que posteriormente retiene durante la vejez. Así, la edad avanzada no supone cambios bruscos en la vida de los ancianos, puesto que viene determinada por el estilo de vida y conductas anteriores.

Esta teoría más que analizar la vejez como un estadio distinto, intenta explicar la adaptación de los individuos en este período, analizando rasgos de personalidad y actitudes, fundamentando que tanto los adultos y las personas mayores tienden a proteger y mantener sus estructuras internas y externas, y utiliza esta continuidad para conseguir sus objetivos. De esta manera, las experiencias pasadas sirven de base para la elaboración de estrategias encaminadas a alcanzar una mejor adaptación física y mental en el presente y futuro.

La teoría de la continuidad se puede resumir en siete postulados expuestos por Héту (citado en Muñoz, 2002):

- 1) A nivel psicológico no existe una evolución que sea idéntica en todos los hombres.
- 2) Desde el nacimiento hasta la muerte, el individuo constituye una sola identidad coherente, y toda evolución depende de lo que la persona haya sido anteriormente.
- 3) Al final el individuo integra su experiencia y la imagen que puede hacerse de sí mismo en una estructura estable (autoconcepto).
- 4) El sujeto tiende a fabricar el entorno que le corresponde a través de la coherencia y de su funcionamiento interno.
- 5) La personalidad se convierte en el mejor predictor de su actitud y adaptación a la vejez.

- 6) El envejecimiento acentúa las líneas de la personalidad, mostrando rasgos más nítidos.
- 7) Aunque la personalidad presenta una estabilidad, continua evolucionando durante toda la vida integrando los acontecimientos que el sujeto afronta.

Una continuidad óptima significa que la persona se adapta a la nueva situación y a los elementos sociales que la rodean, pero, mucha continuidad puede acarrear inadaptaciones, ya que no se han producido los cambios suficientes para permitirle apreciar un enriquecimiento de su vida. En las personas mayores la continuidad también puede manifestarse de forma interna o externa; la interna está conformada por el temperamento, las emociones, las experiencias, las habilidades, etc., y la continuidad externa corresponde más con una estructura psíquica relacionada con el medio.

Se critica por ser una teoría compleja, además, de que no tiene en cuenta la diversidad de historias personales que el individuo ha vivido hasta llegar a la vejez y tampoco explica como la necesidad de continuidad también puede influir negativamente en el autoestima del sujeto.

### **1.2.2.3 Teorías psicológicas.**

- a) *Enfoque del procesamiento de la información:* es desde los años 80 uno de los modelos más dominantes en el estudio del envejecimiento cognitivo. Se concibe la mente humana como un sistema de comportamiento parecido a las computadoras, es decir, un sistema que dispone de elementos que recogen información del medio, es capaz de operar con ella y de transformarla e integrar en estas operaciones información que ya estaba almacenada en el propio sistema, y que finalmente tiene medios para tomar decisiones y emitir respuestas.

Entonces propone que a medida que se envejece, las limitaciones del sistema procesador de información son cada vez mayores, lo que compromete en mayor medida la integridad y eficiencia del rendimiento que puede obtenerse, por ello el envejecimiento, se convierte en un proceso fundamentalmente de pérdida, déficit y declive.

- b) *Epistemología genética y envejecimiento:*** la teoría de Piaget (1950) se centra en el desarrollo de la inteligencia desde el nacimiento hasta la adolescencia, siendo que la última etapa piagetiana es la de las operaciones formales. Una vez adquirida en la adolescencia, se supone que es ya propia del pensamiento adulto. Sin embargo, al tratar de evaluar el estadio en el que se sitúan los adultos mayores los resultados obtenidos sugieren que estas personas no sólo tienen más dificultades de las previstas para resolver tareas correspondientes a los estadios superiores, sino que las dificultades parecían aumentar a medida que la edad avanzaba.

La explicación que se le da a estos hallazgos es la llamada *hipótesis de regresión*, según la cual existiría un declive asociado a la edad y la secuencia de este declive sería inversa a la mostrada en el desarrollo cognitivo infantil. Cuando tenemos en cuenta a las personas mayores y el proceso de envejecimiento, se ve que la probabilidad de experimentar ciertas pérdidas aumenta, limita su utilidad como marco de referencia para comprender el aprendizaje en las últimas décadas de la vida.

- c) *Erikson y las tareas evolutivas:*** la teoría de Erikson (1982,1986) destaca por ser una de las primeras que afronta el desarrollo desde una perspectiva que incluye todo el ciclo vital. En su teoría se entiende el desarrollo como una secuencia de ocho etapas normativas predeterminadas. Cada una de estas etapas confronta al individuo en una crisis o dilema de carácter psicosocial. Además, considera aspectos de pérdida y ganancia al mismo tiempo, como resoluciones posibles de encrucijadas normativas, por lo tanto, aunque cada edad tiene un cierto dilema típico, el envejecimiento no es normativo, ya sé que contempla como un proceso abierto que puede suponer tanto pérdida como ganancia en función de cómo la persona maneje estas encrucijadas. Puede haber maneras de envejecer negativas dominadas por asilamiento, estancamiento, culpas, depresión, etc., pero también puede haber trayectorias de envejecimiento positivas llevando consigo un sentimiento de satisfacción en relación con su propio devenir evolutivo.

Estas ideas psicosociales propias de determinadas edades que se tendrán que resolver se llaman tareas evolutivas. Para poder complementar con éxito una determinada tarea la persona tiene que haber alcanzado un cierto nivel de madurez biológica, física y psicológica.

- d) *Enfoque del ciclo vital*: es un conjunto de principios generales sobre el desarrollo a lo largo de la vida. El desarrollo incluye tres aspectos o metas: el crecimiento, el mantenimiento y la regulación de la pérdida. Y aunque los tres aspectos están presentes a lo largo de toda la vida, la energía y los recursos que la persona emplea en cada meta del desarrollo cambian a lo largo de los años.

La perspectiva del ciclo vital plantea la existencia de tres influencias principales:

- 1) *Influencias normativas relacionadas con la edad*: son factores biológicos o socioambientales que afectan a todos los individuos de una determinada comunidad, en ciertos momentos determinados de su vida, haciendo que todos los individuos de esa comunidad se parezcan entre sí.
- 2) *Influencias normativas relacionadas con la historia*: factores biológicos o socioambientales que suceden en cierto momento histórico y afectan solo a los individuos de determinada generación o de manera diferencial a personas de diferentes generaciones
- 3) *Influencia no normativa*: factores biológicos o socioambientales que afectan solo a cierto individuo o grupo muy concreto de individuos dentro de determinada comunidad.

Aunque los tres tipos de influencia aparecen durante todo el ciclo vital y ayudan a configurar nuestra trayectoria evolutiva, la importancia no es la misma en todos los puntos del desarrollo. Por ello, a partir de la integración de la selección, optimización y compensación, la persona trata de conseguir las tres principales metas evolutivas: el crecimiento o mejora de niveles funcionales, el mantenimiento del funcionamiento y la regulación de la pérdida.

### 1.2.2.4 Teorías del desarrollo.

La teoría de las etapas explica la evolución de la personalidad a través de la identificación de estadios que se suceden durante el desarrollo. Considera el proceso vital, incluida la ancianidad, como un desarrollo dialectico originado por ideas y acciones contradictorias a las que constantemente se exponen los humanos en un medio ambiente cambiante.

- *Aportaciones del Psicoanálisis:* Jung (1933) sostiene que después de la adolescencia, pueden aparecer cambios en la personalidad de los individuos. Para él la personalidad está organizada alrededor de dos orientaciones opuestas. La extraversión, que se caracteriza por la actitud hacia el mundo exterior, y la introversión, que se centra en las experiencias subjetivas y en el mundo interior del individuo.

Durante la infancia y la juventud el individuo desarrolla necesidades de autoafirmación que expresa mediante su propia autorrealización personal, familiar, social y profesional; este período se caracteriza por la extraversión. Sin embargo a la mitad de la vida, la persona se vuelca hacia su mundo interior. Analiza etapas anteriores y toma consciencia de que algún día debe de morir. Estas dos orientaciones de la personalidad derivan hacia la búsqueda progresiva del equilibrio.

Jung también postula una segunda tendencia de la personalidad: masculinidad/feminidad. Esta tendencia andrógina muestra que las personas mayores se describen entre ellas mismas de forma mucho más similar que los jóvenes. De ahí que la vejez esta caracterizada por una personalidad más introvertida y con tendencia a la androginia.

- *Aportación psicosocial:* Erikson explica el desarrollo humano desde la infancia a la senectud, como una búsqueda de la identidad personal, donde, toda personalidad sana debe resolver la crisis de forma adecuada (Muñoz, 2002).

En la última etapa de la vida “integridad vs. desesperación” la contradicción se expresa entre el deseo de envejecer satisfactoriamente y la ansiedad que producen los pensamientos de pérdida de autonomía y muerte. Durante este período, se

analizan los estadios anteriores, metas, objetivos fijados, alcanzados, no logrados, etc.

Esta reevaluación de la existencia ayuda a los individuos a resolver conflictos e integrar y aceptar la vida de forma positiva. Durante este período el individuo entra en un proceso filosófico orientado hacia la espiritualidad, las relaciones sociales y la búsqueda del envejecimiento satisfactorio (sabiduría), que según Erikson son pocos los individuos que la llegan a experimentar.

El individuo adopta tres formas posibles de actuación sobre el ambiente que le rodea y que van desde el dominio activo al dominio mágico pasando por el dominio pasivo.

Gutman (1969) apunta que durante el proceso de envejecimiento los individuos tienden más a ejercer una forma de ser triunfante, como consecuencia de sus cualidades, esfuerzos (dominio activo), o a vivenciar una representación errónea de su existencia poniendo de manifiesto un escenario fantástico (dominio mágico).

- *Modelo sociocognitivo:* El desarrollo personal y el autoconcepto son sentimientos propios e individuales; el contexto social determina al individuo de la misma manera que este puede determinar el ambiente que lo rodea.

El contenido de estas representaciones es propio de cada sujeto y evoluciona en función de su edad, nivel socioeconómico, contexto, estereotipos sociales. La integración de representaciones futuras forma la identidad individual que surge como un proceso de equilibrio entre el cambio y la estabilidad que la persona desea mantener a lo largo de su vida.

La identidad en la edad senecta se basa en la integración del conocimiento que la persona posee de su potencial físico, mental, de sus ideas, objetivos, roles sociales y limitaciones. Así, la identidad se estabiliza con el envejecimiento, y cuanto más tiempo se mantiene, más seguro está el sujeto que la percepción de su personalidad es adecuada.

En suma, ninguna teoría explica de modo satisfactorio el proceso de envejecimiento, por ello es mejor combinarlas para darse una idea más completa de lo que es la vejez,

así como, lo que conlleva, pues es un amplio tema que no se puede tomar desde una sola perspectiva sino que necesita una visión que englobe todas las posturas para poder tener una mejor comprensión de lo que implica esta etapa.



### 1.3 El adulto mayor en México.

*“Sin importar el tamaño de la ciudad o pueblo en donde nacen los hombres o mujeres, ellos son finalmente del tamaño de su obra, del tamaño de su voluntad de engrandecer y enriquecer a sus hermanos”*

*Ignacio Allende*

*Es una gran pérdida para las sociedades que se olviden de sus ancianos.*

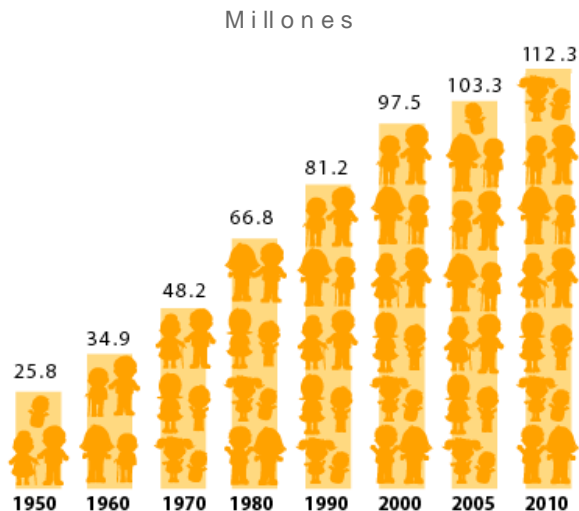
*Mary Lou Cook*

México oficialmente llamado Estados Unidos Mexicanos, se localiza en la parte norte del continente americano. Limita al norte con Estados Unidos, al sur con Guatemala y Belice; al este con el Golfo de México y al oeste con el Océano Pacífico; cuenta con una extensión territorial de 1'964,375 Km. Su lengua oficial es el español, además de otros dialectos que siguen vigentes hasta la fecha. Es una nación que se caracteriza por su mestizaje y su fe católica, religión predominante en el país. Además se distingue por su gran variedad de clima, flora, fauna y su riqueza en recursos naturales, siendo uno de los destinos turísticos más importantes del mundo debido a su gran patrimonio de zonas arqueológicas y reservas naturales, cuenta con una diversa historia, cultura y tradición ([www.visitmexico.com](http://www.visitmexico.com)).

El territorio mexicano se organiza en 31 estados y un Distrito Federal. Ocupa el onceavo lugar entre los países más poblados del mundo.

En el Censo de Población y Vivienda 2010, realizado por el INEGI, se contaron 112 millones 336 mil 538 habitantes en México. En 1950 el país contaba con 2.5 millones de habitantes, esto significa, que durante 60 años la población mexicana ha crecido cinco veces. Del 2005 al 2010, la población se incrementó en 9 millones de habitantes, lo que representa un crecimiento por año del uno por ciento.

## Población total 1950 - 2010



FUENTE: INEGI. Estadísticas Sociodemográficas . Población total según sexo 1950 a 2005.  
INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010

Este crecimiento poblacional se ha debido a la baja de índices de fecundidad y mortalidad, llegando así al proceso de envejecimiento del país. Por ello, los jóvenes comienzan a tener menos transcendencia en la sociedad, mientras que los adultos y ancianos, empiezan a tener mayor representatividad. La esperanza de vida aumenta debido al control natal y al índice de migración, factores influyentes en el envejecimiento del país. En México, la esperanza de vida en 1930 era cercana a los 34 años, ya para el 2000 aumentó a 75 manteniéndose así hasta el 2010.

Zúñiga y Vega (2004), mencionan que “La vida media de los mexicanos se duplicó durante la segunda mitad del siglo XX, al pasar de los 36 años en 1950 a 75 años en el 2000. Se espera que en las próximas décadas continúe su incremento hasta alcanzar 80 años en el 2050”

El incremento relativo de la población en edades avanzadas inicio a mitad de 1990, y continuará durante toda la mitad del siglo XXI, primero en forma moderada y después en forma más acelerada, hasta alcanzar el 28% de la población en el 2050.

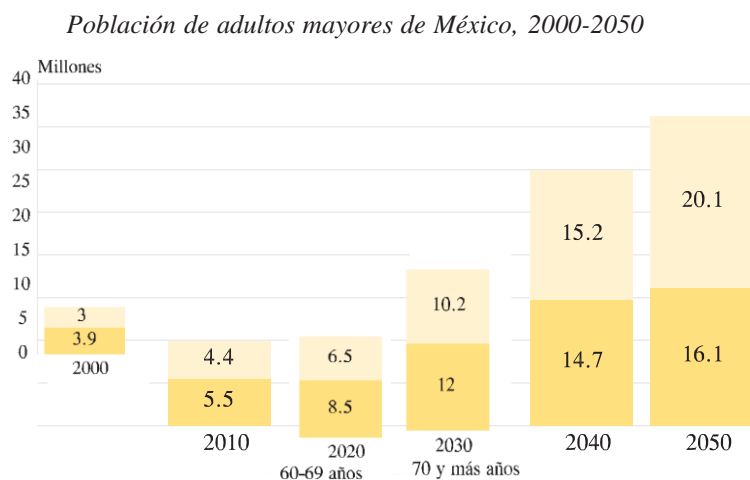
En el año 2000 los ancianos representaban el 7% de la población mundial; los países con poblaciones más envejecidas eran Italia, Grecia y Suecia, donde al menos 17 de cada 100 personas cuentan con 65 años o más. Por el contrario, la población de México

en ese entonces era una de las más jóvenes, con 4 750 311 ancianos, los cuales representaban 5% de los mexicanos (Asili, 2004).

El censo actual de población, divulgó que en México, 9 de cada 100 mexicanos es mayor de 65 años o sea el 6.3% de la población, recalcando que es un país joven, donde la media de la población tiene 26 años o menos. Sin embargo, esta población joven dentro de las proyecciones de 2050 serán los nuevos adultos mayores que habitarán este país. Se calcula que este proceso iniciará en el año 2018 y terminará un cuarto de siglo después, en el año 2045, donde los ancianos mexicanos representarán el 14% de la población.

Y es que, aunque la población mexicana se pueda considerar joven en el ámbito mundial, la tasa de crecimiento de ancianos en la última década supero a la del resto de los demás mexicanos y aumento un ritmo promedio anual de 3.5 personas por cada 100 de 65 años o más; incrementando más porcentualmente su número de ancianos, llegando a sumar para el 2030 más de 15 millones de personas en la vejez.

Se espera que a mediados del siglo haya poco más de 36 millones de adultos mayores, de los cuales más de la mitad serán mayores de 70 años. Cabe destacar que el 72% de este incremento ocurrirá a partir del 2020 donde las generaciones más numerosas nacidas entre 1960 y 1980 ingresarán a este grupo (Zúñiga y Vega, 2004).



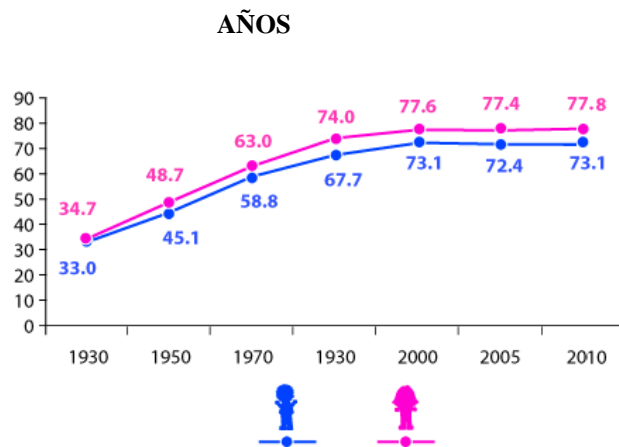
Fuente: CONAPO, Proyecciones de Población 2000-2050

Otro punto a resaltar es, desde hace 35 años se empezó a notar un ligero incremento en la cantidad de mujeres respecto a los hombres. Para 2010, esta diferencia se ha

acentuado hasta llegar a 2.6 millones más de mujeres que de varones. Actualmente residen en el país 54, 855, 231 hombres que son el 48.8% de la población, mientras que, el 57, 481, 307 son mujeres abarcando el 51.2%. Es decir, hay 95.4 hombres por cada 100 mujeres.

Esta diferencia también es notoria dentro de la tercera edad. Para el año 2010, se contó un total de 10.1 millones de adultos mayores, de los cuales 46.58% son hombres (4,704,580) y 53.42% son mujeres (5,395,420).

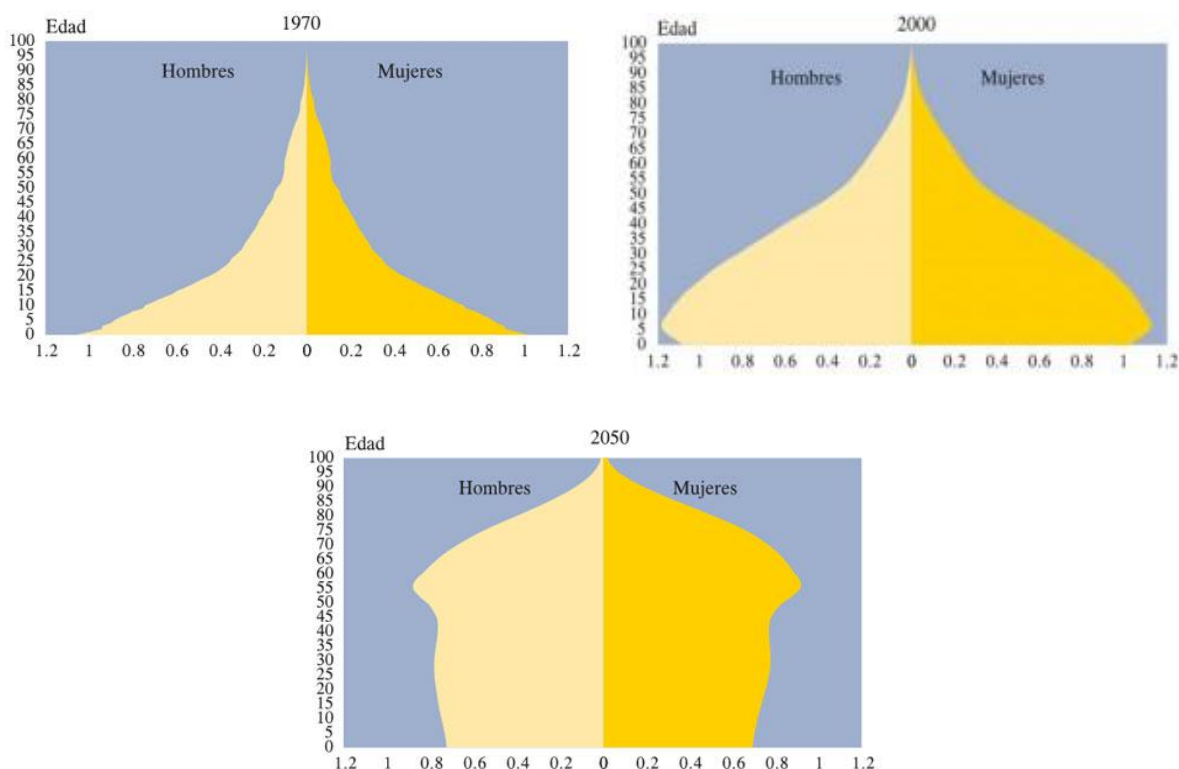
Las mujeres viven en promedio más años que los hombres, en 1930, la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era de 35 años y para el masculino de 33; para el 2010 la tendencia cambió a 78 y 73 años, respectivamente (INEGI, 2010).



FUENTE: INEGI. Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000). [Consultar](#)  
 INEGI. Esperanza de vida - género - 2006-2010 - entidad federativa. [Consultar](#)  
 INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010

La proyección para el 2050 de esperanza de vida en mujeres es de 83.6 años y para los hombres de 79.0 años lo que abarcaría el 28% poblacional. Con ello, la pirámide de población de México perderá su forma triangular (siendo esta una característica de poblaciones jóvenes), para adquirir un perfil rectangular propio de poblaciones envejecidas. Ya que en 1970 había un predominio infantil que caracterizó la época de fecundidad, el 50% de la población tenía menos de 15 años, para el 2000 se nota un aumento de personas jóvenes y con edad laboral, siendo solo una tercera parte de la población menor de 15 años y cerca del 60% tenían entre 15 y 19 años.

## Pirámides de población de México, 1970,2000, 2050



FUENTE: Estimaciones del CONAPO 2004

La mayoría de los adultos mayores vive en las urbes, sin embargo, la población de localidades rurales esta más envejecida abarcando un 7.9% de ancianos sobre el 6.1% que se encuentran en la ciudad. Las regiones con mayor porcentaje de ancianos son las afectadas por constantes migraciones de su población.

La migración de la población rural hacia zonas urbanas o hacia otros países se ha concentrado principalmente en las personas de edad para trabajar.

En las grandes ciudades la población de 15 a 64 años es más representativa que en las pequeñas localidades. Así, de cada 1000 personas que viven en zonas rurales 56 son ancianas, por 46 de cada 1000 habitantes en las urbes más pobladas. De ahí que, 53 de cada 100 ancianos y 59 de cada 100 ancianas viven en zonas urbanas. Las entidades con mayor avance en el envejecimiento en el 2000 son el Distrito Federal, Zacatecas, Oaxaca, Nayarit, Yucatán, Michoacán, Veracruz y San Luis Potosí.

Además en México, una de la tercera parte de los adultos mayores (30.1%), no sabe leer ni escribir. Quienes enfrentan la vejez con un nivel de instrucción adecuado poseen más herramientas para responder activamente y adaptarse a los retos y oportunidades que trae consigo esta etapa de vida. No obstante, alrededor de 70% de ancianos no ha alcanzado a terminar el nivel primaria; entre ellos, más de la mitad no completó siquiera un año de instrucción y solo el 6.0 % tiene educación media superior o licenciatura.

Uno de los problemas que enfrenta México consiste en consolidar, a corto plazo una infraestructura social para la atención de los ancianos que hoy en día, es muy deficiente. De cada 100 personas de 65 años o más, 24 trabajan, 13 están pensionadas, y 63 no trabajan ni reciben pensión. De los 24 que trabajan, 11 no reciben ingresos o bien reciben el salario mínimo. Así mismo, de cada 100 adultos mayores, 10 viven solos y 52 no son derechohabientes de ningún sistema de salud (Asili, 2004).

Cerca del 30% de personas mayores aún trabaja manteniéndose activos económicamente, principalmente los varones, lo cual no implica que tengan un buen trabajo o salario; estas altas tasas de participación laboral se asocian a la baja cobertura de pensiones, que obstaculizan la institucionalidad del retiro, además de que el empleo informal es el más predominante, y no se recibe alguna pensión o parámetros para la jubilación, obligando a muchos a permanecer trabajando en actividades precarias y de baja productividad. Es así que, en México hay una alta precariedad laboral en las edades avanzadas; y su participación no es un rasgo positivo asociado a una vejez productiva.

Programas para la ayuda de la persona mayor como la seguridad social, facilitan el acceso a servicios que de otra forma representan gastos para el adulto mayor, principalmente los relacionados con la atención a la salud. Según CONAPO casi la mitad de los ancianos cuentan con seguridad social. El envejecimiento del país representa una mayor demanda de servicios de salud, debido al alto índice de morbilidad y necesidades de atención médica en consecuencia de padecimientos crónico-degenerativos.

Con todos estos cambios demográficos y consecuencias que conlleva en lo social y económico, las personas de edad avanzada se ubican entre los grupos más

desfavorecidos de la sociedad mexicana, por ello, se necesita un cambio gradual en el perfil de recursos físicos y humanos, en la educación, la salud y el empleo.

Es así que se deben de tomar las medidas necesarias para atender, lo relacionado con la seguridad social y la salud de los adultos mayores, pues no se cuenta con dicha infraestructura para resolver estos problemas.

Se debe tomar en cuenta que el envejecimiento de la población no constituye un problema en sí, pero presenta un nuevo desafío. Si bien el envejecimiento lleva a revisar las políticas de salud y seguridad social, las personas mayores también son una fuente de saber y de experiencia que las sociedades podrían aprovechar mejor (Lassonde citado en Asili, 2004).

## **1.4 Cambios en la tercera edad.**

*Todo pasa y todo vuelve, eternamente gira la rueda del ser.  
Todo muere, todo rebrota; eternamente se desenrolla el año del ser.  
Todo se rompe, todo se reajusta; eternamente se edifica la morada del ser.*

*Friedrich Nietzsche*

La tercera edad aparte de ser la última etapa de vida, es un período que puede servirle al individuo para reflexionar sobre lo que ha hecho o podría llegar a hacer a lo largo de su existencia, llevándolo a encontrar un bienestar o todo lo contrario, esto depende de las connotaciones que la persona le dé a la época por la cual transita. Para llegar a esta prosperidad se necesita ir madurando e ir integrando todo lo vivido, es por ello que cuando se llega a este último andar, se le considera al adulto mayor un sabio, en algunas sociedades.

Pero no solo se trata de reflexionar e ir incorporando experiencias de vida, la vejez tiene cambios importantes en diferentes niveles como en lo biológico, social, cognitivo y emocional que influyen de forma importante en el desenvolvimiento de la persona mayor en esta última faceta de la vida.

### **1.4.1 Cambios físicos.**

Al analizar las características del desarrollo físico, se describen los cambios relacionados con la edad que van ocurriendo en el proceso de declive de las capacidades físicas. Estos aspectos del envejecimiento rigen mucho en los cambios y en las limitaciones propias de esta etapa.

Todos los sistemas del organismo envejecen incluso en condiciones genéticas y ambientales óptimas, aunque no con la misma rapidez. En casi todos los sistemas corporales estos procesos comienzan en la juventud y muchos de estos efectos no se perciben hasta los últimos años de la adultez, ya que el envejecimiento es gradual y los sistemas físicos poseen una gran capacidad de reserva (Craig, 1999).

Pero el deterioro sensorial y defectos de los órganos internos no todas las personas lo presentan aunque éstos inicien el proceso de desgaste; hay personas mayores que se



mantienen en buenas condiciones físicas y son activas mostrando un desempeño similar a los jóvenes que no están en buenas condiciones; a esto se le suman características externas o del medio como el ritmo de vida, hábitos y cuidados que la persona haya tenido en su desarrollo, repercutiendo en sus cambios físicos; como factores acumulados de enfermedades y accidentes también nombrados *factores patológicos del envejecimiento*.

El cuerpo cambia de muchas formas en la vejez, se producen modificaciones físicas, a nivel cerebral, en los sentidos, en los músculos, en los huesos, en la movilidad, en los órganos internos, así como, en ciclo del sueño.

#### **1.4.1.1 Envejecimiento cerebral.**

Los cambios en el cerebro por lo general son modestos e implican poca diferencia en el funcionamiento. Se observa una atrofia de las circunvoluciones corticales y ensanchamiento de las cisuras y surcos. Después de los 30 años, el cerebro pierde peso y para los 90 años quizá haya perdido hasta un 10%. Esta disminución se atribuye a la pérdida de neuronas (células nerviosas en la corteza cerebral), ya que el tamaño neuronal disminuye por pérdida de tejido conectivo: axones, dendritas y sinapsis. Las cifras obtenidas a partir de autopsias indican una pérdida de 100 a 150 gr de tejido a lo largo de la vida.

Este encogimiento empieza en la corteza frontal, la cual es importante para la memoria y el funcionamiento cognoscitivo de alto nivel. Ciertas estructuras cerebrales, se encogen más rápidamente en hombres que en mujeres; también este tipo de daño ocurre más rápido en personas con menor educación. A pesar de las pérdidas neuronales, la capacidad funcional de los circuitos nerviosos es preservada mejor de lo que cabría esperar al estimarlas con base en las pérdidas en sí mismas; esta pérdida provoca que las células remanentes generen crecimiento dendrítico que compense la muerte neuronal que ocurre. Por ello, los mecanismos compensatorios de crecimiento y remodelado, podrían formar parte de un programa que ayuda a mantener y adaptar la función nerviosa a lo largo de la vida (Santrock, 2006).

Junto con la pérdida de materia cerebral viene el hecho de que las respuestas de las personas se hacen más lentas debido a la edad. Sin embargo, no todos los cambios son malos, se ha descubierto que los cerebros de adultos mayores producen nuevas células nerviosas, esta división celular se ha encontrado en una sección del hipocampo, parte implicada en el aprendizaje y la memoria.

A su vez los cambios más notorios que aparecen en el cerebro con la vejez son observados a nivel microscópico. Por ejemplo:

- *Placas neuríticas o seniles*: consisten en los procesos axónicos y dendríticos aumentados de tamaño y en la degeneración, tienen un núcleo formado por la proteína anormal beta-amiloide (es de tipo insoluble y el gen responsable de su síntesis se encuentra en el cromosoma 21), que parece como material filamentosos extracelular, y que se relaciona con los cambios vasculares ya que se ha encontrado en el interior de las arteriolas de las meninges y la corteza cerebral. Estas placas ocurren en 2/3 de los cerebros que alcanzan los 90 años, son frecuentes en demencias como el Alzheimer, en enfermedades virales y en síndrome de Down.
- *Cúmulos neurofibrilares*: son somas neuronales anormales en los que el citoplasma está lleno de estructuras subcelulares filamentosas típicas. En los cerebros de ancianos normales, su número aumenta considerablemente en la octava y novena década de la vida. Por lo general se asocian a la enfermedad de Alzheimer, síndrome de Down, Parkinson posencefálico, demencia pospugilística (trauma en la cabeza) y otras condiciones degenerativas. El papel que desempeñan estos somas aún es desconocido.
- *Degeneración granulovacuolar*: está constituida por las vesículas intracelulares que contienen un granulo oscuro. Su presencia es un cambio relacionado con el envejecimiento, pero también visto en las enfermedades ya mencionadas.
- *Lipofuscina*: es un pigmento amarillo de origen lípido depositado en las neuronas durante el envejecimiento, además parece ser un marcador biológico y puede ser resultado de la acumulación de la destrucción de membrana citoplasmática. La lipofuscina se deposita en el cono axónico de las neuronas, interfiriendo en el transporte axónico o en la degeneración del potencial de acción; su presencia no se correlaciona con ningún proceso demencial.

Para incrementar la capacidad de reserva del cerebro y tolerar estos efectos perjudiciales se recomienda que las personas se mantengan ocupadas, hagan ejercicio ya que esto alenta la atrofia de tejido cerebral.

### **1.4.1.2 La piel.**

Estos cambios son los más visibles, pues se puede ver el surgimiento de canas, la piel se ve reseca, sin tonicidad, con arrugas que se deben a la pérdida de tejido adiposo subcutáneo y a la reducción de elasticidad. Hay un aumento de lunares en el tronco, rostro y cráneo, a veces aparecen manchas, que son áreas pigmentadas, que en ocasiones están estrechamente relacionadas con la exposición al clima y a los rayos ultra violeta que disminuyen la capacidad de la piel para renovarse; así mismo, los capilares pequeños a veces se rompen y producen tenues marcas negras o azules.

Así mismo, el vello corporal se torna escaso y las venas varicosas de las piernas se hacen más comunes.

Para evitar algunos de estos signos de envejecimiento se debe de comer sanamente, hidratarse, usar bloqueador solar o tratar de no estar expuestos al sol por períodos prolongados.

### **1.4.1.3 Los sentidos.**

Tenemos 5 sentidos: el oído, la vista, el olfato, el gusto y el tacto, que por lo general, van declinando su eficiencia con la edad. Según Hoyer y Plude (citados en Craig, 1999) muchos ancianos encuentran más difícil percibir y procesar un estímulo a través del sistema sensorial. Aunque el deterioro de los sentidos es común entre las personas mayores no es una regla que les afecte del mismo modo a todos, ya que hay una gran variación en el proceso de envejecimiento. Por ejemplo los problemas visuales y auditivos pueden privarlos de actividades, de relaciones sociales y de independencia.

- a) *Audición:* las deficiencias auditivas son muy frecuentes, afecta la vida diaria de una tercera parte de las personas mayores; estas pérdidas de audición son causadas a menudo por la presbiacusia, que es una reducción en la capacidad para escuchar sonidos de tono alto que se relacionan con la edad. Estas

deficiencias se relacionan con la identificación de voces en medio de un ruido de fondo, además, se pierde agudeza auditiva con tonos de alta frecuencia como en los sonidos de habla con s, ch, f; otras causas son la exposición extrema o crónica a ruido fuerte, tabaquismo, una historia de infecciones en el oído medio y una larga exposición a ciertos químicos.

Las pérdidas de audición contribuyen a la falsa percepción de que los ancianos con pérdida auditiva tienden a ser personas desatentas, ensimismadas, retraídas o bien se pueden llegar a sentir avergonzadas al no poder escuchar, en ocasiones llegando al aislamiento.

Alrededor del 17% de personas mayores de 85 años son totalmente sordas; la probabilidad de presentar algún tipo de sordera es más alta en hombres que en mujeres. Las ayudas para la audición son útiles, a veces son difíciles de ajustar ya que tienden a magnificar no solo los sonidos que la persona desea escuchar sino también los ruidos de fondo.

**b) Visión:** hay varios tipos de deficiencia visual en la vejez. Principalmente el enfoque de objetos y la percepción de profundidad o de color decrecen a medida que el cristalino pierde flexibilidad y la capacidad de acomodarse pues se vuelve rígido, impidiendo realizar actividades cotidianas como leer, coser, hacer compras y cocinar. En la vejez a menudo se pierde la agudeza visual, con la que se pueden distinguir los detalles finos. A los ancianos les cuesta mucho percibir estos detalles pues ya no hay tanta profundidad visual. Esto es debido en parte a la rigidez del cristalino y a la pérdida de células visuales “receptoras”, en el fondo del ojo. La pérdida de sensibilidad visual en los contrastes causa dificultades para la lectura de caracteres muy pequeños o muy claros ocasionando accidentes o caídas.

Los ojos más viejos necesitan más luz para ver, son más sensibles al resplandor y presentan problemas para localizar y leer las señales, por ello conducir a una edad avanzada se vuelve peligroso.

Los problemas visuales moderados se pueden mejorar con el uso de lentes correctivos, tratamiento médico o quirúrgico.

La mayoría de problemas visuales son causados por cataratas, degeneración macular relacionada con la edad, glaucoma o retinopatía diabética.

En México el problema de cataratas, glaucoma y retinopatía diabética ocupan los primeros lugares dentro de las 10 causas de atención oftalmológicas; habiendo un rezago en su atención de más de 300 mil personas que padecen estos padecimientos (González, 2007).

El cristalino al opacarse en el envejecimiento llega a generar las *cataratas* que son, el bloqueo casi completo de la luz y de la sensación visual que causa visión borrosa. Otro problema al que se enfrentan los adultos mayores es el *glaucoma*, generado por el aumento de la presión en el globo ocular que puede causar daño y pérdida gradual de la vista y si no es atendido genera ceguera total. La *degeneración macular relacionada con la edad* es debido a que el centro de la retina pierde gradualmente la habilidad para distinguir los detalles finos, siendo la causa principal de deterioro visual irreversible. Sin embargo, estos padecimientos pueden ser eliminados gracias a los avances médicos mediante cirugía laser ó con medicamentos que los controlan.

- c) *Gusto y Olfato*: con frecuencia el gusto depende de lo que se puede oler. La pérdida de ambos sentidos son una parte normal del envejecimiento, pero pueden ser causados por una variedad de enfermedades, medicamentos, cirugías o exposición a sustancias nocivas en el ambiente. Cuando las personas mayores se quejan de que su comida no sabe bien o le falta sabor, quizá sea porque tienen menos papilas gustativas en la lengua o porque los receptores del gusto no trabajan de manera adecuada.

El sentido del gusto manifiesta una buena estabilidad incluso en las edades más avanzadas. La capacidad para saborear el azúcar es de las más persistentes, pero la que parece disminuir es la capacidad de detectar y distinguir los sabores amargos. Las personas que sufren complicaciones como la hipertensión (presión

sanguínea elevada, acompañada en ocasiones de mareos y dolor de cabeza) les es más difícil distinguir los sabores; de igual forma los medicamentos pueden intervenir para que los umbrales sensoriales sean más altos. En lo que respecta a la sal, se necesita mayor cantidad para degustarla, pero si se exceden la presión puede empeorar. A su vez, las dificultades para distinguir los sabores de alimentos combinados se relaciona al deterioro del olfato, debiéndose tal vez porque el bulbo olfatorio (órgano en el cerebro responsable del sentido del olfato) está dañado.

- d) *Tacto*: según un estudio, con la edad, la capacidad de los individuos para sentir es menor en las extremidades inferiores que en las superiores; pero para la mayoría de los ancianos la sensibilidad táctil no representa un problema. Las personas mayores presentan una menor sensibilidad ante el dolor y lo padecen menos que los adultos jóvenes; a pesar de que esto resulte positivo ante sus enfermedades, es contraproducente si evita que el individuo sienta heridas o dolencias que deben recibir tratamiento (Santrock, 2006).

#### **1.4.1.4 Músculos, Huesos y Movilidad.**

Con el pasar de los años se nota un decremento del peso muscular que conlleva a la pérdida de la fuerza y la resistencia limitando a la persona mayor en sus actividades cotidianas. La estructura y composición de las células musculares se altera; el peso, llega a ser menor debido a la pérdida del tejido muscular.

El funcionamiento muscular se ve afectado por la estructura y composición cambiante del esqueleto, debido a esto, las personas mayores suelen medir tres centímetros menos de lo que median de jóvenes gracias a la compresión del cartílago de la espina dorsal, a los cambios de postura y a la pérdida de calcio.

“Los ancianos pierden estatura a medida que se atrofian los discos entre las vertebrales espinales, y la postura encorvada los hace parecer pequeños. El adelgazamiento de los huesos puede causar una joroba en la parte trasera del cuello, en especial a las mujeres con osteoporosis” (Papalia, 2004).

Los huesos se vuelven más débiles, porosos y frágiles. La porosidad hace más propenso al hueso a fracturas y tarda en soldarse.

La tendencia a caerse aumenta por los cambios en el sistema vestibular que regula el equilibrio, pues sus receptores que detectan el movimiento y los cambios de posición, decrecen en forma considerable.

En la mayoría de veces, disminuye la reacción y el funcionamiento muscular; los músculos tardan más tiempo en alcanzar un estado de relajación tras haber sido sometidos a un período de esfuerzo. También funcionan con menos eficiencia si el sistema cardiovascular no les suministra suficientes nutrientes o sino eliminan los desechos tóxicos, problemas que pueden deberse al envejecimiento y a malos hábitos de la salud. Los vasos sanguíneos pierden su elasticidad o se obturan, de ahí que llegue menos sangre a los músculos. Al disminuir el funcionamiento de los pulmones, se reduce el aporte de oxígeno al cerebro y músculos, en consecuencia, decrece la coordinación motora fina y el tiempo de reacción.

Algunas enfermedades relacionadas a éste desgaste son:

- *Artritis*: es la inflamación de las articulaciones que produce dolor, rigidez y problemas de movilidad, que inciden especialmente en los adultos mayores. Este padecimiento puede afectar las caderas, las rodillas, los tobillos, los dedos de las manos y las vértebras.

Sus síntomas pueden reducirse con medicamentos, como la aspirina, actividad física ejercitando las articulaciones afectadas, bajar de peso y en casos extremos, sustituir la articulación por una prótesis.

- *Osteoporosis*: se debe a la pérdida del tejido óseo del esqueleto, es el principal motivo por el cual algunos adultos mayores caminan con un evidente encorvamiento; afecta especialmente a las mujeres. Y se le relaciona con un déficit en los niveles de calcio, vitamina D, estrógeno y falta de ejercicio.

Pese a estos cambios la persona puede beneficiarse al realizar ejercicios de fuerza y equilibrio para mantenerse en vigor y poder duplicar su fuerza.

### **1.4.1.5 Órganos internos.**

Con los años aminora la capacidad de reserva del corazón, de los pulmones y de otros órganos; es una disminución lenta pero constante.

El corazón es un músculo especializado que se basa en la eficiencia del sistema cardiovascular y sufre alteraciones durante el envejecimiento; el resultado es la reducción de flujo de la sangre que llega al corazón y que sale de éste, así como un mayor tiempo de recuperación después de la contracción. En la vejez, a menudo decrece la capacidad de los pulmones para captar oxígeno, gran parte de esta deficiencia puede deberse al daño prolongado por el tabaquismo y la contaminación ambiental.

### **1.4.1.6 Aparato digestivo.**

El proceso digestivo empieza desde la percepción visual y olfativa que preparan la salivación e incluso anticipan las secreciones gástricas y de insulina, previendo la digestión de los alimentos y el rápido ascenso de la glucemia (glucosa en la sangre).

A edad avanzada disminuye esa percepción anticipatoria, también la masticación se ve afectada frecuentemente por la pérdida de piezas dentales; la salivación disminuye de tal forma que a menudo se aprecia resequedad de la boca.

El peristaltismo que es un proceso automático e importante que moviliza los alimentos a través del aparato digestivo tiende a modificarse con la edad disminuyendo, es por ello que se recomienda el consumo de fibras y legumbres así como ejercicio; a su vez, la regurgitación de alimentos y el riesgo de paso de líquidos a la glotis suceden con mucha frecuencia. La cavidad gástrica presenta una disminución de glándulas, por ello en la edad avanzada hay escasez o incluso ausencia de formación de ácido clorhídrico necesario para activar la acción de enzimas digestivas. La musculatura del estomago adelgaza y sus contracciones son menos frecuentes e intensas implicando un mayor tiempo del proceso digestivo y las vellosidades intestinales presentan una atrofia moderada (Asili, 2004).



### **1.4.1.7 Sistema circulatorio.**

La extensa red de vasos sanguíneos tiende a presentar depósitos de calcio y ateromas, es decir, acumulación de cristales de ácidos grasos y colesterol, que endurecen los vasos sanguíneos, contribuyendo a la hipertensión propia de la arteriosclerosis, pero estas alteraciones no se deben al envejecimiento en si, sino a costumbres dietéticas y de consumo de tabaco y alcohol, siendo estas las principales causas de muerte y de infarto.

La vascularización tiende a ser tortuosa y rígida, mientras que los capilares sanguíneos disminuyen de forma simultánea con la reducción de células en los tejidos; como resultado del aumento de la resistencia a la circulación sanguínea el músculo cardiaco debe realizar mayor esfuerzo para su conducción, de manera que se da una hipertrofia del ventrículo izquierdo, reduciéndose la cantidad de sangre bombeada por minuto, sin embargo esto se relaciona con el estilo de vida sedentario. Estas variaciones cardiacas redundan en una reducción de la velocidad de circulación, acentuando la tendencia de tener pies y manos frías, por tanto, existe un riesgo relativo de hipotermia en edad avanzada.

### **1.4.1.8 Sistema inmune.**

El sistema inmunológico también se ve alterado en la tercera edad, teniendo como resultado menos protección contra los microorganismos y las enfermedades. Esta reducción explica el por qué se les recomienda a los ancianos tomar las vacunas contra la gripe u otras enfermedades como la influenza, que puede ser mortal en esta edad, no sólo por su virulencia sino porque los hace vulnerables a infecciones bacterianas como la neumonía.

### **1.4.1.9 Sistema respiratorio.**

Los cambios son escasos, se puede observar una disminución de la secreción de la mucosa respiratoria, por lo que la capacidad de depuración y humefacción del aire inspirado puede ser insuficiente en circunstancias anormales; estos cambios aumentan principalmente en fumadores.

A nivel pulmonar los cambios son más pronunciados pues hay una disminución de la capacidad vital del pulmón debido a la baja de fuerza elástica en el pulmón y la disminución de la movilidad en la caja torácica. Hay una reducción de la superficie alveolar generando cavidades mayores y provocando un ligero enfisema; hay un aumento del espesor del tabique de separación aire alveolar-sangre capilar, que sólo en caso de bronquitis u otras afecciones lleva consigo una menor capacidad de difusión de gases.

Por lo tanto, hay una mayor frecuencia de infecciones respiratorias y de mayor gravedad. Para un buen envejecimiento del aparato respiratorio se recomienda hacer ejercicio, evitar la obesidad, evitar ambientes contaminados y eliminar el hábito tabáquico.

#### **1.4.1.10 Aparato urinario.**

Un 1% por año el tamaño del riñón disminuye a partir de la tercera década. En la edad avanzada la capacidad del riñón es suficiente en condiciones normales y se ve disminuida cuando hay un exceso o defecto de agua, de sodio o potasio, cambios en el flujo sanguíneo glomerular. Una forma de ayuda para el funcionamiento correcto del riñón es evitar la deshidratación, el exceso de sal y tener precaución con los medicamentos.

El tracto urinario sufre cambios con el paso de los años, la parte más afectada es la vejiga debido a la disminución de la capacidad contráctil del músculo detrusor, encargado de vaciarla; el chorro de orina es más débil y el vaciamiento de la vejiga no es total. Los cambios en la uretra más frecuentes son los esfintéricos, encargados de impedir la salida de la orina en los espacios intermiccionales, de ahí que se produzcan emisiones involuntarias de orina, más frecuente en mujeres, mientras que en los hombres un trastorno frecuente es ocasionado por el adenoma benigno de próstata. Al alcanzar cierto tamaño produce una reducción de la luz de la uretra prostática dificultando la micción y en casos extremos una oclusión total.

### **1.4.1.11 El sueño.**

Las personas mayores se quejan de insomnio sin ningún motivo. Entre los 65 y 70 años, un 25% afirma que la calidad de su sueño es muy mala, mientras que un 45% menciona que es mala; además de que un porcentaje moderado de ancianos toma somníferos para poder conciliar el sueño.

Ciertos patrones que caracterizan a los adultos mayores respecto a la edad son los siguientes:

- Los ancianos promedian entre seis y seis y media horas de sueño por noche, aunque muchos se quedan en cama hasta ocho horas.
- Los adultos mayores duermen más que los adultos jóvenes, aunque tienen dificultades para conciliar el sueño y se mueven en la cama hasta 30 minutos antes de quedarse dormidos.
- Despiertan con mucha mayor facilidad.
- Un cambio en la distribución de las etapas de sueño aumenta el sueño de la etapa I (sueño ligero) y disminuye de la III y IV (sueño profundo). Es por eso, que cuando concilian el sueño, en general no es un sueño profundo ni satisfactorio.

Sobre los orígenes que motivan los profundos cambios que experimenta el sueño a lo largo de la vida solo hay por el momento, hipótesis. Algunas de las causas que se han propuesto son: la disminución del número de neuronas y la alteración de los marcapasos cerebrales que intervienen no sólo en el ritmo de vigilia-sueño, sino también sobre los centros nerviosos facilitadores e inhibidores de la corteza cerebral. Estos principios pueden explicar la reducción de voltaje de las ondas delta que se dan en el estadio IV del sueño, que es el más afectado en los adultos mayores.

Estas modificaciones son producidas por los cambios normales en el proceso de senescencia o del proceso de envejecimiento; aparte de otros insomnios motivados por enfermedades.

El insomnio real, en la vejez va ligado a otros trastornos propios de la edad, los más habituales son físicos, situaciones psicológicas como ansiedad, depresión,

preocupaciones y los hábitos como el horario irregular de levantarse o irse a la cama, la inactividad, etc. (Gonzalo, 2002).

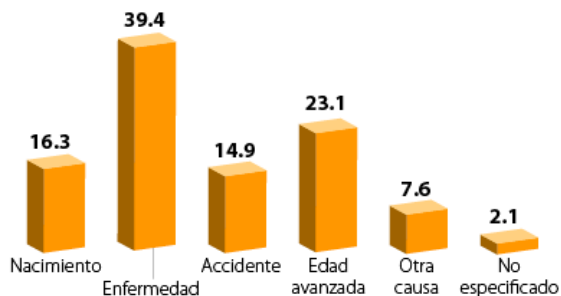
También se relacionan con la apnea (dificultad de respiración) y con movimientos periódicos de las extremidades que son espasmos repetidos de las piernas que despiertan al individuo. La apnea del sueño interrumpe la respiración por un mínimo de 10 segundos y ocurre por lo menos cinco veces por hora. Los que la padecen se ven afectados por ronquidos, sueño inquieto, somnolencia en el día y depresión.

Mejorar la calidad de sueño implica eliminar las causas que impiden el dormir. Como primer recurso se tendría que eliminar las causas de el dolor tratándolo, los hábitos se tendrían que corregir; una herramienta benéfica son los ejercicios de relajación, los cuales, ayudan a encontrar una tranquilidad y un bienestar preámbulos al sueño. El temor al insomnio genera un círculo vicioso pues al preocuparse por éste, crea ansiedad la cual lleva al insomnio, por ello, se debe de eliminar esta sensación y enfocarse a que se puede descansar sin dormir, logrando una relajación hasta alcanzar el sueño.

#### 1.4.1.12 Discapacidad y el adulto mayor.

En México, de cada 100 personas con discapacidad, 23 están afectadas por el deterioro que implica el envejecimiento y la edad avanzada.

**Porcentaje de la población con discapacidad según causa de la misma (Año 2010).**



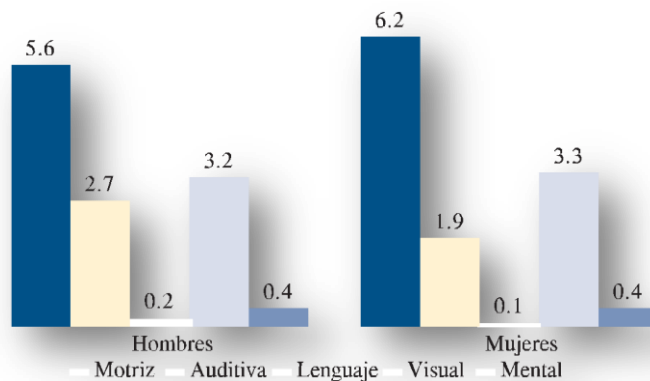
FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

La prevalencia de la discapacidad se incrementa gradualmente a partir de los 45 años tanto en hombres como en mujeres, pero alcanza niveles sustanciales a partir de

los 70 años de edad, cuando los riesgos de experimentar deterioro funcional asociado a la incapacidad para realizar de forma autónoma actividades de la vida diaria son mayores. En medida en que avance el proceso de envejecimiento, el riesgo se incrementará, por lo que es previsible que también lo haga la prevalencia de la discapacidad.

El tipo de discapacidad predominante entre los adultos mayores es la motriz, que afecta a 56% de los hombres y 62% de las mujeres. Le siguen la discapacidad visual (33% y 32%, respectivamente) y la auditiva (27% y 19%, respectivamente). Uno de los retos del envejecimiento demográfico es instrumentar medidas y programas preventivos que permitan reducir las tasas de morbilidad y discapacidad, para así incrementar la esperanza de vida libre de discapacidad y permitir que un mayor número de individuos disfrute su vejez en plenitud de condiciones físicas y mentales (Zúñiga y Vega, 2004).

*Tasas específicas de discapacidad para los adultos mayores por sexo, 2000*  
Tasa por 100



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Es importante instrumentar estrategias preventivas que permitan reducir la prevalencia de las discapacidades, para así incrementar la esperanza de vida libre de discapacidad y reducir los costos que ésta genera en la vida de los adultos mayores y de quienes los rodean.

### 1.4.1.13 Salud en la Tercera edad.

El envejecimiento poblacional implica una mayor demanda de servicios de salud. Por lo general las personas mayores dicen tener una buena salud la mayor parte del tiempo, tal vez por el hecho de que se adaptan a la lenta aparición de enfermedades crónico-degenerativas o a los efectos secundarios de los medicamentos con los que se controlan sus padecimientos. Si se erradicaran dichas enfermedades, la esperanza de vida podría aumentar hasta diez años aproximadamente.

En México, las cinco principales causas de muerte de las personas de la tercera edad de ambos sexos en el año 2000 fueron las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias malignas, la diabetes mellitus, las enfermedades digestivas y respiratorias.

Para el 2010 las principales causas de muerte en personas mayores de 60 años son:

Hombres	Mujeres
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades del corazón.</li> <li>• Diabetes mellitus.</li> <li>• Tumores malignos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes mellitus.</li> <li>• Enfermedades del corazón.</li> <li>• Tumores malignos.</li> </ul>

FUENTE: INEGI. Estadísticas a Propósito del Día de Muertos. Datos Nacionales.  
INEGI. Boletín de Estadísticas vitales 2008. Base de datos.

Además otra causa por la cual hay enfermedad o fallecimiento de los ancianos son los accidentes, resultantes de heridas comunes, una caída, accidentes de tráfico, etc.; debido que su proceso de curación y recuperación se produce de forma lenta.

Las alteraciones de la salud encajan en tres categorías generales: pueden ser crónicas, pueden relacionarse con la alimentación o se pueden deber al uso incorrecto de medicamentos.

- a) Problemas crónicos de salud:** los cambios fisiológicos del envejecimiento determinan mayor vulnerabilidad haciendo a los ancianos más propensos a padecer enfermedades crónico-degenerativas que tienden a durar mucho tiempo y volverse recurrentes, es decir, ocurren de manera constante y nunca desaparecen. Este tipo de padecimientos afecta la vida de un número considerable de ancianos entre las más comunes son la artritis, cardiopatías,

osteoporosis e hipertensión, así como deficiencias visuales y auditivas; a su vez, las caídas también ocasionan efectos crónicos. El incremento de estos problemas decrece la capacidad del organismo o la capacidad de reserva, el cual, es un respaldo que ayuda al sistema corporal a funcionar hasta su límite para enfrentar el estrés y la tensión que genera la enfermedad. Una causa fuerte en relación con la mala salud y con el uso y acceso limitado a la atención médica es la pobreza.

La investigación genética cada vez promete mejores resultados en su proyecto denominado *Genoma Humano*, y este proyecto puede llegar a favorecer el conocimiento exacto del cómo y por qué ocurre el envejecimiento. Las terapias de prevención del envejecimiento están basadas en conservar intactos nuestros genes y con ello el código genético y su programa vital, así como mantener la homeostasis o equilibrio del medio interno. Cuando los procesos degenerativos se han establecido este tipo de terapia puede ayudar tanto al cuerpo como a la mente a funcionar en forma más eficaz y que los tratamientos farmacológicos sean más efectivos para conservar la función, minimizar la cronicidad y evitar la discapacidad física y mental.

**b) Alimentación:** la nutrición es la piedra angular de la salud y el envejecimiento; ésta debe ser completa, balanceada en macronutrientes (carbohidratos, grasas, proteínas) y micronutrientes (enzimas, vitaminas, minerales, aminoácidos) que contribuyan al retraso del deterioro biológico.

La mala salud se debe a una dieta deficiente ya que por la reducción de la actividad física y del metabolismo, los adultos mayores no necesitan tanta comida como en su juventud, de hecho necesitan menos del 20% de calorías de las que consumían en años anteriores, pero, siguen necesitando casi la misma cantidad de nutrientes.

Algunos ancianos sufren de anemia y desnutrición por falta de información sobre lo que contiene una dieta sana, por carencia económica, o porque les da lo mismo comprar y consumir cantidades suficientes de alimentos nutritivos, además de los hábitos alimenticios que han llevado a lo largo de su vida pues les es difícil modificarlos. Las deficiencias más comunes son las de hierro, calcio,

vitaminas A y C. Parte del problema radica en el consumo excesivo de grasas, las cuales contribuyen al endurecimiento de las arterias provocando la arterosclerosis, que causa muchos de los problemas cardiacos.

Otro padecimiento que afecta al adulto mayor es la obesidad, que además de suponer una sobrecarga para el corazón, dificulta la movilidad y produce fácilmente el cansancio, disminuyendo la esperanza de vida y causa una serie de enfermedades o alteraciones como: intolerancia a la glucosa (consecuencia de la hiperglucemia); resistencia a la insulina, que da lugar a una diabetes mellitus tipo II (no dependiente de insulina); dislipemia que es, cualquier alteración en los niveles normales de lípidos plasmáticos (fundamentalmente colesterol y triglicéridos) y juega un papel importante en la arteriosclerosis.

La distribución corporal de la grasa es un factor influyente tanto en la tolerancia a la glucosa como en la resistencia a la insulina. Cuando el depósito de grasa predomina en el tronco y la alteración es más pronunciada, por ello la diabetes se da con más frecuencia. Mientras que la hipoglucemia es causa de trastornos cardiovasculares graves.

Para mejorar el estado de salud y nutrición se les recomienda tomar a las personas mayores antioxidantes (que incluyen vitamina C, E y el betacaroteno), agua, fibra, vitaminas, calcio y magnesio, oligoelementos que se encuentran en muchos alimentos nutritivos de origen animal y vegetal.

Las recomendaciones del Programa Global del Envejecimiento de la OMS señalan la necesidad de proporcionar a médicos, nutriólogos y profesionales de la salud la información y motivación para recomendar lo siguiente:

1. Fomentar la educación y promoción de la geroprofilaxis y el autocuidado.
2. Promover cambios vigorosos en el estilo de vida. Evitar adicciones, alcoholismo, tabaquismo, obesidad, sedentarismo.
3. Fomentar cambios hacia una nutrición que prevenga el envejecimiento.



4. Apoyo al terreno biológico, con suplementos nutricionales, fármacos y tratamientos geriátricos.
5. Practicar ejercicios de entrenamiento de la fuerza junto con actividades aeróbicas y de estiramiento.

c) *Uso incorrecto de los medicamentos:* el problema se relaciona con los cambios de la química corporal ya que a menudo los ancianos toman combinaciones de medicamentos para varios problemas, además las personas cuya capacidad cognoscitiva empieza a deteriorarse olvidan el horario y la dosis de cada medicamento. Otro factor, es cuando van al doctor, pues no mencionan todos los medicamentos que toman y el médico no les prescribe el fármaco adecuado, además, de que algunos fármacos provocan una pérdida excesiva de vitaminas, sales minerales y ocasionan déficit de tiamina y potasio.

Otro problema que favorece el abuso involuntario de medicamentos es que a los ancianos les resulta más difícil eliminarlos del organismo, ya que cuando está en deterioro progresivo como es el caso del hígado y los riñones, las cantidades mayores de fármacos permanecen más tiempo en el sistema pues es difícil procesarlos.

### **1.4.2 Cambios cognitivos.**

Para referirse a la ciencia cognitiva, los investigadores se han basado en un supuesto fundamental, al cual se le considera como un sistema de maquinaria mental que produce determinados patrones de ejecución observados, cuando el individuo ejecuta tareas que requieren un procesamiento cognitivo.

Los procesos que abarcan el ámbito cognitivo de la conducta humana son variados y complejos, pero se agrupan en categorías de acuerdo a ciertas funciones:

- a. *Atención:* los procesos atencionales abarcan desde el estado de alerta de la conciencia hasta la capacidad para controlar el procesamiento de la información en el cerebro.

- b. *Lenguaje*:** comprende la habilidad para codificar, decodificar e interpretar los elementos semánticos y sintácticos de símbolos empleados para comunicar información; estas funciones se representan principalmente en el hemisferio cerebral izquierdo.
- c. *Memoria*:** son mecanismos relacionados con la búsqueda de información almacenada gracias a la educación formal e informal y la experiencia acumulada a lo largo de la vida que constituyen la memoria, la cual puede ser subdividida en varios componentes, cada uno de ellos con sus bases neurales en diferentes grupos de estructuras cerebrales.
- d. *Habilidades constructivas*:** son procesos no verbales que requieren la integración de las funciones de los lóbulos frontales, parietales y occipitales; necesitan integración visoespacial y abarcan la habilidad para dibujar, construir y manipular formas y dimensiones.
- e. *Funciones cognitivas superiores*:** incluyen procesos de abstracción, conceptualización, uso de información aprendida en la solución de problemas, habilidad para el cálculo, en general, a todas las funciones intelectuales superiores y únicamente humanas.
- f. *Funciones superiores de control mental*:** concebidas como actividades de control ejecutivo, relacionadas con la anticipación, planificación y selección de las respuestas o conductas.

Anteriormente se tenía la idea de que el funcionamiento del sistema nervioso se deterioraba como resultado del envejecimiento, pero estas ideas estaban basadas en estudios de individuos con enfermedades relacionadas con la edad. Otros estudios con personas sin tales enfermedades mostraron cambios, como en la pérdida de memoria, dificultad para aprender tareas nuevas, disminución en el procesamiento por parte del cerebro y pérdida de masa cerebral; sin embargo, estos cambios eran relativamente modestos. La mayoría de adultos mayores sin patología cerebral ya sea degenerativa de causa desconocida o vascular de causas conocidas, presentan decrementos mínimos en el funcionamiento neuropsicológico.

### **1.4.2.1 Atención.**

Es un complejo mecanismo de selección de señales que acompaña a todos los procesos cognitivos; sin embargo las características de sus manifestaciones en las personas mayores no han sido estudiadas con la misma frecuencia que las de la memoria. La disminución de estos procesos, en la tercera edad está relacionada con los cambios atribuidos al enlentecimiento de las operaciones cognitivas, es decir a la reducción de la velocidad en el procesamiento de la información; a un alargamiento de los tiempos de reacción que de algún modo tiene que ver con las características centrales y periféricas de los procesos sensoriales y perceptivos.

### **1.4.2.2 Memoria.**

El reconocer los cambios estructurales y del funcionamiento en el proceso cognitivo asociado a la vejez, respecto a la memoria, es un rasgo común en las personas mayores, sin embargo, la variabilidad interindividual es alta, debido a las influencias de múltiples factores que giran en torno de cada individuo. *“La memoria es el proceso neurocognitivo que permite registrar, codificar, consolidar, almacenar, acceder y recuperar información, y al igual que la atención, constituye un proceso básico para adaptarse al medio. Sin información del pasado, es imposible vivir el presente ni proyectarse al futuro”.*

Según Craig (1999), en estudios sobre la memoria se ha encontrado una memoria más *permanente o terciaria*, la cual contiene información remota; también se han examinado niveles hipotéticos de esta: *almacenamiento sensorial* que es una memoria visual o auditiva, que conserva la información sensorial por fracciones de segundo. Los ancianos pueden captarla y mantenerla ligeramente menos tiempo que los jóvenes. Su deficiencia puede compensárselos observando o escuchando las cosas por mayor tiempo. En la memoria a largo plazo, se puede ver que las personas mayores recuerdan menos elementos de una lista o menos detalles, es decir, organizan, repasan y codifican en forma menos eficaz el material que deben aprender, pero pueden mejorar con una instrucción cuidadosa y práctica.

Al parecer la memoria terciaria, que también es llamada memoria de hechos muy remotos, permanece intacta en la vejez. Implicando la facilidad con que a menudo los ancianos describen sucesos memorables de su niñez.

La memoria es un complejo sistema formado por diversos subtipos: 1) el temporal, permite analizar en función del tiempo que persista la información almacenada; 2) el secuencial, divide el proceso mnéstico en fases sucesivas desde la entrada de la información hasta la fase de recuerdo o evocación y 3) el dominio o contenido, que distingue como puede ser recuperada y evocada la información (Asili, 2004).

Otra diferencia de edad en las realizaciones de tarea de memoria a largo plazo, es que las personas mayores se desempeñan mejor en las tareas de reconocimiento que en las de recuerdo de cosas como lista de términos; suelen ser más selectivos. Por ejemplo pueden negarse a memorizar lista de palabras útiles, pero obtienen excelentes resultados en comprensión de párrafos.

El diagnóstico de los trastornos de la memoria requiere la búsqueda de fuentes de información alternativa para verificar la precisión de la información y conocer el nivel educacional e intelectual. Así mismo, es importante el grado de cooperación de la persona, también se debe conocer si existen alteraciones de la conciencia, atención o disfunciones sensoriales o del lenguaje, condiciones psiquiátricas y consumo de medicamentos con acción en el sistema nervioso que puedan interferir con las pruebas.

En suma las personas mayores tendrán un desempeño deficiente, cuando la tarea de memoria exija métodos especiales de organización y de repaso que no han practicado mucho pero casi todos mejoran si se les enseña estrategias de organización y retención, pues el material más interesante y significativo es el que se recuerda.

### **1.4.2.3 Inteligencia.**

En este punto se ha creado mucha controversia, ya que algunos autores mencionan que aproximadamente a los 75 años se observa un declive generalizado en el funcionamiento intelectual. Los deterioros de la inteligencia en las personas mayores están íntimamente relacionados con el funcionamiento cerebral, por ello, que está condicionada más que por el aprendizaje y la experiencia, por factores biológicos.

Se han propuesto dos tipos de inteligencia: *la fluida* (capacidad de resolver problemas nuevos sin la influencia de aprendizajes previos) y *la cristalizada* (aplicación a la situación presente, la acumulación de experiencias anteriores).

#### **1.4.2.4 Aprendizaje.**

En la vejez hay una mayor dificultad para realizar aprendizajes; especialmente se subraya como irrealizable por parte de los mayores, el aprender nuevas ideas y técnicas. Pero, se ha podido comprobar que en la vejez hay una gran capacidad para aprender, e incluso, se es receptivo a las nuevas ideas y se pueden aprender nuevas técnicas.

Así mismo, es posible en cualquier edad la asimilación de nuevos conocimientos, aptitudes y hábitos, y lo único que cambia es la velocidad de asimilación. Los adultos mayores no aprenden también como en la juventud pero esto puede ser explicado debido a que en la vejez se tienen tiempos de reacción más largos y se es más precavido, ya que se tiene miedo a fallar, los problemas de salud influyen en la capacidad de aprendizaje y hay una dificultad ante las tareas complejas o abstractas; las personas mayores resuelven mejor las simples, concretas, que puedan tener algún sentido.

En concreto los factores que afectan el aprendizaje en la senectud se pueden distinguir entre factores cognitivos (memoria e interferencia) y factores no cognitivos (motivación, pérdida de velocidad, salud y educación).

#### **1.4.2.5 Sabiduría.**

Es el conocimiento experto que se concentra en el aspecto pragmático de la vida y que supone buen juicio y consejos sobre los asuntos, más importantes de la vida. Paul Baltes 1993, propuso que el conocimiento experto propio de la sabiduría puede clasificarse en cinco categorías: *el conocimiento actual, conocimiento procedimental, contextualismo a lo largo de la vida, relativismo de los valores e incertidumbre*, es decir, la sabiduría parece concentrarse en los asuntos importantes y difíciles que a menudo se asocian con el significado de la vida y la condición humana. El nivel de conocimiento, sensatez y consejo reflejado en la sabiduría es superior. El conocimiento asociado a la

sabiduría tiene un alcance, una profundidad y un equilibrio extraordinario, y se aplica a situaciones concretas. Además la sabiduría combina la mente y la virtud empleándose a favor del bienestar personal y de la humanidad. Por último aunque la sabiduría es difícil de alcanzar, la mayoría de la gente la reconoce con facilidad.

Hay dos razones que explican por qué aumenta con los años la cantidad y la calidad de conocimiento relacionado con la sabiduría. Se necesitan largos años de experiencia en varias circunstancias de la vida para comprender con plenitud los factores que la mejoran y para trabajarla, esto se aprende con la edad. Y en segundo lugar, al envejecer se adquieren atributos que favorecen la obtención de la sabiduría como son el comprender el conocimiento cognitivo y de la personalidad.

#### **1.4.2.6 Razonamiento.**

Es el proceso mental que introduce orden en el caos de datos recogidos por la mente a través de la percepción y el aprendizaje. El nivel de razonamiento está condicionado por su ejercitación y este puede mejorar (Belandó, 2001).

En la vejez existe un factor que aparece siempre, y es la precaución en la toma de decisiones y se cree que está basado en un aprovechamiento de la experiencia.

#### **1.4.2.7 Capacidad de resolución de problemas.**

Las personas mayores no tienen tanto éxito en las tareas de resolución de problemas como los jóvenes; no se sienten motivados ante las tareas que tienen que realizar en pruebas que las perciben como fútiles y aburridas. Además son menos eficientes en resolver problemas complejos en algunos procesos, debido a que suelen utilizar estrategias poco adecuadas y suelen ser más rígidos en sus pensamientos, lo que les hace emplear estrategias ya aprendidas que les interfieren en el desarrollo de la formación de nuevos conceptos.

#### **1.4.2.8 Creatividad.**

La creatividad es un producto del cerebro pero también es un estado del espíritu. En el envejecimiento no hay una pérdida de la capacidad de expresión creativa, sino que en

esta etapa pueden aparecer varias formas de expresión. Algunos estudios sugieren que puede surgir como respuesta a pérdidas que se producen en la vejez.

Muchos han definido el concepto de creatividad, por ejemplo la teoría de la Inteligencia Múltiple entiende como creatividad al reflejo de una inteligencia especial; ésta postura defiende la idea de que con el envejecimiento la persona puede conseguir más conocimiento del desarrollo personal, con lo que se llegaría a ser más autónomo y más diferente de los demás.

Según McLeish (citado en Belando, 2001), propuso el concepto del “*Adulto Uliseano*” y las cualidades que integran a la persona uliseana en la vejez hacen referencia a las iniciativas llevadas a cabo con coraje y entusiasmo.

Otro modelo es el de Tylor (1974), quien plantea cinco disposiciones comportamentales sobre la creatividad. La quinta posición, denominada *originalidad emergente* es definida como “*capacidad para crear ideas originales o esencialmente nuevas*”.

A su vez, la creatividad se plantea de acuerdo a los procesos, personalidad, productos y persuasión y no está limitada a áreas concretas, pues puede estar condicionada por las posibilidades que estén al alcance de la persona u otros factores externos.

#### **1.4.2.9 Demencia en el proceso de envejecimiento.**

Actualmente en ancianos sanos se ha investigado la memoria y otras funciones cognitivas con el propósito de descubrir pruebas sensibles a las pérdidas tempranas y se intenta determinar qué actividades, alimentos, aficiones, ejercicios y medicamentos separan a estas personas de aquellas que adquieren algún tipo de demencia.

La experiencia subjetiva de la disminución gradual de la capacidad de memoria en los ancianos ha sido atribuida a la pérdida integral de algunos circuitos neuronales. Para hablar de deficiencias clínicamente significativas se observa la manifestación de una suma de efectos de deterioro neuronal, disminución de plasticidad, daño neurológico previo y consecuencias de algún tipo de enfermedad específica que rebasen un umbral predicho por las condiciones de cada situación particular. De tal manera que distinguir entre los cambios cerebrales propios de la vejez y los ocasionados por enfermedades

neurológicas o de otro tipo es complicado, sobre todo cuando los estudios se hacen *posmortem* o después de la muerte.

De las personas que presentan deterioro notable en su funcionamiento cognoscitivo se dividen las posibilidades de que puede ser, temporal, progresivo o intermitente.

El periódico la “*Jornada*” menciona que, según la Secretaria de Salud, alrededor de 600 000 mexicanos tienen algún tipo de demencia y la tendencia es que, con cada lustro el número de casos se duplique (Asili, 2004).

Para la población mexicana la forma más común de demencia es el *Alzheimer*, afectando del 5 al 10% de la población mayor de 65 años y más aún a los mayores de 85 años y de acuerdo a los cálculos que se tienen del envejecimiento poblacional esta cifra se triplicara.

La palabra demencia deriva del latín *de*, que significa “alejarse o alejado”, y *mens*, que quiere decir “mente”. Por ello la demencia es una pérdida de la función intelectual que va más allá de lo normal, es decir, éste trastorno de la función mental debe de ocasionar una alteración significativa de la vida de la persona. Los trastornos leves de la memoria propios del envejecimiento no constituyen demencia.

El DSM-IV la define como “*deterioro de múltiples funciones cognoscitivas, incluida la alteración de la memoria*”, sin alteración de la conciencia. Las funciones cognoscitivas alteradas o afectadas son la inteligencia global, el aprendizaje y la memoria, el lenguaje, la resolución de problemas, la orientación, la percepción, la atención, la concentración, el juicio y las habilidades sociales así como la personalidad se ve alterada.

La pérdida no necesariamente es gradual, puede ser repentina, como ocurre en los accidentes cerebrovasculares como la hemorragia, trombosis o embolia. Dos aspectos que se deben de destacar son:

- 1) La demencia es un síntoma de numerosas entidades y no una enfermedad o entidad patológica en sí misma. Los síntomas están determinados por la localización y la extensión del daño cerebral y no necesariamente por el tipo de enfermedad.



2) Algunas de las demencias tienen remedio. Lo fundamental es identificar el síndrome y manejar de forma clínica su causa específica. La reversibilidad potencial de la demencia depende tanto de la causa patológica subyacente como de la existencia y aplicación de un tratamiento efectivo.

Aproximadamente el 15% de los casos de demencia podrán ser reversibles si se inicia el tratamiento antes de producirse un daño irreparable.

Se calcula que el 5% de la población mayor de 65 años tiene demencia severa y que alrededor de 10% padece demencia leve o moderada. La prevalencia de la enfermedad se duplica cada cinco años a partir de los 60 años de edad, y constituyen la cuarta o quinta causa de muerte y se podría decir que en esencia es una enfermedad de ancianos.

De todos los pacientes con demencia, de 50 a 60% pertenecen al tipo más frecuente: el *Alzheimer*. El segundo tipo de demencia más frecuente es la *vascular* alcanzando de un 15 a 30% de casos y se relaciona con las enfermedades cerebrovasculares, en donde, la hipertensión, es un factor predisponente. Es más común entre los 60 y 70 años y más frecuente en hombre que en mujeres.

Algunos clasifican las demencias como *generalizadas*, cuando las alteraciones del sistema nervioso están extendidas a zonas muy amplias del encéfalo, y las *localizadas*, cuando afectan áreas más restringidas, estas últimas en algunos casos son más fáciles de localizar, y en otras como en el Alzheimer son afectados sistemas de neurotransmisión que proyectan a muchas áreas corticales, siendo la localización muy difusa.

La demencia por lo general inicia de forma insidiosa y progresa con lentitud, refiriéndose a cambios conductuales y de la personalidad, que en la mayoría de los casos implica pérdida de espontaneidad. Las personas se muestran apáticas y retraídas, se alejan de los conocidos, se sienten solos y pierden interés en sus actividades y pasatiempos. En otros tantos, se vuelven demasiado extrovertidos y desinhibidos y pueden perder sus modales y trato social. También aparecen signos de deterioro intelectual, dificultándose la realización de actividades que requieren pensamiento novedoso o creativo. Los trastornos de memoria se vuelven evidentes y

los enfermos repiten preguntas una y otra vez porque no pueden recordar la respuesta. El lenguaje se modifica ya que adquiere una cualidad estereotipada y se vuelve vacío y carente de significado. Llegando al punto de desorientarse en su casa y no reconocer familiares y amigos cercanos, además de que presentan incontinencia y la pérdida de la capacidad de aseo.

#### **1.4.2.9.1 Alzheimer.**

En México existen pocos estudios acerca del índice de ocurrencia de esta demencia. Según la Asociación Psiquiátrica Americana, el inicio de la enfermedad ocurre al final de la vida en la década de los 60, 70, 80, pero rara vez aparece a los 40 y 50 años y a estos casos se les denomina *demencia precoz o presenil*.

Clínicamente el Alzheimer se presenta como un deterioro progresivo del intelecto que incluye no solo la memoria, la orientación y el lenguaje, sino otros componentes de las funciones superiores, como la personalidad, el juicio, capacidad de resolver problemas, hacer cálculos y pérdida de habilidades visoespaciales y de construcción. En esta enfermedad se observa una atrofia difusa y severa con ensanchamiento en los surcos y cisuras. Estos cambios afectan principalmente los lóbulos frontales y parietales, el hipocampo y la amígdala; hay preservación de la corteza motora primaria, así mismo, hay una modificación ligera en áreas temporales y occipitales.

Por la atrofia de la corteza cerebral, la sustancia blanca puede disminuir y los ventrículos cerebrales dilatarse. Esto incluye una muerte neuronal en distintas áreas del sistema nervioso central. Además se sospecha de que este padecimiento tenga un origen genético.

Se ha visto que las personas con enfermedad de Alzheimer pueden aprender tareas nuevas cuando su práctica se basa en el principio de la constancia y no de la práctica variada. Aún cuando los pacientes con demencia no recuerden sus sesiones de práctica pueden aprender tareas, por ejemplo de tipo motriz, transfiriendo sus habilidades adquiridas a otras tareas similares. Así mismo, hay múltiples actividades que pueden ayudar al paciente que incluyen capacidades para dibujar, pintar y otras habilidades artísticas.

Los investigadores han intentado encontrar medicamentos que ayuden a aliviar las manifestaciones del Alzheimer. En México el más recetado es el *Eranz* el cual, inhibe la acción de la enzima colinesterasa, encargada de la degradación de la acetilcolina, al inhibir la acción de la acetilcolinesterasa, los medicamentos aumentan la concentración de acetilcolina generando efectos colaterales indeseables como toxicidad hepática, problemas gastrointestinales, etc....

Por otro lado se recomienda la vitamina E, que es otro antioxidante. Además otros medicamentos como el *Advil*, *Motrin*, que son antiinflamatorios como el *Naxen* y el *Indocid*, pueden proteger contra la enfermedad. Por último, un extracto de la planta *Gingko biloba*, puede enlentecer o revertir con moderación la pérdida de la memoria y otras manifestaciones del Alzheimer.

#### **1.4.2.9.2 Apoplejía.**

Es también llamada demencia por infartos múltiples. El infarto es la obstrucción de un vaso sanguíneo que impide que llegue la sangre necesaria a algunas zonas del cerebro, la insuficiencia destruye el tejido cerebral y se le llama apoplejía o miniapoplejía. Se les denomina ataques isquémicos transitorios, si se trata de episodios pequeños o temporales.

A menudo la persona afectada ni se da cuenta de que haya tenido uno. La causa latente de las miniapoplejías y la destrucción del tejido cerebral es la aterosclerosis (acumulación de grasa en el revestimiento de las arterias). El riesgo aumenta para los individuos con cardiopatías, hipertensión, diabetes.

El primer síntoma es la pérdida de memoria y después la desorientación espacio-temporal, senso-motora hasta llegar a la invalidez absoluta.

Existen otros factores secundarios que producen deterioro cognoscitivo como: la condición física, deficiencias nutricionales, consumo de alcohol prolongado, automedicación, inactividad del funcionamiento mental.

### **1.4.2.9.3 Demencia mixta.**

Es provocada por multiinfarto y por la enfermedad de Alzheimer, sin embargo no es fácil saber si es una demencia multiinfarto o está unido al Alzheimer.

### **1.4.2.9.4 Demencia tipo Parkinson.**

Se produce por deterioros en las capacidades cognitivas, la memoria y el aprendizaje. Se mantienen la memoria reciente y la de largo plazo, la competencia lingüística y la habilidad intelectual. Aparece básicamente un temblor durante el descanso, rigidez, cambios en la postura, dificultad de iniciar los movimientos y lentitud.

Sin embargo, la mente hace una compensación a medida que envejece, los ancianos al reconocer sus pérdidas objetivas y subjetivas, así como el equilibrio cambiante entre las ganancias y pérdidas, reorganiza y ajusta su sentido del yo para su adaptación.

## **1.4.3 Cambios psicológicos y en la personalidad.**

Los cambios psicológicos de la vejez tienen una multitud de causas, por un lado el sujeto va perdiendo sus facultades y necesita ir cambiando para tratar de compensar esas pérdidas; porque se acerca el fin de sus días; porque después de decenas de miles de años de civilización, la humanidad hoy asiste al colapso de las seguridades con respecto a la vida en el mas allá; porque va haciendo un balance comparativo de lo que ha sido su vida; porque a medida que progresa su senectud, también la familia y la sociedad lo van viendo y considerando de manera distinta; de hecho, la sociedad pasa a hacerse cargo de la economía y la salud de sus viejos en una etapa en la que los recursos médicos se tornan cada vez más elaborados y caros (Cereijido y et al. 1999).

El adulto mayor se encuentra viviendo un período de su vida en que todos sus proyectos, o ya han sido realizados, o decide renunciar a ellos porque ya no se encuentra con las fuerzas o ánimo suficiente, por falta de recursos, de apoyo, quizá porque piensa que no podrá terminarlos.

Pero otras veces las personas de la tercera edad siguen adelante ante todo, intentando, tal vez, enfrentarse al paso del tiempo. La vejez es una fase de la vida en que existe la

posibilidad de realización, de hallazgos, de perfecciones y aumentos, pues lo que importa es la forma de percibir las pérdidas y disminuciones.

De ahí que la tarea de la vejez es encontrar un sentido a la vida como totalidad, llegar a la integridad del yo, comprobando o revisando lo que se ha hecho de sí mismo, en el medio en que se ha desarrollado su existencia y asumir que se es y lo que se quiere ser, es decir, hace un balance de la vida.

El *autoconcepto* juega un papel importante en esta etapa; es un proceso continuo entre nuestra propia opinión, la de los demás y nuestras expectativas vitales. La autoestima y la imagen corporal son sus dos elementos principales.

La *autoestima* aumenta a medida que avanza la edad, ello no significa que no existan dificultades para la integración personal y social. Por lo que respecta a la *imagen corporal*, la preocupación por ella aparece en todas las edades y no solo en la senectud; se puede encontrar más dificultades en este rubro con las personas que tienen problemas, se sienten solas, enfermas, de bajos ingresos.

Estudios hechos con respecto a las emociones de los ancianos sostienen que, con los años hay una mayor estabilidad emocional, guiada por motivaciones.

La *motivación* son impulsos que mantienen en acción a los humanos y permanecen estables dentro de ciertos límites. Aunque no existe una prueba contundente de que la vida de los ancianos sea mejor o peor que la de los jóvenes, cabe señalar que los factores más importantes en juego sean parecidos a los que determinan la satisfacción general, la salud y los ingresos.

#### **1.4.3.1 Personalidad.**

En la vejez acontecen ciertos cambios que la caracterizan, pero estos se preparan y se conforman en las edades anteriores.

Hay mitos sobre la personalidad en el envejecimiento; se dice que éste período es propio del conservadurismo, la pasividad, la introversión, la irritabilidad, el olvido, el servilismo, el egocentrismo, la rigidez, la dependencia, etc.; pero también se ha dicho que el anciano es sabio, paciente y prudente.

Uno de los principales componentes de la personalidad es la actitud, distinguiéndose dos tipos: 1) la actitud *abierto de apertura* que se basa en sentimientos positivos acerca de uno mismo, del mundo y de los demás: como la empatía (valoración de uno mismo), la simpatía, la autonomía, anástasis (sentir que vale la pena el esfuerzo de vivir). El hombre tiende a ver las dificultades y cambios como problemas a los que hay que enfrentarse y resolver, respondiendo con el conocimiento de sí mismo, comunicándose y posibilitándose a aprender y descubrir. 2) la actitud de *clausura*, se origina cuando, por experiencias previas se consolidan sentimientos contrarios en la persona: cacopatía (sentirse inferior, incapaz, autorrechazo), dispatía (sentir todo hostil), heteronomía (sentir dependencia), catástasis (sentir que ningún esfuerzo vale la pena). Aquí se perciben los cambios y las dificultades como amenazas ante las cuales la persona trata de defenderse, se siente un bloqueo y se ocultan de sí mismos y con los demás, se dificulta el propio conocimiento y la comunicación y la cooperación disminuye además de las posibilidades de aprendizaje y desarrollo personal.

Estas actitudes se manifiestan en matices y grados diferentes en cada uno y con la experiencia se van consolidando o modificando.

La personalidad del anciano tiene una mayor complejidad, consecuencia de su experiencia y de un mejor dominio de impulsos; además permanece más estable cuanto mayor sea el nivel de educación y gocé de una buena salud. Por otro lado, un cambio que suele ocurrir es el aumento de la introversión, así como, una mayor precaución, menor impulsividad, más rigidez, que pueden ser causados por estrés, depresión y desesperación. De igual forma, se observan dos tendencias en la personalidad cuando se va ajustando en la vejez: una hacia la introversión e interiorización y otra hacia el dominio interior, en sustitución progresiva del dominio externo.

Jung (1933) se refiere a la introversión como el proceso donde el ser humano se torna cada vez más atento a lo que sucede en sí mismo, es decir, la persona tolera mejor ciertos aspectos de su personalidad hasta entonces descuidados o reprimidos.

Neugarten y cols. (1964), (citado en Belando, 2001) señala que las mujeres se vuelven más egocéntricas y agresivas, debido a que las mujeres al tener mayor esperanza de vida se enfrentan solas a esta etapa y buscan la forma de salir adelante; y en los

hombres se revelan sentimientos de ternura, pues al ya no dedicarse a otras actividades les da tiempo de trabajar en sus sentimientos generando una flexibilidad en los roles de género.

Para comprender ciertos aspectos de la personalidad en el anciano se han desarrollado diversas tipologías, a continuación se muestran algunas de ellas:

1. Reichard y cols. (1962), establecieron cinco tipos de personalidad. Tres son apreciadas como bien adaptadas, y se supone una aceptación de sí. La *madurez* es la más sana y mejor adaptada; la de tipo *casero*, son personas pasivas y suelen entender la vejez como una época exenta de responsabilidad, predomina la dependencia; las *defensivas o blindadas* presentan buena adaptación, pero son personalidades rígidas y suelen utilizar medios defensivos. Mientras que las personalidades que se consideran mal adaptadas son: la *descontenta* y la *autofóbica o autoagresiva*, se distinguen por la amargura, la agresividad y la depresión.
2. La tipología de Gaber (1983), distingue cuatro tipos de personalidad. El primero denominado *normal*, integra a los ancianos que muestran desconfianza y muchas dudas. El tipo *introvertido* ancianos poco comunicativos, taciturnos, desapasionados, un poco ansiosos y melancólicos y que suelen reducir sus amistades. Los ancianos *perturbados* se caracterizan por su falta de controlabilidad e inestabilidad emocional, baja tolerancia a la frustración y tienen conflictos internos. Y los *maduros integrados* son ancianos con recursos para enfrentarse a las situaciones diarias de forma positiva, disfrutando de su independencia y tienen capacidad para tomar decisiones por sí mismos.
3. Martin (1991), describe una tipología en referencia a tres *Patrones de Vida*, a los que les hace corresponder un tema vital. El primero se define como “Buscando y Manteniendo Contactos Sociales”, el segundo “Vinculación en Actividades”, y el tercero “Problemas Físicos”. En cada uno de estos patrones incluye diferentes categorías y estilos de personalidad en relación con variables como: inteligencia, sensibilidad, autodisciplina, intrepidez, radicalismo, etc.

Entonces, el ajuste de la persona está condicionado por las situaciones a las que se enfrenta y la forma de percibirlas, interpretarlas e integrarlas, en un proyecto de vida.

La mayor parte de las personas mayores presentan una adaptación positiva a las pérdidas y disminuciones que acontecen con el envejecimiento, pero existe una minoría, que en otros momentos de su vida han experimentado trastornos afectivos que suelen aumentar en frecuencia y gravedad con la edad. Los trastornos afectivos, como la depresión y la manía, se consideran alteraciones mórbidas, tanto del cuerpo como de la mente, que conlleva cambios de humor, de funciones corporales y de los procesos del pensamiento. Las causas de los trastornos afectivos pueden tener influencia hereditaria, por modificaciones del sistema nervioso central y endócrino ó por efectos de fármacos. A su vez, los factores ambientales juegan un papel importante para este tipo de trastornos y en la vejez se tornan más frecuentes debido a que en esta etapa se producen muchas pérdidas que ocasionan estrés.

#### **1.4.3.2 Distimias.**

Son estados de ánimo anormales. El motivo frecuente de vista al doctor no es la alteración del ánimo, sino los síntomas somáticos que acompañan a la distimia como: la pérdida de apetito, insomnio, disminución del impulso sexual, etc. Los síntomas somáticos más frecuentes son: la sensación de profundo malestar, sudoración, temblor, vértigo, etc.; en la esfera anímica, hay una expectación ansiosa e irritabilidad general, además de que predomina el estado de ansiedad. El núcleo del trastorno es la preocupación o el temor por algo mal definido y de significado negativo, que les puede ocurrir en el futuro.

En la distimia depresiva, se suelen presentar síntomas característicos de toda depresión: pérdida de interés en todo, visión pesimista, inactividad, baja autoestima, la vida carece de sentido y lo mejor que puede pasar es morir.

La soledad que pueden experimentar los ancianos es cuando se van los hijos, los familiares y los amigos van muriendo.

En la vejez hay una gran desconfianza en los propios valores y una consciencia con frecuencia exagerada, de las limitaciones. Esta apreciación negativa del valor personal



lleva a una gran inseguridad de sí mismos y ésta misma genera una falta de aprecio por la propia persona.

#### **1.4.3.2.1 Depresión.**

Los procesos depresivos son probablemente los más importantes, dada su frecuencia e influencia en la vejez.

La teoría Psicoanalítica explica la depresión como “*la reacción a una pérdida que puede ser real, una amenaza o imaginaria*”; las teorías conductuales asocian la depresión a la pérdida o disminución de los refuerzos positivos, mientras que las teorías cognitivas atribuyen su origen a un patrón de pensamiento negativo que suele representar una visión distorsionada de la realidad (Belando, 2001).

Este trastorno es ocasionado por múltiples etiologías: 1) aspectos biológicos, en concreto, la modificación en la tasa de ciertos neurotransmisores; 2) cambios físicos que limitan la funcionalidad de la personas y 3) aspectos psicosociales, principalmente, pérdidas, rechazos o disminuciones tales como: jubilación, menores ingresos, aislamiento, soledad, etc.

Buendía y Riquelme (citados en Belando, 2001) distinguen los siguientes rasgos característicos de la depresión en la vejez:

- ✓ Episodios más largos y más resistentes al tratamiento farmacológico.
- ✓ La frecuente existencia de delirios y alucinaciones psicóticas en la depresión mayor.
- ✓ Mayor riesgo suicida, especialmente en varones y más cuando viven solos.
- ✓ Frecuente agitación psicomotriz, normalmente acompañada de una intensa ansiedad o bien inhibición psicomotriz intensa y atípica.
- ✓ Especial relevancia de trastornos del sueño.
- ✓ Frecuentes somatizaciones ansiosas.

Cuatro tipos de tratamiento de las perturbaciones afectivas son: la psicoterapia; modificación del entorno; utilización de agentes terapéuticos como antidepresivos

tricíclicos, principalmente tranquilizantes y el litio; sismo terapia (descarga eléctrica) aunque esta última no es muy recomendada.

Así mismo, la depresión en términos de superación es una situación de reconocimiento de que nuestra capacidad, está por debajo de lo que requiere, aún así y todo, tenemos atributos valiosos que vale la pena conservar, pues empleados de otra manera y en otros lugares se constituye en una segunda oportunidad. Ya que la vejez es una sucesión de reconocimientos de que nuestras capacidades empiezan a hundirse por debajo de lo que se requiere, de lo que antes podíamos lograr, y un interminable replanteo de qué hacer con las facultades que restan.

La depresión permite aprender nuevas aptitudes con base a la experiencia adquirida en la derrota. En Psicoanálisis se habla de posición depresiva, como una postura que permite al sujeto aquilatar sus posibilidades y las de otros, de una manera objetiva; en una palabra es la condición para mantener el equilibrio (Cereijido, 1999).

No obstante, también existen sentimientos o emociones positivas que crean un estado de bienestar en el adulto mayor.

#### **1.4.3.3 Amor.**

El amor en la vejez se caracteriza por una búsqueda de apoyo más que una voluntad de posesión, es una edad para ser amado, para el cariño y el goce contemplativo de los placeres de la vida. Para ello también se debe de hacer un esfuerzo por conservar y restablecer los lazos de cariño que unen a la persona con sus familiares y amigos.

Entonces para lograr una vejez satisfactoria y el logro de plenitud se tiene que: franquear los problemas, mantener una determinada manera de amar y de crear, guardar una determinada imagen de sí mismos, encontrar los medios para gozar de la existencia, a pesar de los sufrimientos.

Algunos recursos válidos para el bienestar emocional en la vejez:

- a) Prácticas de salud y autopercepción del bienestar: dominio del cuerpo a través del autocuidado.
- b) Planificación de tiempos y espacios.

c) Establecer redes de apoyo (familiares, amigos)

Por último, es posible que el equilibrio psíquico en el individuo consista en ponerse de acuerdo con los valores, objetivos, moral, normas y comportamientos positivos, es decir, la responsabilidad de cada quien en relación al sentido y al destino que va a dar a su vida el individuo, de acuerdo con los patrones del entorno. El sentirse viejo depende de la personalidad, de la capacidad psico-intelectual, del pasado, del concepto que tiene de lo que la sociedad estima de valioso en los ancianos, y del trato que la misma le dé a un senescente en particular.

#### **1.4.4 Desenvolvimiento social.**

La Psicología social aborda el procesamiento de envejecimiento en forma global. El hombre es concebido como un ser que tiene sus propias peculiaridades y que pertenece a un grupo social complejo y heterogéneo. Entre el hombre y su grupo de pertenencia se desarrolla un sistema de interacción más o menos directo (relaciones afectivas) o mediatizado (rol y estatus), susceptibles de propiciar el funcionamiento global del individuo, es decir, la satisfacción vital (Muñoz, 2002).

La sociedad no previó que muchas personas llegaran a una edad avanzada y que su número fuera desproporcionado ante la forma tradicional de crecer. Ahora parece estar descontrolada sin solucionar necesidades primordiales, como el derecho a vivir dignamente, o a ocuparse en alguna actividad.

Anteriormente en muchas sociedades, los ancianos tuvieron a su cargo la conducción de los asuntos de estado, también tenían puestos de alto mando como líderes. El “viejo” de hoy en cambio, es una persona madura pero no tiene su salud compensada por recursos médicos, atesora conocimientos, experiencia, sabiduría y administra posibilidades y entusiasmos, pero esta probablemente jubilado y vive solo.

Uno de los grandes problemas sociales de nuestro tiempo es que no sabemos cómo aprovechar las capacidades de los ancianos. No hay planes adecuados para asimilar una población de retirados que podrá superar en número a la de los económicamente

activos que habrán de generar los recursos para mantener las pensiones de retiro (Cereijido; et al 1999).

Luego entonces, el anciano es explotado para venderle productos que le permitan sentir más benévola su estancia en el planeta, si no, dicha persona no tiene cabida en el proceso productivo. Se le incluye y se le excluye simultáneamente de la sociedad en que siempre se ha movido y se le bendice si es consumidor, pero se le aparta si desea participar activamente con los demás.

El adulto mayor suele convertirse paulatinamente en alguien que no sabe, respecto de los jóvenes que si saben (de acuerdo al pensamiento negativo del colectivo). También contribuye a esta evaluación el envejecimiento cultural del anciano, cuando se empeña en mantenerse fiel al sistema de valores interiorizado en su juventud. Frente a los cambios de la sociedad, recurre a dar un juicio negativo sobre lo nuevo porque no lo comprende, dejándolo de lado.

Relegar de la sociedad al anciano es condenarlo a muerte social, y darle igualdad de oportunidades hace sentir a la sociedad que es un usurpador de algo que ya gozó: su derecho a competir.

La negación de la existencia de los ancianos, el hacerlos invisibles, surge en parte del temor de los jóvenes de reflejar su propio futuro en un escenario de enfermedad, dolor, debilidad y temor a la muerte propia.

La soledad se genera en la sociedad occidental, como consecuencia del desarrollo económico, tecnológico y cultural de los países más avanzados, y los cambios que se han derivado de todo este proceso que recubre la vida de la mayoría de los ciudadanos mayores, además de que la soledad es generada por el alejamiento o rechazo de conocidos, familiares, amigos y como reacción las ancianos se aíslan de la sociedad.

En la actualidad un notable porcentaje de ancianos viven solos. Se ha asociado la soledad con vejez, siendo ésta una excusa que justifica el abandono de las personas mayores. Hay cierto rechazo a la presencia de los adultos mayores en ciertos lugares, alegando que no es sitio para ellos. Cuando algunas personas mayores sienten este sentimiento de rechazo y soledad como algo ya intolerable o que no pueden encontrar

sentido a su vida, optan por suicidarse, tomando en cuenta que tienen un historial de sentimientos negativos que lo acarrearán a tomar esta decisión.

Por otra parte, la soledad puede ser entendida como una experiencia positiva de relación con uno mismo, de control sobre la propia vida o como indicador del nivel de individualización de una sociedad, lo que podría entenderse como un indicador de progreso (Pérez; Malagón y Amador, 2006).

A pesar de, el adulto mayor es un recurso humano de gran valía para la sociedad, pero encontrarle un lugar dentro de ella es por ahora un verdadero enigma en muchos países, donde la juventud tiene la prioridad. De aquí que surja una nueva necesidad en la sociedad de educar para la ancianidad a todas las personas y sensibilizarlos ante esta nueva realidad, así, los adultos mayores sufrirán menos y los pertenecientes a otras edades tendrán una mejor forma de verlos en la sociedad.

#### **1.4.5 La familia y el adulto mayor.**

Actualmente las relaciones familiares del anciano, sobre todo en México, atraviesan por una severa crisis, ya que múltiples variables han cambiado sus formas de incidir en la vida familiar y le afectan de manera directa en su estilo de relacionarse.

En todo período de la vida, el contexto familiar contribuye a definir nuestros roles, responsabilidades y satisfacciones con la vida. La satisfacción conyugal cambia en el período posparental, pues se terminan las responsabilidades de la paternidad/maternidad. Por lo general, los matrimonios de edad avanzada dicen sentirse más satisfechos ante la partida de los hijos; ya que el matrimonio ahora les procura más comodidad, apoyo emocional e intimidad (Craig, 1999).

Según Fericgla, (2002), *“Para los adultos mayores, la importancia de la familia es muy superior a la que le dan a los grupos de edad a los que pertenecen: en ella buscan auxilio, ayuda, compañía, relaciones sociales íntimas, cooperación, etc...”*. Y es que las personas mayores conocen perfectamente el papel de cada uno de los miembros de la familia y siguen actuando en consecuencia a éste, en cambio, el resto de los miembros de la familia organizan su realidad social a partir de las redes en las que los grupos de

edad tienen importancia central. De ahí que haya una descompensación en los intereses familiares. Este desajuste constituye uno de los parámetros más importantes que se transforma en una vivencia de desarraigo y de marginalidad características.

Además, las personas de la tercera edad, requieren que sus descendientes les presten atención, pues consideran merecerla y esperan recibirla. Pero en la actualidad, cada anciano tiene menos descendientes capaces de cuidarle debido a la baja tasa de natalidad, pues ahora las familias tienen menos de la mitad de los miembros que tenían al comienzo del siglo (Mishara y Riedel, 1986).

La mayoría de las personas de edad son independientes, tienen una familia que se ocupa de ellas; pero a pesar de esto, la mayoría de los miembros de la familia prefieren una intimidad a distancia, ya que, desean mantenerse en contacto pero no vivir necesariamente en la misma casa; a pesar de la gran movilidad y del cambio social, la mayoría de personas adultas mantienen un contacto relativamente frecuente con sus hijos y nietos, si no en forma personal al menos por teléfono.

Principalmente los hijos se han hecho mayores, se casan o por motivos de trabajo u otra índole, dejan el hogar. Los abuelos o personas mayores de la familia han ido muriendo; todos se encuentran haciendo algo, por lo cual la causa de la menor unión familiar en ocasiones suele ser el egocentrismo, por lo que, la sensación de soledad, abandono, se incrementa de forma acelerada. Incluso, con frecuencia reciben aportaciones económicas de los hijos para que pueda seguir viviendo con independencia.

Si sobrevive el cónyuge, seguramente se encargará de los cuidados; las esposas suelen hacerlo más que los maridos, pues asumen el liderazgo doméstico real. Por tanto, el cuidador suele ser una persona mayor con problemas de salud. Cuando fallece la pareja, hombres y mujeres adoptan un nuevo estatus de vida; algunas veces supone una transición difícil con cambios radicales en patrones de vida y de riesgo en el aislamiento social. Otras veces puede brindar la oportunidad de asumir el control de la propia existencia.

Algunos estudios aseguran que las personas de mediana edad cuando alcanzan la madurez filial, dentro de sus posibilidades cuidan a sus padres o les procuran ayuda

necesaria para que continúen siendo independientes. Mientras que en las familias desligadas lo que les puede preceder y tiene una incidencia mayor es la soledad y el duelo.

Según Quezada y Ramírez (2002), “La familia mexicana, que tradicionalmente fungía como un seguro del desempleo, de la vejez y que veía al anciano además de un guía y un consejero ó un elemento de cohesión, ha sufrido importantes modificaciones, merced a la crisis económica y los cambios culturales del país. El núcleo familiar, principalmente el de los sectores populares, se ha visto resquebrajado por el deterioro general de las condiciones de vida, al grado de que ya no se puede asumir plenamente la función de salvaguardar en lo económico, afectivo y psicológico a los viejos, como durante mucho tiempo se hizo”.

La familia sigue siendo el principal soporte social de las personas mayores y especialmente de las que presentan dependencia, entre otras razones, por el sentimiento generalizado de que la asunción de los cuidados forma parte de las obligaciones familiares y por la creencia de que los cuidados que ofrecen las familias son los mejores. En ocasiones la familia manifiesta actitudes de rechazo hacia la persona mayor por desconocer sus necesidades específicas generadas en el envejecimiento. A pesar de que el artículo 304 del código civil en el Distrito Federal señala que *“los hijos están obligados a dar alimento a los padres, y que a falta o imposibilidad de los hijos, lo están los descendientes más próximos en grado”*; es difícil que se cumpla este ordenamiento en la mayoría de los ancianos que viven con la familia o más aún con aquellos que no cohabitan con ningún pariente.

#### **1.4.5.1 El cuidado del anciano**

Hacerse cargo de un anciano implica ir de menos a más en la calidad de atención que va requiriendo de acuerdo con el ritmo del deterioro de cada persona. En la familia que mantiene al anciano dentro de ella y se responsabiliza de su existencia, se encuentran una serie de posturas que podrán ocurrir en la dinámica familiar que corresponden al cuidador y al cuidado.

### **1.4.5.1.1 El cuidador.**

1. *Inmediata en el cuidador.* Si el anciano comienza a deteriorarse, requerirá alguien que se responsabilice de su cuidado. Dicha persona seguirá una serie de pasos en el cuidado personal que tenga por su pariente anciano:

- a) *Quejarse.* El cuidado comienza a crear un verdadero desgaste, por ello se recomienda que no sea el mismo cuidador; la queja es válida, pero no es preferible que llegue a oídos del anciano pues será un dolor profundo y agudo para su sensibilidad personal.
- b) *Ansiedad sube de tono en el cuidador.* Esta se manifiesta en el propio cuidado; el cuidador sabe que el anciano se muestra más impertinente y que por el lazo que los une, siente que no ha tenido la paciencia necesaria. Se debe de entender que no es el ser querido el que se desmorona con la vejez y que otra cosa es la enfermedad que lo mina, estos, son aspectos difíciles de asimilar para el cuidador.
- c) *Despersonalización progresiva.* El cuidador debe ser más paciente en el deterioro del anciano ya que realmente sufre cuando lo ve deshacerse cada vez más por la enfermedad que lo deforma.
- d) *Fatiga.* Debido a la exigencia que el estado de salud del anciano requiere tanto física como en procesos de limpieza, distracción y relajamiento, el cuidador va cansándose. Pues, la disciplina es el punto donde chocan los sentimientos de ambos, ya que, el cuidador tiene que exigirla para que el deterioro sea menor, pero la resistencia del anciano es natural. Los tiempos y los sentimientos van desgastando más al cuidador que las acciones mismas.

2. *Mediata en el cuidador.* Ocurren cuatro pasos:

- a) Con el transcurso del tiempo, el cuidador comienza a tener una verdadera depresión y sentimientos de incapacidad e imposibilidad, al ver como su ser querido desaparece bajo los estragos de la enfermedad. Sus esfuerzos son incapaces de frenar la enfermedad.



- b) Al ver su impotencia ante las circunstancias y la tozudez de la enfermedad el cuidador reacciona con hostilidad franca, pero sin mala intención. El propio enfermo llega a detestarlo; ambos han caído en el juego de sentimientos y han perdido la realidad.
- c) La evitación o distanciamiento de ambas personas debido a que se sienten cansadas y desean poner fin a este estado evitando o distanciándose; los afectos y sentimientos han pasado a segundo plano.
- d) Todas las enfermedades cuestan dinero por ello hay una pérdida de recursos económicos; la persona se siente obligada a hacer la última lucha con el pariente cercano que cuida.

#### **1.4.5.1.2 El anciano.**

1. *Mediata en el anciano.* El anciano que vive en la casa de otro pariente comienza a presentar una serie de síntomas que reflejan un estado alterado de su estabilidad personal:
  - a) *Ansiedad.* Es debido a los sentimientos de control que experimenta en el trato que se le da dentro de la casa donde vive. Saber que no es exactamente su casa no le es agradable pues, requiere atenerse a las reglas que le impongan. Esta sensación de ansiedad se puede manifestar con brotes de estrés.
  - b) *Fatiga.* En el anciano puede aparecer paulatinamente como un estado pasivo que le aburrirá en principio. La inactividad no le favorece a su estado de salud, y mientras trata de descansar más termina en un círculo vicioso pues cuanto menos hace mas se cansa.
  - c) *Un verdadero desajuste físico y mental.* Propiciado por la inadecuada forma de enfrentar los problemas personales e irse tensando por su existencia en la vida personal.
2. *Tardía en el anciano.* Surgen diversas reacciones y sentimientos que se manifiestan a mediano plazo.

- a) *Miedo*. Siente una interrogante que comienza a preocuparle: ¿Qué será de mí si me dejan? El temor a quedarse solo es una idea que le atormenta, su pensamiento se hace patente al considerarse una verdadera carga; sus sentimientos pueden llevarlo a estados físicos y psicológicos con mayor postración.
- b) *Abandono personal*. El anciano llega a verse en un grado de deterioro progresivo y su estado de ánimo puede ser deplorable.
- c) *Depresión*. Su actitud, estado de ánimo, el tiempo en estos estados de deterioro, su desgaste personal y su abandono a las circunstancias le ponen un estado realmente crítico que no le augura nada positivo si no lo detiene a tiempo. Con esta reacción el anciano llega a asilarse y es más parco en la expresión de sentimientos.
- d) *Retirada*. Se da por vencido, admite que ya no hay nada por hacer, existe un sentimiento de derrota. Sus motivos de vida parecen extintos y su estado de ánimo no espera nada.
- e) *Cambios cognoscitivos*. La persona tiene que encontrar nuevas formas de explicarse su existencia.
- f) *Hostilidad franca*. El anciano arremete con los que le rodean, en quienes vuelca su ira contenida de forma explícita

Cabe mencionar que, la dependencia y los cuidados prolongados son dos de los factores más importantes que inciden en el deterioro de las relaciones familiares que degeneran en maltrato.

Se trata generalmente de familiares o parientes lejanos que abusan del anciano lesionándolo física, psíquica o económicamente. Moltis 1985, describe cuatro tipos de casos:

- a) *Abuso físico*: agresión, quemaduras, fracturas, heridas, abstención de suministro de alimentación, medicamentos, vestimenta o cuidados, violación sexual.
- b) *Abuso psíquico*: agresión verbal, amenazas, injurias.

- c) *Abuso material*: robo de dinero o propiedades.
- d) *Violación de derechos*: presionar al anciano para institucionalarlo.

#### **1.4.6 El trabajo y la jubilación.**

El trabajar contribuye a modificar diversas facetas importantes de la vida de una persona: los contactos sociales, el estatus, la imagen de sí mismo, un lugar en el sistema social, identidad, y significado para la propia vida.

Una parte considerable de la vida transcurre en el trabajo. En México una alta proporción de los adultos mayores aún trabaja. Alrededor de 65% de los hombres de 60 a 64 años de edad permanece económicamente activo. Las tasas de participación laboral de los hombres duplican a las de las mujeres.

Según la Encuesta Nacional sobre Discriminación (*ENADIS*) (CONAPRED, 2011), *“cuatro de cada diez hombres adultos mayores tuvo que trabajar al menos una hora o un día en la semana para sostener a su familia o cubrir alguno de sus propios gastos, en contraste con una de cada diez mujeres”*. Los porcentajes por sexo contrastan significativamente en la población que dice no haber trabajado la semana anterior.

Más de 70 por ciento de las personas de 60 años o más se declaran como económicamente inactivas (50% de los hombres y 88% de las mujeres) es decir, cinco de cada diez personas adultas mayores no trabajan por dedicarse a los quehaceres de su hogar y dos de cada diez están pensionadas. No obstante, los motivos que declaran hombres y mujeres para no trabajar son distintos.

Otro indicador de las condiciones laborales de los adultos mayores es su situación en el empleo. La mayor parte son trabajadores por su cuenta (49.9% de los hombres y 55.2% de las mujeres). Le siguen los empleados u obreros (25.7% de los hombres y 28.6% de las mujeres), jornaleros y peones (12.6% de los hombres y 3.1% de las mujeres), y los trabajadores sin pago (6.7% de los hombres y 9.5% de las mujeres). Finalmente, 5.2% de los hombres y 3.6% de las mujeres son patrones. El empleo informal no se presenta sólo entre las personas en edades avanzadas, pero en este grupo alcanza proporciones muy altas (Zúñiga y Vega, 2004).

En síntesis, los elevados porcentajes de trabajadores por cuenta propia o sin pago, con empleos informales, y con bajos ingresos, revelan la alta precariedad del trabajo en las edades avanzadas. En este sentido, la participación en el trabajo de los adultos mayores en México no debe interpretarse como un rasgo positivo asociado a una vejez productiva, si no como un resultado de la insuficiencia de los programas de pensiones, que obstaculiza la institucionalización del retiro y obliga a muchos a permanecer trabajando en actividades precarias y de baja productividad.

Al mismo tiempo hay diversos obstáculos para las personas que desean trabajar después de los 65 años, y que hacen que su permanencia en la fuerza laboral sea limitada, entre ellos: la salud, pocos incentivos económicos, preferencia por jornadas laborales flexibles o poco tradicionales, cambios tecnológicos, falta de posibilidades de ser promovidos, obsolescencia de sus habilidades, discriminación, etcétera.

Para Villa (2005), la jubilación es la fase final del ciclo de vida ocupacional de una persona, se presenta de manera simultánea con otros cambios. Empieza con la planeación y la toma de decisiones aún antes de que concluya la vida laboral y termina después de varios años de la jubilación real.

La jubilación supone un cambio importante en las personas que dejan de laborar para engrosar el número de los que constituyen la “clase pasiva”. Los años en que se produce la jubilación son variables pero suelen oscilar entre los 60 y los 70 años, sin contar las prejubilaciones.

Entre los adultos mayores mexicanos sólo el 9.92% están jubilados y el 19.16% están pensionados. Esta situación es más favorable entre los hombres (27.4%) que entre las mujeres (14.4%). En un pasado cercano, la dura historia laboral de los jubilados y la falta de medios sanitarios, convertían la jubilación en el principio del fin; pues *una persona jubilada era considerada como alguien ya acabado*. En cambio, las condiciones de trabajo de las últimas décadas son menos agresivas y llegan a mejores condiciones.

Atcheley (citado en Villa, 2005) propone diversas fases de la jubilación:

- a) *Prejubilación*: se divide en remota y cercana. En la primera, el individuo la ve

como una fase positiva al final de la carrera profesional; puede iniciarse antes de que la persona ingrese a su primer trabajo, y concluye cuando se acerca la jubilación. Poca gente le tema a la jubilación en esta fase. La fase cercana comienza cuando el individuo se da cuenta de que esta próximo a jubilarse, en este punto las actitudes se vuelven negativas, también la persona tiene fantasías sobre lo que es la vida de un jubilado las cuales pueden o no ser realistas, y existe un elemento de idealización que lleva a expectativas erróneas.

- b) *Luna de miel*: el evento de jubilación es seguido por un período de euforia, la persona se percata de su nueva libertad de tiempo y espacio y trata de realizar lo que antes no pudo hacer. Puede ser muy corta o durar años, sin embargo al cabo de un rato establece una rutina.
- c) *Desencanto*: para muchos no es fácil adaptarse, las personas con pocas alternativas, pocos recursos económicos ó una salud deficiente ó los que estaban demasiado involucrados con su trabajo no están acostumbrados a manejar su propia vida y experimentan períodos de depresión más profundos y largos.
- d) *Reorientación*: la persona tiene que superarse a sí mismo, y desarrollar un punto de vista mas objetivo acerca de sus alternativas, es necesario explorar nuevas maneras de involucrarse en otras actividades.
- e) *Estabilización*: la persona ya desarrollo un criterio para tener recursos que le permitan vivir de manera satisfactoria, ya sabe que es lo que se espera de el y cuáles son sus limitaciones y habilidades.
- f) *Terminación*: la muerte termina el rol del jubilado, casi siempre este rol se cancela por discapacidad, enfermedad ó falta de capacidad económica perdiendo la independencia.

La jubilación es una gran oportunidad para recuperar ilusiones, proyectos y deseos no satisfechos en la infancia o en la juventud. Es un momento ideal para replantearse el proyecto personal al preguntarse por el sentido de la vejez misma (Pérez; Malagón y Amador, 2006).

Cuando se llega a la jubilación, normalmente se han dejado atrás responsabilidades y compromisos que hicieron llevar un ritmo acelerado, llegando a convertirse a veces en una vida con importantes grados de estrés y agobio. Tres aspectos que pueden ejemplificarlo son:

- a) *Trabajo*: una de las primeras pruebas del adulto es conseguir el trabajo que le permita vivir. Pero al principio es una ilusión, y sin dejar de conocer lo positivo, como medio de vida e incluso como fuente de realización personal, las relaciones laborales también suelen llevar aspectos negativos: desde las circunstancias adversas, provocadas por la propia dinámica productiva, hasta los roces con compañeros de trabajo, conflictos con los jefes... circunstancias que si no fuera porque aportan ingresos económicos mucha gente ya lo hubiera dejado.
- b) *Familia*: es la mayor fuente de apoyo para el ser humano. Las responsabilidades que se adquieren como progenitores se modifican, dejando una liberación para reencontrarse con la pareja.
- c) *Deudas*: las deudas suelen estar liquidadas y si existen se deben al crecimiento del patrimonio o mejora de las condiciones de vida.

Todas estas experiencias pueden ser el factor decisivo que aporte equilibrio, serenidad, sentido común... y, sean claves que ayuden a orientar a la jubilación de una forma acorde con la autorrealización.

Esta etapa tiene efectos negativos y positivos, mucha gente la afronta con sentimientos de inutilidad y marginación. Se trata de una crisis más de la vida, que puede servir para madurar o para salir empobrecidos, para redescubrir el sentido de la vida o perder la propia existencia.

Hay dos posturas ante el proceso de jubilación: los que la reciben con júbilo y los que la asumen con sentimiento. En los primeros suelen estar los que desempeñaron tareas pesadas y monótonas, por lo que para ellos el trabajo ha sido una carga. Mientras que los segundos desarrollaron su trabajo gustosamente, recibiendo abundantes satisfacciones.

Es muy frecuente que los que se encuentran felices por haberse liberado de un trabajo un tanto opresor no sepan qué hacer con su tiempo libre del cual disponen, malgastándolo y aburriéndose. Esta situación, al prolongarse indefinidamente, resulta perjudicial ya que aumenta la falta de interés por las cosas, la vida carece de significado y el cerebro envejece rápidamente. En este grupo de jubilados hay quienes dedican parte de su tiempo a su familia o asuntos personales. Los que saben emplear su tiempo, encuentran sentido a la vida y su envejecimiento se vuelve normal.

Los que reciben la jubilación sin alegría pueden experimentar una primera etapa, donde el trabajo que le dio sentido a su vida, lo tienen que abandonar; al sentir que este trabajo les dio prestigio, influencia social, medios económicos, estar alejado les produce una merma de reputación quedándose marginados, este cambio tan radical y repentino en ocasiones les lleva a pensar en el gran tanto por ciento de egoísmo que acompaña a estas personas, y en la marginación injusta que padecen. Pero esta etapa pasa con cierta rapidez y les sucede otra adaptación. Son conscientes de que cambiando la orientación todavía pueden hacer muchas cosas útiles. Ahora saben organizar su tiempo, realizar o planear el trabajo que quisieren desarrollar, el día se les pasa rápido, su vida tiene sentido, logrando un envejecimiento normal.

Además se deben de afrontar los estereotipos del jubilado como seres improductivos, pasivos, retirados por obsolescencia, como una carga económica o asistencial para la sociedad, hacia otra imagen de un ser que sigue siendo productivo.

Los consejos de mayor interés y para llevar una jubilación exitosa, son los siguientes:

- *Tener el día ocupado*, para ello es necesario tener fijadas una serie de ocupaciones y el tiempo en que se han de desarrollar.
- Las *ocupaciones* deben ser físicas como intelectuales.
- *Siempre que se pueda escoger las ocupaciones*, se deben de elegir aquellas que reporten un servicio a los demás, pues estas actividades pueden producir satisfacción.
- *Reducir* en lo posible el tiempo del ocio.

De igual manera, se debe de fomentar la preparación y la actitud hacia la jubilación, esta puede ser consciente o inconsciente, formal o informal. Cuando la preparación es consciente y formal, se trata de cursos y programas de jubilación tomados en la oficina o sindicato; es informal cuando un individuo platica con otros sobre su jubilación. La preparación inconsciente formal es con los planes de seguridad social que aumentan la conciencia sobre la jubilación como una eventualidad social, se da dentro del contexto al que pertenecen. La preparación inconsciente e informal se da por medios accidentales, como contacto con personas jubiladas.

Por lo tanto, la jubilación ha pasado de ser entendida como una etapa corta e inactiva, a ser un período cada vez más largo y a concebirse como una oportunidad en la que la actividad no solo es posible, sino recomendable. Es el momento de replantar relaciones, de llenarse de conocimientos nuevos, de una plenitud personal.

### **1.4.7 Sexualidad.**

El envejecimiento provoca ciertos cambios en el rendimiento sexual de los seres humanos; este tema en la sociedad siempre ha sido un tema tabú, del cual no se tiende a hablar si no que se le pone trabas y las personas prefieren evitar. Hablar de sexualidad en la tercera edad genera reacciones negativas pues la sociedad piensa que en esta etapa ya se perdió por completo el disfrute sexual y los adultos mayores son seres asexuados.

Para poder hablar de la sexualidad en la vejez también se tiene que referir y tratar ciertos cambios físicos que conlleva como es la menopausia y la andropausia.

#### **1.4.7.1 Menopausia.**

Es el último período menstrual de la mujer. La OMS la define como “cese permanente de la menstruación como resultado de la pérdida de la actividad folicular ovárica”. La forma en cómo es interrumpida la menstruación varia de modo considerable pues puede ser abrupta, gradual o irregular y debido a estas variaciones se han utilizado términos par referirse a los estadios de esta como: *premenopausia*, cuando es regular; *perimenopausia*, cuando la menstruación se vuelve irregular, pero ha ocurrido durante



los 12 meses previos; y *posmenopausia*, cuando la mujer no ha menstruado durante 12 meses como mínimo.

Otro término con un significado más amplio es el *climaterio*, el cual abarca todo el período de reducción gradual de la ovulación y de producción de hormonas ováricas. La OMS la define como “el período inmediatamente previo a la menopausia (cuando comienzan las características endocrinológicas, biológicas y clínicas), como mínimo, el primer año”. Por lo tanto comprende el climaterio el período entre la vida reproductiva y no reproductiva. La menopausia es concebida como un proceso complejo y multifacético que responde a la interacción de factores biopsicosociales, que conducen a diversos cambios y a sus consecuentes adaptaciones.

#### *Cambios físicos.*

La edad promedio en que ocurre este cambio hormonal es a los 50 años aunque este puede variar entre los 40 y 60. Los síntomas o signos recurrentes son:

- *Bochornos*: son sensaciones de calor repentinas, varían de ligero a intenso en la cara, cuello y pecho; duran uno o dos minutos, seguido por escalofríos o transpiración. Tres cuartas partes de las mujeres los experimentan durante el primer año.
- *Cambios vaginales*: la pared vaginal se torna más delgada y pierde algo de elasticidad, hay una sensación de resequedad, puede haber en ciertos casos dolor durante el coito, las infecciones o irritaciones vaginales pueden ser frecuentes.

Existen otros cambios atribuidos a la menopausia, pero no necesariamente son producidos por cambios hormonales, algunos como:

- *Insomnio*: hay dificultad para dormir, probablemente el sueño interrumpido se deba como efecto de los bochornos y sudoraciones nocturnas.
- *Frecuencia urinaria e incontinencia por estrés*: hay mayor frecuencia en la necesidad de ir al baño a partir de los 50 años, debido al poco control de la vejiga, también se puede perder un poco de orina al toser, reír o durante algún ejercicio físico.

- *Cambios en la piel:* se ven las arrugas y el deterioro en el tono y humedad de la piel, además, las manchas melánicas son gradualmente más comunes.
- *Osteoporosis:* la pérdida ósea en las mujeres aumenta rápidamente durante los tres a cinco años posteriores a la menopausia, los factores que pueden llevar a una mujer a sufrir esta enfermedad además de la disminución de estrógenos son, la vida sedentaria y padecer deficiencia de calcio.
- *Enfermedades cardiovasculares:* aumenta el riesgo pero no se sabe que papel desempeña la pérdida de estrógenos.
- *Otros cambios físicos:* hormigueo en brazos y piernas, comezón, mareos, cefaleas, hipersensibilidad en los senos, temblor de piernas, dolor de músculos y articulaciones; pueden estar asociados con problemas emocionales, de salud o de estrés.

#### *Cambios emocionales.*

Se relaciona la irritabilidad, fatiga, tensión nerviosa, depresión, falta de motivación, sentimientos de soledad, sin embargo, las que han descrito estos padecimientos se les asocia una depresión antes de la menopausia y cuyas ideas acerca de ésta eran negativas.

#### *Aspectos psicosociales.*

Los síntomas y sentimientos están determinados por la cultura y las características individuales de las mujeres, experimentándola de forma positiva o negativa. Los países occidentales la estereotipan negativamente, catalogando a la mujer menopáusica como agresiva, irracional, insana, deprimida, es acusada de falta de apetito sexual, deteriorada por el declive físico, además, esta etapa se usa para etiquetar de forma despectiva.

Empero, el hecho de presentar algunos síntomas no impide el realizar actividades cotidianas, pero algunas mujeres que no presentan alguna sintomatología perciben esta época como la más difícil de su vida. En México las mujeres con ideas negativas experimentan mayor grado de fatiga, irritabilidad, inestabilidad emocional y depresión;

mientras que las mujeres que tienen una actitud positiva reportan mejor salud física y emocional.

Es importante hacer mención de los estresores a los que se enfrenta la mujer en este período como es el significado de la pérdida de fertilidad, la redefinición de roles, el síndrome de nido vacío, aumento de malestares y enfermedades, disminución de capacidades y habilidades, inseguridad financiera, pérdidas de conocidos; el sentimiento de pérdida a su vez incluye la sensación de envejecimiento como pérdida de belleza y fortaleza, pues en la cultura occidental la juventud y el atractivo se enaltece, por ello desencadena sentimientos de soledad, tristeza e impotencia.

Para el tratamiento de la menopausia se utilizan tratamientos de reemplazo hormonal (TRH), y en nivel secundario, se proponen ciertas medidas de estilo de vida como hacer ejercicio, suprimir alcohol y tabaco, ingerir calcio etc.....

Los beneficios de este tratamiento es el detener de forma espontánea los bochornos, aliviar la sequedad vaginal, prevenir osteoporosis. Mientras que sus desventajas son riesgos a largo plazo como cáncer del endometrio o de mama, pero esto depende de la combinación entre estrógenos y progestágenos prescritos; a los estrógenos sintéticos se les asocia la trombosis e hipertensión.

Cabe señalar que los cambios del rendimiento sexual a nivel físico son más evidentes en el hombre que en la mujer.

#### **1.4.7.2 Andropausia.**

Los hombres con el devenir de los años alcanzan un orgasmo con menor frecuencia, cada dos o tres intentos, y no en cada encuentro sexual, es decir, el período refractario se dilata (pudiendo alargarse una semana o más). Para conseguir la erección se hace una estimulación más directa pues es más lenta; de los 65 a los 80 años aproximadamente uno de cuatro hombres presenta grandes dificultades para alcanzar o mantener la erección. Los testículos sufren una reducción en su tamaño, se alcanzan menos y más pausadamente en la respuesta sexual.

Ya que hay una disminución gradual de la actividad testicular y su comienzo suele situarse en los 60 años. Disminuye de forma moderada la secreción de testosterona y

como consecuencia la masa muscular y ósea experimenta una reducción paulatina; el tamaño de la próstata se incrementa por el crecimiento del epitelio glandular y también se incrementa la secreción de andrógenos por parte de la corteza suprarrenal. El líquido de las vesículas seminales disminuye, pero la eyaculación todavía persiste en un 48% entre los 80 y 90 años, pero el contenido de espermatozoides baja considerablemente.

Varias terapias han demostrado su eficacia a la hora de tratar adultos mayores que presentan dificultades sexuales.

Bachmann (1989) propone algunas sugerencias de tratamiento para mejorar las prácticas sexuales insatisfactorias:

- Utilización de lubricantes.
- Actividad sexual realizada por la mañana puede aumentar el rendimiento.
- Tomar un baño caliente con antelación a la relación sexual puede constituir un elemento que potencie el disfrute físico.
- Puede estimular el uso de literatura o películas eróticas.

Es necesario que las personas mayores conozcan todos estos cambios que se producen, porque si no pueden reaccionar con ansiedad o inseguridad. Estas modificaciones fisiológicas no suponen un obstáculo sólo se requiere de una readaptación y asimilación.

Y aunque suele haber una menor frecuencia en las relaciones sexuales, el interés no disminuye, la satisfacción psicológica que proviene del ejercicio de la función sexual no se altera, y a pesar de que hay una disminución biológica esto no es impedimento para la actividad sexual.

Master y Johnson (citados en Mishara y Riedel, 1986), proponen seis factores que pueden explicar el debilitamiento de la respuesta sexual con la edad:

- La monotonía de las relaciones sexuales repetitivas; al no haber cambios la pareja tiende a cansarse.
- Las preocupaciones de orden profesional o económico.

- Fatiga psicológica y física.
- Abuso de la comida y alcohol que generan impotencias secundarias.
- Enfermedades agravadas por los malos consejos médicos.
- El temor al fracaso sexual asociado a uno u otro de los cinco factores precedentes o a sus efectos.

Algunos de los motivos por los cuales se niega la sexualidad en el anciano:

- Estereotipos negativos en torno a la vejez.
- Las connotaciones negativas de esta etapa originan la evitación de esta.
- Para las personas de otras edades es intolerable la asunción de la sexualidad de los propios padres; así, negando la sexualidad de los ancianos negamos la sexualidad de los nuestros. Además de que los adultos jóvenes actuales se vieron forzados a reprimir su sexualidad en la niñez, consecuentemente, procuran inhibir la de sus mayores.

Pero también los ancianos niegan su sexualidad debido a:

- Educación moral, ya que la sexualidad solo está relacionada con la función reproductora.
- Efectos generacionales, pues recibieron una educación dentro de un clima de represión sexual.
- Falta de educación sexual.
- Los cambios del cuerpo hacen que la persona se vea menos deseable.
- Cambios en el aparato genital.
- El hombre experimenta el advenimiento de la vejez en forma de “traumatismo narcisista”, teme el no ser capaz de satisfacer a su pareja.
- Las modificaciones del cuerpo de la mujer disminuyen su autoestima.

Pero los factores que influyen en el desarrollo de relaciones sexuales en la vejez no sólo son físicos sino también sociales, psíquicos, religiosos y de salud.

Para lograr una plenitud sexual en la vejez se debe de dejar atrás el modelo de sexualidad basado en el joven, disfrutar del placer y no sólo centrarse en el coito. Se debe de tomar en cuenta la historia sexual de las personas y el modelo de sexualidad con el que el anciano se identifica, además del efecto de "*profecía autocumplida*" que es cuando las personas mayores interiorizan lo que piensan que se espera de ellos. Las creencias religiosas inciden negativamente en el desarrollo sexual en la vejez, más en el colectivo femenino, donde también influye la falta de pareja.

En el estado de salud es necesario que el anciano tenga claras las repercusiones que su patología puede provocar en su vida sexual, para que sepa reaccionar adecuadamente y en pro de su salud general. Y en el caso de aumento de tiempo libre este se puede destinar a redescubrir a la pareja.

Y claro que no todo es limitación, ya que aparecen algunos aspectos positivos o ventajas en la vejez:

- El hombre mayor puede estar más pendiente de la mujer, ya que tiene menor necesidad de eyacular y un mayor control sobre el momento de eyaculación.
- La mayor lentitud de todos los procesos de excitación favorece el disfrute de una mayor tranquilidad en la actividad sexual.
- Hay mayor concordancia entre hombre y mujeres en el interés por el afecto y la comunicación, originado por una flexibilidad en los roles de género.
- En esta época se dispone de más tiempo y mejores circunstancias para el desarrollo sexual.
- Ya no existe preocupación por un posible embarazo.
- Son de importancia los cambios en las actitudes y valores sociales en pro de la sexualidad.

Se debe de entender que la sexualidad si se puede extender a lo largo de toda la vida si no se producen circunstancias como: una enfermedad y sobre todo la creencia de que

los ancianos son o deberían ser personas asexuales. La educación sexual para todos, da lugar a un mayor interés por el sexo, a un conocimiento más amplio y a una actividad sexual más frecuente, y un entendimiento de la sexualidad en cualquier etapa de la vida, más aún en la vejez. Pues una sexualidad en toda su plenitud es imaginarlo, pensarlo, decirlo y también hacerlo.

#### **1.4.8 Sistema de creencias.**

El ser humano se pregunta constantemente por el significado o por el sentido de la vida, de la vida de aquellos a quienes aman y cuidan, y de la existencia en general; desde las antiguas culturas la mayoría de personas lo encontraban en las religiones.

Las creencias de las personas representan un papel extremadamente importante en sus vidas espirituales.

Estas creencias espirituales son aquellas que tienen injerencia sobre las percepciones de las personas acerca del significado mismo de sus vidas, por ello, constituyen a menudo, un apoyo precioso para las personas afligidas, proporcionándoles un medio de racionalizar sus sentimientos y de orientar su conducta.

Las personas no sólo tienen convicciones firmes acerca de asuntos espirituales sino que, a menudo, piensan que estas creencias definen su sí mismo más profundo. Con frecuencia decir que “soy cristiano”, “soy judío”, “soy de tal religión...” conlleva enormes cantidades de información acerca de la percepción del lugar y propósito en el universo, la herencia, el lugar dentro de la comunidad, la integridad personal, orientación o postura ante los desafíos, esperanzas y aspiraciones entrañables, destino personal y demás (Corless, Germino y Pittman, 2003).

La religiosidad está ligada a un sistema de creencias éticas más que teológicas y constituye una auténtica deontología popular unida a una necesidad de resolver por caminos mágicos los problemas cotidianos y el misterio de la muerte. El principal grupo de practicantes en la religiosidad son las mujeres, mientras que la práctica masculina es más abstracta y cuando se da, tiene un carácter más teológico (Fericgla, 2002).

El poder creer en algo superior al ser humano ayuda a las personas a pensar que las vidas humanas individuales no pueden ser reducidas a la insignificancia, que se puede hacer una diferencia que valga la pena, que el mundo es mejor porque ellos existen y que tienen valía, aunque los de su alrededor quizá no lo reconozcan del todo. Además tiene el poder de influir y moldear profundamente la vida individual y colectiva.

Las creencias religiosas en la tercera edad pueden ser una fuente esencial de la confianza requerida para afirmar el significado de sus vidas y de la existencia de una vida humana en general; hace que la persona mayor pueda continuar día a día; y conserve la esperanza en el futuro; que pueda mantener la fe ante la adversidad y satisfaga los retos mas grandes de la vida y de la etapa por la cual atraviesa sin llegar a la desesperación. Así mismo, la religión tiene un enorme impacto sobre lo que sienten, su evaluación de sentimientos y las elecciones que toman, sus opciones de acción y reacción y sus interacciones con los demás, además de crear un grupo de pertenencia donde se sientan integrados y puedan interactuar con sus afines.

Las ventajas que tiene el creer o el tener una religión es que ayuda a afrontar al individuo y en este caso al adulto mayor, a la vida y a orientarse en la realidad, también le ayuda a discernir el significado de su vida y le da firmeza de convicción para afrontar una muerte o un duelo.



## 1.5 El duelo en la vejez.

*En ninguna otra situación como en el duelo, el dolor producido es TOTAL: es un dolor biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad y su forma de ser), familiar (nos duele el dolor de otros) y espiritual (duele el alma).*

*En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Toda la vida, en su conjunto, duele.*

J. MONTOYA CARRAQUILLA

Hay grandes situaciones que afectan profundamente la vida del anciano, o en vías de serlo, cuya respuesta dependerá el curso de su vida futura (enfrentar la jubilación, la pérdida de estado económico, el nido vacío, soportar la muerte del compañero y conocidos, aceptar la disminución de fuerza física y salud, la propia muerte etc.). El modo de respuesta está influido por la capacidad que se tenga de elaborar estas pérdidas.

Vivir implica reconocer que las cosas de la vida son transitorias y que se ha de padecer una interminable sucesión de faltas irreversibles, a lo que se une una dolorosa necesidad de admitir los propios defectos y errores. Una cierta aceptación de estas pérdidas hace posible el crecimiento y la vida. La labor psíquica de desprendimiento de los seres y situaciones amadas que han desaparecido se llama *duelo*.

El duelo es un proceso “normal”, con una limitación en el tiempo y con una evolución previsiblemente favorable, su elaboración puede significar un mayor grado de madurez personal (Barreto, 2007).

El duelo implica recordar y evocar el ser amado, la etapa o el objeto perdido y los momentos pasados. Depende de la capacidad de retener un buen recuerdo, y muchas veces una identificación con los aspectos buenos del objeto perdido; también es necesario que se asuma el derecho de tener un destino diferente; es seguir viviendo a pesar de que los seres amados hayan muerto o se hayan tenido otro tipo de pérdidas. Cada situación plantea la disyuntiva de negar la pérdida y añorar lo pasado, o aceptar que es algo de la vida que ya pasó y enfocar una nueva situación.

Según Cereijido y cols. (1999) el término duelo se utiliza para hacer referencia al conjunto de reacciones que se producen cuando una persona se enfrenta a la muerte

de alguien o a la pérdida de algo como un trabajo, un objeto o de una etapa. Hay una serie de reacciones inevitables y normales frente a una pérdida que se suele denominar *duelo normal*, donde el sujeto podrá llegar a aceptar la pérdida y reorientar su vida. Cuando la situación de dolor agudo se extiende a lo largo de mucho tiempo o es muy intensa, se habla de un *duelo patológico*, aquí la persona no se repone y comienza a presentar una serie de síntomas tipo depresivo, que puede desembocar en melancolía, en sentimientos de inutilidad, de desesperanza, de culpa, en situaciones hipocondriacas y manifestaciones de desesperación profunda con ideación suicida.

Para Charazac (2001) un duelo lleva siempre a otros duelos ya vividos, o a separaciones pasadas más o menos elaboradas, y obtiene su eventual efecto traumático del estado de desorganización del yo, es decir, de la cualidad de sus objetos internos y de su narcisismo y las defensas contra la experiencia de la pérdida pueden permanecer adaptadas o tomar una forma patológica.

Las personas que sufren un estado agudo de pena experimentan una serie de síntomas comunes: molestias orgánicas de tipo nervioso que se repiten varias veces al día, sensación de rigidez, de vacío en el abdomen, cansancio muscular, intensa sensación subjetiva de malestar que se describe como tensión o dolor mental.

El duelo es un proceso psicosocial variado, puede iniciar o detener un proceso que implica una pérdida que se refiere a la separación de una parte de la propia vida con la cual se tiene un vínculo emocional; la aflicción, que alude a complejas reacciones emocionales, cognitivas y perceptuales; y la resolución que es el componente final en sobrevivir al duelo, es decir, el proceso mediante el cual las personas manejan las circunstancias de sus vidas a medida que pasa el tiempo. Es un proceso que a menudo persiste entre los supervivientes mucho después que ha ocurrido el deceso de alguien o de algo (Corless, Germino y Pittman, 2003).

Elizabeth Kübler- Ross (1969), identifico cinco etapas en el proceso de ajuste a la idea de una pérdida:

1. *Negación*. La persona rechaza la posibilidad de una pérdida o muerte y busca otras opiniones y diagnósticos más favorables.

2. *Ira*. Una vez que comprende que hay una pérdida o en el caso de que va a morir, siente cólera, resentimiento y envidia. Siente frustración de no poder realizar planes y sueños que iban de acuerdo a esa pérdida.
3. *Negociación*. Busca formas de ganar tiempo, haciendo promesas y negociando con su Dios, con los médicos, u otras personas para alargar el plazo, aliviar el dolor y el sufrimiento.
4. *Depresión*. Sobreviene la impotencia o desesperación cuando fracasa la negociación o se acaba el tiempo. En esta etapa si la persona no resolvió pérdidas pasadas las llorara llegando a un duelo patológico.
5. *Aceptación*. La persona se resigna y encuentra la serenidad.

Estas etapas no son universales, ya que no todas las personas pasan por ellas y sólo unos cuantos lo hacen en el orden señalado. Algunos de los factores que influyen en las reacciones de las personas: la cultura, la personalidad, la religión, la filosofía personal, la duración y la naturaleza de la pérdida.

Por lo general, las personas de la tercera edad piensan en la muerte con una frecuencia no mucho más elevada que en épocas anteriores. Piensan más en las enfermedades que pueden sufrir y que serán las que provocarán su muerte, en esencia, piensan en la muerte hasta que la sienten muy próxima.

La muerte misma puede ser desconocida, por la separación y la pérdida puesto que, son una áspera realidad tanto para quienes deben irse como para quienes se quedan. Se deja atrás toda una vida de pensamientos, sentimientos y relaciones cuando finalmente hay una despedida. En las últimas etapas de la vida salen a la superficie nuestros sentimientos mutuos y la experiencia originada por la separación que puede generar ansiedad y desesperación o puede haber un nuevo sentimiento de intimidad y realización (Kastenbaum, 1980).

El reconocimiento de la propia muerte como inevitable aparece en la edad media de la vida, cuando el sujeto comienza a tener una noción de que los años por venir no son infinitos, y que sus proyectos cuentan con cierto lapso. El adulto que envejece debe

admitir, la finitud de su propia vida y la de los seres queridos, por ello, la patología más frecuente es la depresión (Cereijido, 1999).

La pérdida de seres queridos es una de las causas de trastornos depresivos en la senescencia; estas pérdidas tienen un doble efecto: por un el lado dolor que supone la desaparición de las personas con la que existía un estrecho vínculo y por otro, el temor a la soledad, en una época en la vida en la que más se necesita el cariño y la ayuda.

Si el anciano se aísla emotivamente y deja caer lo que fue valioso, los objetos internos y los proyectos amados que antaño le fueron significativos, se apagará su deseo de vivir. Es importante que retenga o establezca vínculos con objetos externos.

Por último, resulta difícil determinar cuando ha finalizado un duelo, aunque se considera como momento clave aquel en que la persona es capaz de mirar hacia el pasado y recordar con afecto sereno la pérdida y la historia. Se habla normalmente de períodos que oscilan entre uno o dos años.

## **CAPÍTULO II**

### **PROGRAMAS DE ATENCION PARA EL ADULTO MAYOR.**

*No podemos elegir cómo vamos a morir o cuándo vamos a hacerlo.*

*Sólo podemos decidir cómo vamos a vivir.*

Joan Báez

Feliz el hombre a quien al final de la vida no le queda sino lo que ha dado a los demás.

Armando fuentes Aguirre

En los últimos 50 años, la medicina ha alcanzado logros impresionantes, notándose su nivel de desarrollo en el descenso de tasas de mortalidad y un aumento en la expectativa de vida, sobresaliendo una población creciente de adultos mayores, que al darse cuenta del reto que implica esta etapa, las personas se han interesado por prevenir las repercusiones negativas que se le da al envejecimiento en lo biológico, mental y social.

Alguna personas, acuden a consulta desde su juventud en busca de información sobre técnicas, productos y procedimientos que les ayude a conservarse activos y plenos, pero este sector poblacional que se preocupa por su envejecer es muy reducido, ya que la mayoría de los individuos no se ha detenido a reflexionar sobre su envejecimiento y lo que implica.

El envejecimiento, es inevitable e irreversible, sin embargo es posible prevenir, retardar, lentificar, detener y hasta revertir el deterioro del cuerpo humano producido por el descuido, falta de información, deficiencias nutricionales, estilos de vida erróneos y demás factores ambientales. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacó la necesidad de intervenir desde las etapas tempranas y en particular a partir de los 25 años de edad cuando comienza la decadencia biológica.

El interés por el adulto mayor y del proceso de envejecimiento a nivel social ha llevado a implementar programas o instituciones que tengan como objetivo el estudio y el cuidado del anciano para proporcionarle una calidad de vida adecuada. Esta acción social se realiza a través de instituciones privadas o públicas así como en hospitales, centros comunitarios, programas de apoyo a sectores marginados, pensiones; con el fin

de que la persona mayor tenga un bienestar de vida y pueda gozar de esta etapa en todos los aspectos.

## **2.1 Cuidados gerontológicos y geriátricos.**

Con los avances de la ciencia y la tecnología médica, no solamente se ha logrado mejorar la calidad de vida de la mayoría de las personas, sino también identificar y controlar enfermedades que antes eran mortales y afectaban a grupos de población joven y en edad productiva.

Numerosos son los problemas que acarrea el aumento de edad o vejez, como muchos suelen calificarla. Algunos son reales por la disminución de las capacidades orgánicas y funcionales, otros son debidos a la apreciación que los demás hacen de esta etapa de la vida, en la que miles de personas son consideradas incapaces e inútiles sin serlo.

Existe como en todo proceso de vida, una disminución generalmente gradual de las funciones orgánicas en el cuerpo, que va sufriendo cambios irreversibles. Esto ha generado la necesidad de que las personas mayores, reciban una atención integral, proporcionada por un geriatra.

### **2.1.1 Geriatría.**

La geriatría, estudia el envejecimiento patológico, es decir, las enfermedades asociadas a la tercera edad o vejez. Forma parte de la medicina, ya que se ocupa de las enfermedades de las personas mayores; estudia los problemas peculiares de la senectud, como el envejecimiento patológico. No se limita a realizar un diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la persona mayor si no que incide en alcanzar un grado mayor de bienestar y así mejorar en lo posible la calidad de vida del anciano (Millán, 2006).

Salgado y Guillén (2002) mencionan que los fines de la geriatría se pueden concretar en:

1. El desarrollo de un sistema asistencial que atienda los problemas de los ancianos que de forma aguda o sub-aguda presentan pérdida de su independencia física o social.
2. La organización de una asistencia prolongada a los ancianos que lo necesiten.
3. La movilización de todos los recursos para integrar a la comunidad el mayor número de ancianos posible.
4. La investigación, la docencia y la formación continua de sus propios especialistas y del personal relacionado con dicha especialidad.

En México hay aproximadamente 200 especialistas en geriatría, que son insuficientes para atender las necesidades de la población de edad avanzada.

### **2.1.2 Gerontología.**

Según Gonzalo (2002), la gerontología (*geros*= anciano) es la disciplina que estudia los cambios que se producen en el hombre motivados por la edad y los medios que pueden favorecer el curso normal de la tercera edad.

La gerontología es una ciencia con una serie de objetivos, unos generales, que se refieren a su propia esencia, delimitados por cada una de las ramas y disciplinas que engloba:

1. Conocer el proceso del envejecimiento y los factores que influyen en él.
2. Mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Sus objetivos específicos son:

1. Elaborar un sistema de asistencia integral al anciano, desde un punto de vista social y sanitario.
2. Promover los recursos necesarios para que la persona mayor permanezca en su domicilio en la medida de lo posible.
3. Mejorar el nivel de formación de los profesionales implicados en la atención de los ancianos a nivel sanitario, social y sociosanitario.

4. Fomentar la investigación en el campo de la gerontología a fin de conseguir avanzar en esta rama.

De una forma más específica la Gerontología Clínica se basa en:

1. Prevenir la discapacidad o restablecer la capacidad funcional de la persona mayor, evitando la dependencia.
2. Valorar los trastornos de conducta en relación con el deterioro cognitivo y la posible presencia de trastornos afectivos.
3. Fomentar programas de educación sanitaria, prevención de patologías prevalentes y autocuidado para llegar a una vejez plena.
4. Valorar de una manera multidisciplinaria a la persona mayor a fin de poder establecer programas de intervención integral, biopsicosocialmente y funcional.
5. Evitar la aparición de la enfermedad, si aparece, poner en marcha los recursos necesarios para mejorar su pronóstico y frenar su evolución.
6. Utilizar la rehabilitación integral de manera precoz para evitar la discapacidad funcional, complementando con tratamiento farmacológico.

Para poder llamar a una persona paciente gerontológico, se establece como criterio cronológico superar la edad de 65 años, aunque no necesariamente se cumpla esta regla, se atienden las características del paciente en un estado de afectación multisistémica, donde la capacidad de reserva frente agresiones externas esta disminuida, por lo que la probabilidad de verse afectado se incrementa.

El equipo gerontológico es multidisciplinar y se conforma por: médicos, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, logopedas (se dedican al diagnóstico, prevención y tratamiento de las alteraciones del habla y del lenguaje hablado o escrito, tanto en comprensión como en expresión), trabajadores sociales.... (Millán, 2006).

En México en el año de 1977 se señala una etapa importante en la gerontología con la fundación de la Sociedad de Geriatria y Gerontología de México (GEMAC). A partir de



este momento son establecidas: la Escuela de Gericultura, consultorios, clínicas de reposo privadas, centros de rehabilitación (Rodríguez, 1996).

## **2.2 Asistencia social orientada al anciano.**

En las sociedades modernas, muchos de los cuidados de las personas mayores están a cargo de un gobierno que paga jubilaciones, mantiene hospitales, reserva asientos preferenciales en el transporte público y otorga rebajas en tarifas de medicinas y entretenimiento. El problema se presenta en países del tercer mundo como México, ya que la desestabilidad económica obliga a reducir el presupuesto en la seguridad social, en la asistencia médica, en las pensiones de los ancianos, en los transportes inadecuados, el no contar con alguien que lleve al adulto mayor, el trato inadecuado del personal de salud que atiende.

La Asistencia Social debe cumplir múltiples servicios básicos destinados a servir por igual a cada uno de los integrantes de la colectividad, sin exigir de éste una contribución específica para que acceda al beneficio, especialmente a las personas que no cuentan con recursos suficientes para satisfacer ciertas necesidades básicas. En otras palabras, es un vector institucional sensible y cercano a la problemática de la comunidad, su obligación consta de extender sus beneficios hacia los que están más expuestos a situaciones de marginación y circunstancias de vulnerabilidad.

El objetivo de la atención social se estructura a partir de intentar el mantenimiento de la persona mayor que necesita ayuda o atención en su entorno habitual siempre que sea posible. La dependencia funcional es el eje básico a partir del cual se estructura este servicio hasta la atención integral y completa que pueden llegar a precisar determinadas situaciones (Vizcaíno, 2000).

Los servicios de atención social se estructuran en función de un doble criterio: el funcional y el normativo. La estructuración funcional se ha desarrollado en tres direcciones: de atención domiciliaria, servicios comunitarios de tipo alternativo y servicios residenciales.

La estructura normativa se divide en servicios de atención primaria y atención especializada.

Es así, que se han implementado leyes que asisten al sector de la tercera edad que se preocupan por propiciarle un bienestar en diferentes sentidos.

### **2.2.1 Derechos del adulto mayor en México.**

La Organización de las Naciones Unidas estableció que a partir de los sesenta años toda persona es considerada adulto mayor y debe gozar de derechos especiales. En 2002, México publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, cuyos objetivos son garantizar sus derechos y establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento. Donde se establece que el adulto mayor:

- Es una persona útil y capaz de tener vida plena e independiente.
- El lugar ideal para vivir es aquel donde ha habitado la mayor parte de su vida, rodeado de su familia; recurrir a un asilo es la última opción.
- No firme cartas poder o documentos en blanco que comprometan su patrimonio y su autonomía.
- Siempre lleve consigo una identificación, los datos de su tipo de sangre, alergias y el lugar donde quiere ser atendido en caso de accidente o enfermedad.
- Si desea rentar o vender un inmueble, si va a contraer una deuda o si alguien va a firmar un documento a su favor, que consulte con un abogado o acuda a instituciones de asistencia social de su comunidad.
- Solicite en las oficinas del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) o en los DIF municipales su credencial de Plan Venerable y pregunte por los beneficios que ella le otorga.

Para la ONU, las personas mayores tienen derecho a vivir con independencia, participación, cuidados, autorrealización y con dignidad. México reconoce en su legislación los siguientes derechos:

- **Integridad, dignidad y preferencia.** Acceso a una vida plena, con calidad, libre de violencia y sin discriminación. Respeto a la integridad física, psicoemocional y sexual. Protección contra toda forma de explotación.
- **Seguridad y certeza jurídica.** En cualquier procedimiento judicial, tienen derecho a un trato digno y apropiado; a recibir el apoyo de las instituciones federales, estatales y municipales, con asesoría jurídica gratuita y con un representante legal cuando sea necesario. En todos estos procedimientos tienen derecho al trato preferente en la protección de tu patrimonio.
- **Salud, alimentación y familia.** Tienen derecho a los satisfactores básicos, como alimentos, bienes, servicios y condiciones para una atención integral y de manera preferente. Para el cuidado de su salud deben contar con el apoyo subsidiario de las instituciones públicas, además de orientación y capacitación en materia de nutrición, higiene y todo aquello que favorezca su cuidado personal.
- **Educación.** Acceso a la educación de manera preferente en instituciones públicas y privadas, las cuales deben incluir en sus planes conocimientos relacionados con las personas adultas mayores y contar con material educativo autorizado por la SEP en el tema del envejecimiento.
- **Trabajo.** Igualdad de oportunidades o de otras opciones que permitan un ingreso propio y desempeño en forma productiva tanto tiempo como lo desee, además de protección de las disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de otros ordenamientos de carácter laboral.
- **Asistencia social.** Derecho a programas de asistencia social en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia; de vivienda digna y de acceso a una casa hogar o albergue, sólo en situación de riesgo.
- **Participación.** Incumbencia en la planeación y toma de decisiones que le afecten, así como de desarrollo social en general, ya sea de manera individual o mediante la libre asociación con otras personas; participación en

los procesos productivos, de educación y capacitación, y en la vida cultural, deportiva y recreativa de su comunidad.

- **Denuncia.** Denunciar de manera personal cualquier hecho, acto u omisión que se produzca o pueda producir algún daño o afectación en sus derechos y garantías; también pueden hacer denuncias de este tipo toda persona, grupo social, organizaciones no gubernamentales, asociaciones o sociedades.

El 9 de Enero de 1986 se publica la Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social en donde se destaca la participación del DIF como Coordinador del Subsector de Asistencia Social (Rodríguez, 1996).

A partir de aquí instituciones sociales públicas modifican sus funciones como el ISSSTE y el IMSS.

### **2.3 Instituciones para el cuidado del adulto mayor en México.**

El Distrito Federal, es una de las ciudades con mayor índice de población senecta, es también la ciudad donde se encuentra el mayor número de instituciones gubernamentales y privadas ubicadas en el área de ancianidad. Sin embargo, los programas de las instituciones (INSEN, DIF, IMSS, ISSSTE, SEDESOL, INAPAM) no han dado respuesta a la mayoría de la población, y durante mucho tiempo han dado prioridad a la asistencia social sobre otras acciones de promoción y desarrollo (Quezada y Ramírez, 2002).

Otras instituciones de gobierno han contemplado recientemente a los adultos mayores dentro de sus programas de atención y servicio, como la Procuraduría General de Justicia (PGJ), la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), el Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA), entre otros; no obstante, los esfuerzos han sido aislados y desarticulados, notándose un mínimo impacto en los beneficios, en su mayoría por falta de una estructura que unifique estas dependencias gubernamentales con el objetivo de trabajar conjuntamente para el bienestar de la persona mayor.

En 1979 es fundado el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), cuyo objetivo principal es proporcionar a la población de mas de 60 años asistencia económica, laboral, jurídica, médica, psicológica y social ahora llamado INAPAM.

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión para el cumplimiento de sus atribuciones, objetivos y fines. Este organismo público es rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores, teniendo por objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

El Instituto procura el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, entendiéndose por éste, el proceso tendiente a brindar a este sector de la población, empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida orientado a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género que aseguren sus necesidades básicas y desarrollen su capacidad e iniciativas en un entorno social incluyente. Pone a disposición diversas opciones de recreación y cultura, activación física y educación para la salud. Dentro de las alternativas que se ofrecen están bisutería, bordado, cerámica, dibujo, escultura, estampado en tela, florería, grabado, juguetería, malla y rafia, marquetería, orfebrería y joyería, papel maché, peletería, peluche, pintura, pintura en cerámica, pintura en porcelana, pirograbado, popotillo, repujado, talla en madera, tarjetería española, tejido y vitral. Una de las acciones que se ha llevado a cabo con éxito es la apertura de Centros de Capacitación en Cómputo, a través de los cuales se cubre con el objetivo de acercar a los adultos mayores a las nuevas tecnologías. La finalidad de estos centros es capacitar a las personas mayores en el manejo de paquetería en equipos de computación, específicamente los programas de *office* e *internet*, lo que constituye una herramienta invaluable para su actualización, fácil acceso a una actividad remunerada y amplía las posibilidades de comunicación con familiares, amigos y personas de otras partes del mundo por medio de la red. Además

brinda atención médica, apoya la detección, control y seguimiento de enfermedades comunes en el envejecimiento.

Así mismo, esta institución ha puesto en funcionamiento albergues y residencias diurnas, que proporcionan asistencia integral a los adultos mayores que no cuentan con apoyo familiar o recursos económicos que les permitan cubrir sus necesidades básicas y ser independientes. Ahí reciben alojamiento permanente o temporal, además de alimentación balanceada, supervisión geriátrica, terapia ocupacional y servicios de trabajo social.

A pesar de, en México sólo el 3% de la población adulta se encuentra afiliada al INAPAM y 97% de la población no. Siendo el D.F y el Edo. México los de mayor porcentaje de afiliación donde el 85% son mujeres y el 15% son hombres (Mayen, 2010).

La Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL) cuenta con el Programa 70 y Más (actualmente se ha reducido hasta 65 años de edad para poder tramitar dicho programa), atiende a los adultos mayores de 70 años o más que vivan en localidades de hasta 30 mil habitantes. Los beneficiarios reciben apoyos económicos de 500 pesos mensuales, que se paga cada dos meses; participan en grupos de crecimiento y jornadas informativas sobre temas de salud y obtienen facilidades para el acceso a servicios y apoyos de instituciones como el INAPAM, además de las que ofrecen actividades productivas y ocupacionales.

Los beneficiarios del Programa tienen los siguientes derechos y obligaciones.

Derechos:

1. Recibir un trato digno, respetuoso y equitativo, sin distinción de sexo, grupo étnico, filiación política, gremial o religiosa.
2. Privacidad y reserva de su información confidencial.
3. Participar sin costo alguno, en el proceso de incorporación al Programa.
4. Recibir por parte de la SEDESOL:

- tarjeta o documento que lo acredite como beneficiario para poder recibir el apoyo correspondiente.
- Este documento se le entregará con el primer pago al término del bimestre (o cuatrimestre) en que se haya incorporado al padrón de beneficiarios.

5. Recibir el total y oportunamente el apoyo.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Nacional) revisa sus objetivos y programas con el fin de estar en condiciones de responder a las demandas de asistencia de los grupos vulnerables dentro de los que se encuentran los Adultos Mayores, apoyándolos en la solución de sus problemas biopsicosociales para prevenir que sufran males mayores, mejorando sus condiciones de vida, y ayudándoles a su reintegración social y productiva.

Se considera que el grupo de la tercera edad es muy heterogéneo, con características demográficas, culturales, biológicas, sociales y económicas diferentes, se hace necesario implementar programas que den respuesta a sus necesidades, dentro de un modelo multidisciplinario para su atención integral, que beneficie tanto a las personas adultas mayores institucionalizadas como a las de la comunidad y a sus familias, esto dentro de un marco de atención con calidad y humanismo que les permita una vida digna.

Por lo anterior y para dar respuesta a esta necesidad el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia elaboró un Programa Nacional de Atención Gerontológica cuyo lema es *“Por la Dignidad e Integración Social del Adulto Mayor”*. En este programa como estrategia global se propone un sistema de atención multidisciplinario para grupos de adultos mayores con necesidades y demandas comunes, de tal forma que existan prioritariamente servicios integrales para los más vulnerables, pero que además existan opciones de apoyo y acciones preventivas para que los ancianos en su contexto familiar tengan garantizada su estabilidad física y mental, su integración social y la satisfacción de sus necesidades individuales. Para lograr lo anterior, se proponen cuatro niveles de atención:

- *Un primer nivel* preventivo que incluye acciones educativas, de orientación y sensibilización, dirigido a la población en general.
- *Un segundo nivel*, encaminado a detectar oportunamente en el Adulto Mayor, alteraciones biopsicosociales, para brindarles atención en el ámbito familiar, comunitario e institucional.
- *El tercer nivel* considera la rehabilitación y la reintegración social del anciano con daño biopsicosocial moderado, en estos casos la atención se otorga al interior de las unidades gerontológicas.
- *En el cuarto nivel* de atención se considera la aplicación de medidas y cuidados específicos al anciano con daño biopsicosocial importante, la atención se puede brindar en el domicilio o bien al interior de la institución, favoreciendo una mejor calidad de vida o muerte digna del anciano.

El programa considera los siguientes subprogramas:

- De Atención a la Comunidad.
- De Rehabilitación e Integración Social.
- De Formación y Capacitación de Recursos Humanos.
- De Sensibilización y Difusión.

Este Programa Nacional, propicia la articulación con el resto de los Programas DIF, tanto nacionales, como estatales y municipales.

De igual manera se busca articularlo con los programas relacionados, con otras instituciones públicas, organizaciones de la sociedad civil, y de enseñanza. Las perspectivas de este programa se han planteado a corto, mediano y largo plazo.

Las personas de la tercera edad también tienen derecho a recibir prestaciones en instituciones a las cuales se encuentren incorporadas, tales como el IMSS, el ISSSTE y el ISSFAM.

Dichas prestaciones son:



## **IMSS**

- De invalidez.
- De vejez.
- De cesantía en edad avanzada.
- Saldo de la subcuenta del seguro de retiro.

## **ISSSTE**

- Pensión por jubilación.
- Pensión de retiro por edad y tiempo de servicios.
- Pensión por invalidez.
- Pensión por cesantía en edad avanzada.
- Indemnización global.
- Saldo de la subcuenta de ahorro para el retiro.

## **ISSFAM**

Entre otros:

- Haber de retiro y en su caso pensión.
- Compensación.
- Fondo de ahorro.
- Casas hogar para retirados.

Si alguna persona de la tercera edad no es considerada como asegurada titular, sí podrá serlo como beneficiaria o derechohabiente, en virtud de la situación derivada de su estado civil o vínculo familiar, por ejemplo, cónyuge, concubinario, concubina o hijos.

En estos casos tiene derecho a:

## **IMSS**

- Pensión de viudez.
- Pensión de ascendientes al faltar la esposa, la concubina o los hijos, cuando no tienen por derecho propio una pensión.

## **ISSSTE**

- Pensión de viudez.
- Pensión de concubinato.
- Pensión de ascendencia al faltar el cónyuge, la concubina, el concubinario o los hijos, en caso de que hubiesen dependido económicamente del trabajador o pensionista.

El otorgamiento de la pensión le corresponderá al esposo o al concubinario únicamente si fuera mayor de 55 años o si se encontrara totalmente incapacitado y hubiese, en ambos casos, dependido económicamente de la trabajadora asegurada o pensionada fallecida.

## **ISSFAM**

- Pensión, o
- Compensación.

Aún sin ser derechohabientes, las personas de la tercera edad tienen derecho a recibir atención médica en las instalaciones del Sistema Nacional de Salud (SS, IMSS, ISSSTE e ISSFAM, entre otras) y pagarán de acuerdo con sus posibilidades económicas.

## **2.4 Calidad de vida.**

La calidad de vida suele avanzar de forma paralela a la esperanza de vida, tiene un aspecto objetivo y otro subjetivo.

El aspecto objetivo significa la utilización del potencial intelectual emocional y creador del hombre dependiendo de cada individuo, de las condiciones sociales y las circunstancias externas que le permitan un pleno desenvolvimiento y desarrollo de sus capacidades en la vida a cualquier edad. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción de los individuos y por la percepción que se tenga de las condiciones globales de la vida, traduciéndolos en sentimientos positivos o negativos. La

combinación de ambos factores posibilita el desarrollo integral de la personalidad (Buendía, 1997).

La calidad de vida de una población puede crecer de forma casi indefinida, pero a nivel personal sólo lo puede hacer de forma limitada, ya que con la edad los achaques y limitaciones aumentan y con ello, disminuye la calidad de vida (Gonzalo, 2002).

Según Fierro (citado en Belando, 2001), la calidad de vida es “*la capacidad de comunicación, de amor, de goce, de trabajo, la disposición activa y creativa, y la elaboración de un sentido de la propia identidad*”.

Pszemiarower y Pszemiarower (1992) enumeran como indicadores de satisfacción y calidad de vida en la vejez:

- a) *Funcionalidad*: capacidad del senescente para desarrollar actividades diarias según el estado de su salud y de su declinación física.
- b) *Autonomía*: capacidad del anciano para mantener una conducta independiente en el desarrollo de actividades diarias.
- c) *Ambiente de hogar*: apoyos domésticos, económicos, y afectivos de la familia.
- d) *Entorno social*: nivel de integración o de segregación social producida por el hecho de ser anciano.
- e) *Apoyo político y social*: el destino social del adulto mayor depende de la voluntad política de cada pueblo para atender sus necesidades. La asignación de recursos refleja el interés por la vejez.

Las prestaciones de la Seguridad Social pueden contribuir de forma decidida a mejorar la calidad de vida respecto a: la atención médica, al número de residencias para los adultos mayores, las pensiones adecuadas para una vida digna, etc.

En el adulto mayor la salud es definida como la capacidad para atenderse así mismo y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite desempeñar sus actividades de la vida diaria por sí solo. El hecho de que la persona tenga una limitación funcional para realizar alguna de sus actividades de la vida diaria le afectará enormemente en su calidad de vida.

Valorar la calidad de vida del adulto mayor lleva implícito un problema generacional y motivacional, y la familia en ocasiones no considera estos aspectos subjetivos del anciano que para las nuevas generaciones no tienen sentido. Problemas como el apego a la vivienda, al centro de trabajo, a los amigos, a la necesidad de opinar de tomar decisiones, etc, y que pueden darle a la persona mayor la calidad de vida que necesita.

Luego entonces, calidad de vida puede considerarse como la percepción de satisfacción o bienestar que tenga uno mismo a lo largo de su vida, tomando aspectos intrínsecos y extrínsecos de la persona, abordándolos de una forma completa a nivel físico, psicológico, social, cognitivo, etc.

## **2.5 Taller: Tercera Edad. “Hacia una calidad de vida”.**

### **2.5.1 Justificación.**

La importancia de elaborar el taller es que las personas reconozcan esta etapa de vida y sus cambios, que se reconsidere el trato que se le da al adulto mayor en la actualidad, además de pensar en posibles alternativas para lograr un bienestar; tomando en cuenta que al informarse sobre las características del envejecimiento las personas podrán pensar en como llevar su vejez satisfactoriamente.

### **2.5.2 Población.**

El taller va dirigido a hombres y mujeres que estén interesados en el tema, de 20 años en adelante, con escolaridad mínima de primaria.

### **2.5.3 Objetivo.**

- Que los asistentes del taller reconozcan los cambios que implica el envejecimiento e identifiquen el trato que se le da al adulto mayor.

### **2.5.4 Objetivos específicos.**

- Que las personas sepan que es la tercera edad o vejez.
- Identificar las características del proceso de envejecimiento.
- Eliminar y aclarar temas tabúes sobre el envejecimiento.
- Reconocer la importancia de planificar esta etapa de la vida.
- Que los participantes conozcan las instituciones que le brindan apoyo y servicio a los adultos mayores.
- Buscar herramientas que puedan favorecer un trato digno al anciano.
- Generar propuestas para mejorar la calidad de vida de la persona mayor.

## 2.5.5 Carta descriptiva.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Título de la Propuesta Educativa:** *Tercera Edad. “Hacia una calidad de vida”.*

**Ponente:** Nancy Chavarría Arellano

**Institución:** Aulas y Talleres del Bosque de Tláhuac

**Dirigido a:** hombres y mujeres que estén interesados en el tema.

**Fecha:** 25 de Junio

**Horario:** 10:00 a 13:00 hrs

**Duración:** 3 hrs.

**OBJETIVO GENERAL:** Reconocer la importancia de la etapa de la vejez y los cambios que conlleva.

**Sesión: 1**                      **Tema: Tercera Edad “Hacia una calidad de vida”.**

**Objetivos Particulares:** Que las personas sepan que es la tercera edad o vejez; Identificar las características de la etapa del envejecimiento; Eliminar y aclarar temas tabúes sobre el envejecimiento; Reconocer la importancia de planificar esta etapa de la vida; Que los participantes conozcan las instituciones que le brindan apoyo y servicio a los adultos mayores; Identificar propuestas para mejorar la calidad de vida de la persona mayor.

<b>Subtema</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Actividad- Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempos parciales</b>
Aplicación de un pretest	Conocer la noción que tienen los participantes sobre la vejez antes de tomar el taller	Contestar un cuestionario de preguntas abiertas y de escala Likert sobre la concepción que se tiene hacia el envejecimiento.	Cuestionario Lápiz o pluma	10 min. aprox.
Presentación de ponente y objetivo del taller	Que los participantes comprendan el objetivo del taller	Presentación de ponente, con el objetivo del taller		05 min. aprox.
Presentación del grupo	Que los participantes se conozcan para crear un ambiente de confianza	“Conocer a los demás” Decir el nombre y alguna característica	Tarjetas y plumones	15 min. aprox.
Encuadre	Que los participantes den algunas reglas para que el taller se lleve de una forma adecuada	Ideas para crear un ambiente favorable en el taller	Rotafolios Plumones Diurex	10 min. aprox.
Definir vejez y envejecimiento	Que los participantes definan y sepan el concepto de vejez y envejecimiento	¿Para mí que es la vejez y el envejecimiento? Detectar que tanto saben sobre esta etapa.	Rotafolios Plumones Diurex	10 min. aprox.
Percepción hacia el adulto Mayor	Que los participantes expongan su punto de vista sobre el adulto mayor	“Silueta de un adulto mayor” Plasmar una identidad y características que se le atribuye socialmente positivas y negativas	Cartoncillo Plumones Música	20 min. aprox.
Explicación de vejez y proceso de envejecimiento	El ponente dará una breve información sobre este periodo del desarrollo y los cambios que se	Explicar el desarrollo humano, la vejez, sus cambios y las pérdidas		25 min. aprox.

	presentan			
<i>Rol playing</i>	Que los participantes concreten lo aprendido sobre los cambios en el adulto mayor	“Representando situaciones de vida de un adulto mayor		20 min. aprox.
Ejercicio guiado	Que los participantes se empiecen a cuestionar sobre su vejez próxima o si ya la están viviendo	“Imaginería”  Buscar herramientas de planeación de vejez y cuidados para un bienestar		15 min. aprox.
<i>Tips de cuidado del adulto mayor</i>	Que los participantes conozcan que cuidados se deben de tomar para tener una vejez plena	“Si me cuido, seré un adulto mayor feliz”  Comentar posibles formas de cuidado para tener una vejez sin problemas		10 min. aprox.
Instituciones a cargo de la persona mayor	Que los participantes conozcan las instituciones que le brindan servicios a la persona mayor	¿Quienes se encargan del anciano?	Rotafolios  Plumones  Diurex	10 min. aprox.
Conclusiones	Que los participantes expongan lo que falta por hacer para mejorar la vida del adulto mayor	¿Que falta por hacer?		5 min. aprox.
Aplicación de postest	Identificar si hubo un cambio en la percepción de los participantes con el taller	Contestar un cuestionario de preguntas abiertas y de escala Likert sobre la concepción que se tiene hacia el envejecimiento.	Cuestionario  Lápiz o pluma	10 min. aprox.
Cierre	¿Qué se llevan del taller?			5 min. aprox.



## **CAPÍTULO III**

### **PROCESO METODOLÓGICO.**

#### **3.1 Planteamiento del problema**

Al formular una propuesta de taller para concientizar a las personas sobre la tercera edad, surgen las siguientes preguntas:

¿Qué tan informadas están las personas sobre la vejez y el proceso del envejecimiento?

¿Cuáles son las características predominantes para describir al adulto mayor?

#### **3.2 Objetivos**

- Que las personas asistentes al taller puedan tener un mayor conocimiento y manejo sobre el tema de la tercera edad.
- Promover la idea de la utilidad y de las capacidades de los ancianos.

#### **3.3 Objetivos específicos**

- Que las personas sepan que es la tercera edad o vejez.
- Identificar las características de la etapa del envejecimiento y los cambios físicos, sociales, psicológicos que conlleva.
- Eliminar y aclarar temas tabúes sobre el envejecimiento.
- Deliberar la importancia de planificar la tercera edad y las consecuencias de no hacerlo.
- Conocer las instituciones que le brindan apoyo y servicio a los adultos mayores.
- Buscar herramientas que puedan favorecer un trato digno al anciano.
- Generar propuestas para mejorar la calidad de vida de la persona mayor.

### **3.4 Variables**

Variable dependiente: percepción, cambio, conciencia, pretest y posttest.

Variable independiente: Tercera Edad.

### **3.5 Definición conceptual**

Percepción: proceso mental que consiste en organizar las sensaciones en patrones significativos.

Cambio: tendencia de las respuestas aprendidas a oscilar hacia patrones de respuesta.

Conciencia: experiencia de conciencia mental, incluye sensaciones, percepciones, recuerdos y sentimientos vigentes.

Tercera Edad: período del ciclo de vida marcado por cambios en el funcionamiento físico, cognitivo y psicosocial asociados en ocasiones al envejecimiento.

### **3.6 Definición operacional**

Percepción: determinada por el taller Tercera edad. “Hacia una calidad de vida”.

Cambio: determinado por Cuestionario de Detección de Necesidades sobre el Adulto Mayor

Conciencia: determinada por el taller Tercera Edad. “Hacia una calidad de vida”.

Tercera Edad: etapa del desarrollo ubicado a partir de los 65 años.

### **3.7 Hipótesis**

Hi: Al aplicar el taller habrá un cambio significativo en la percepción hacia la etapa de la vejez.

Ho: Al aplicar el taller de reflexión no habrá un cambio significativo en la percepción hacia la etapa de la vejez.

### **3.8 Participantes**

Se realizó una convocatoria al público en general por medio de carteles colocados en puntos de mayor afluencia de participantes. Participaron 46 hombres y mujeres, con las siguientes características: 15 años en adelante, nivel educativo mínimo primaria y con interés en el tema.

### 3.9 Instrumentos

Se empleo un cuestionario diseñado por el ponente que propuso dicha investigación (Anexo 2 y 3).

El instrumento consta de preguntas abiertas las cuales tienen la función de recolectar la opinión de los participantes sobre el tema de tercera edad y su percepción hacia el adulto mayor. A su vez contiene 29 reactivos en escala de Likert que mide la actitud que se tiene ante la vejez, basados en juicios y temas tabú que maneja la sociedad.

Dicho cuestionario fue impreso en hojas blancas y se utilizo lápiz para responder.

De igual forma, el taller sirve como una herramienta de recolección de datos cualitativos debido a las dinámicas que maneja.

### 3.10 Escenarios

El taller se aplicó en el espacio de Aulas y Talleres del Bosque de Tláhuac “Profr. Francisco Aquino Domínguez”, ubicado en Av. Heberto Castillo s/n esq. La Turba, Col. Miguel Hidalgo en la Delegación Tláhuac. El espacio es abierto a todo público en general, donde, se proporcionó un salón amplio, aislado de ruido, con mobiliario suficiente y cómodo, con buena iluminación y ventilación donde los participantes pudieron interactuar de forma libre.

### 3.11 Diseño de investigación

Esta prueba se desarrollará basándose en un diseño pre experimental de pretest y postest, con un grupo voluntario heterogéneo, tomado de una muestra no probabilística donde todos los elementos de la población interesados en el tema tenían la misma posibilidad de ser escogidos pero dependían de las características de la investigación.

**G**      **O<sub>1</sub>**      **X**      **O<sub>2</sub>**

**G:** grupo de sujetos que asistieron al taller

**O<sub>1</sub>:** medición con pretest

**X:** taller sobre la tercera edad.

**O<sub>2</sub>:** medición con postest

### **3.12 Procedimiento**

En primera instancia se aplicó un pretest que tiene por intención medir la concepción de las personas sobre la tercera edad y el adulto mayor, con una duración de 10 minutos aproximadamente. Inmediato a esto, se llevo a cabo el taller Tercera Edad “Hacia una calidad de vida”, donde se expusieron temas relacionados a esta etapa del ciclo vital y donde los participantes calificaban al adulto mayor dentro de las actividades expuestas (Ver Anexo I).

Posteriormente al cierre del taller se pidió a los participantes que contestaran un postest que mediría su concepción hacia la vejez, con la finalidad de ver si su percepción había sido modificada.

### **3.13 Análisis de resultados**

Por medio del presente análisis se obtuvieron los resultados del Taller: Tercera Edad “Hacia una calidad de vida” a un grupo piloto.

Se realizó una prueba T de Students para muestras relacionadas, con el fin de obtener la diferencia de antes y después del taller por medio del pre y post test, para ello se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows.

Se obtuvo el porcentaje de edad de los participantes que asistieron al taller así como el porcentaje de cuantas mujeres y hombres fueron.

Se hizo una codificación de las preguntas abiertas del cuestionario y de algunos ejercicios que se aplicaron dentro de la sesión, posteriormente, se sacó la frecuencia y porcentaje de las respuestas de mayor índice de repetición.

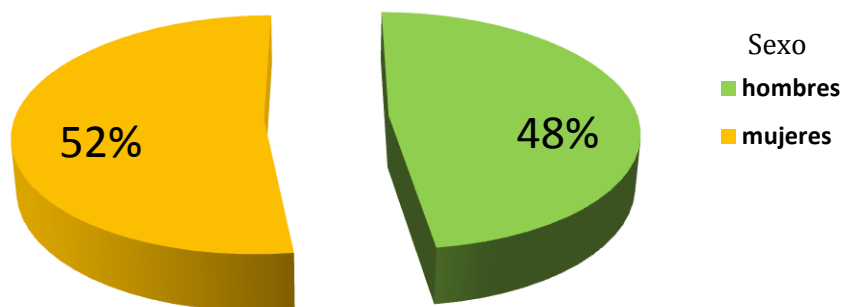
# CAPÍTULO IV

## RESULTADOS.

Se formó un grupo piloto en el que participaron 46 personas pertenecientes a la Delegación Tláhuac, de forma voluntaria, donde 24 de ellas eran mujeres (52%) y 22 hombres (48%).

GRAFICA 1

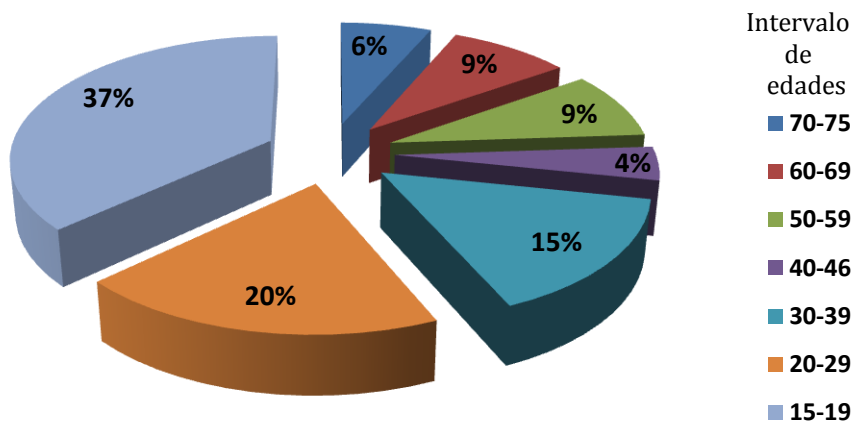
Porcentaje de participantes según su sexo



El rango de edad de los participantes fue de los 15 años hasta los 73 años de edad, siendo la media de 16 años.

GRAFICA 2

Distribución de edades de los participantes

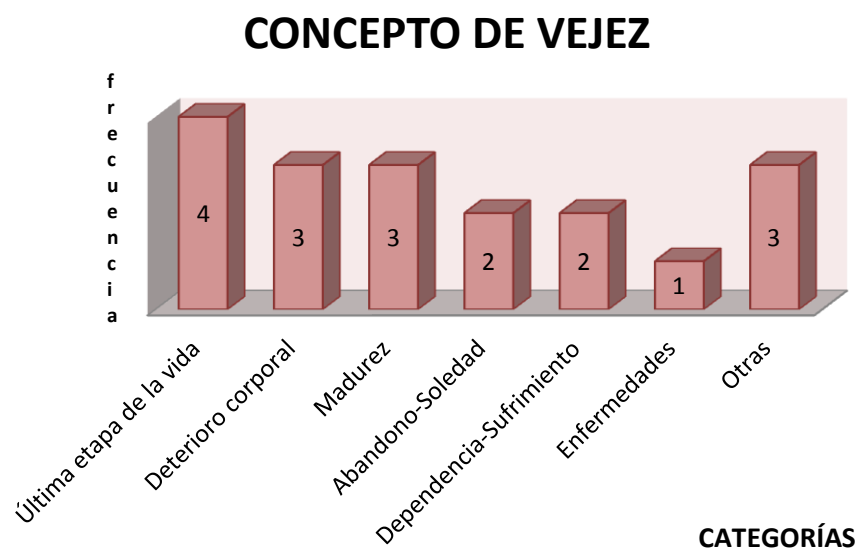


A continuación se muestran los datos recogidos dentro de algunas actividades propuestas en el taller, así como, los resultados del cuestionario aplicado antes y después de éste. Cabe señalar que para la recolección de datos se hizo un proceso de categorización de palabras donde se sacó su frecuencia y porcentaje de aquellas que tuvieron un mayor índice de mención por los participantes. De ahí que en algunas gráficas se muestre un número mayor o menor de la  $N=$  que es el total de la población que asistió al taller; ya que en más de una ocasión los participantes contestaron con más de dos respuestas, o en otros casos no contestaban nada.

Se pidió a los participantes que definieran según su criterio el concepto de vejez y el concepto de envejecimiento, bajo la consigna de que “no existía una respuesta buena o mala”. El objetivo era que por medio de una lluvia de ideas comenzaran a describir su sentir y lo que la sociedad les ha enseñado sobre esta etapa del desarrollo humano.

Los resultados arrojados dentro de la actividad de definir el concepto de vejez son los siguientes:

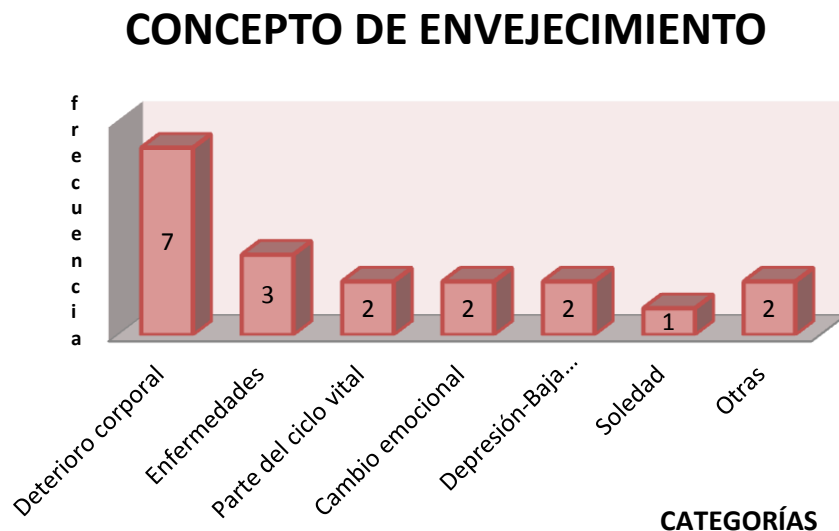
**GRÁFICA 3.**



Donde la categoría con más índice de repetición fue **última etapa de la vida** y la categoría con menos repeticiones fue **enfermedades**.

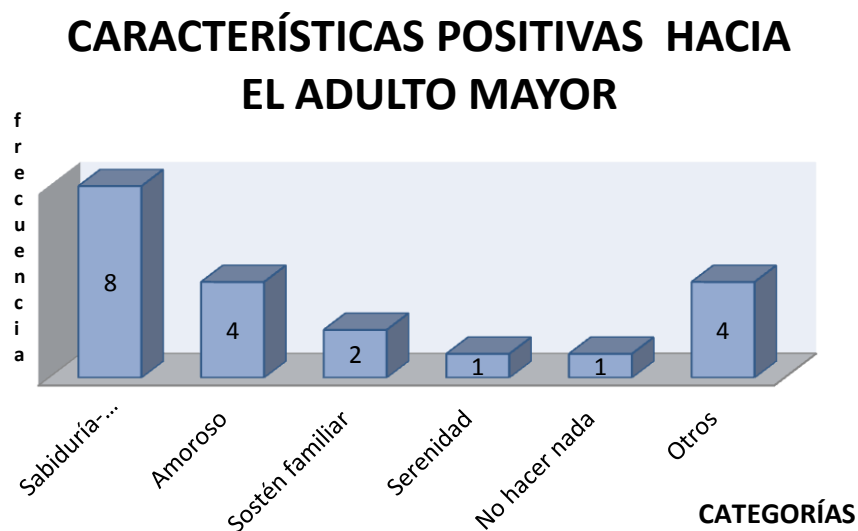
Mientras que en el concepto de proceso de envejecimiento se encontró que los participantes lo califican de acuerdo al **deterioro corporal** inminente de la edad y seguido por las vulnerabilidad del adulto mayor a las **enfermedades** (Ver gráfica 4).

GRÁFICA 4.

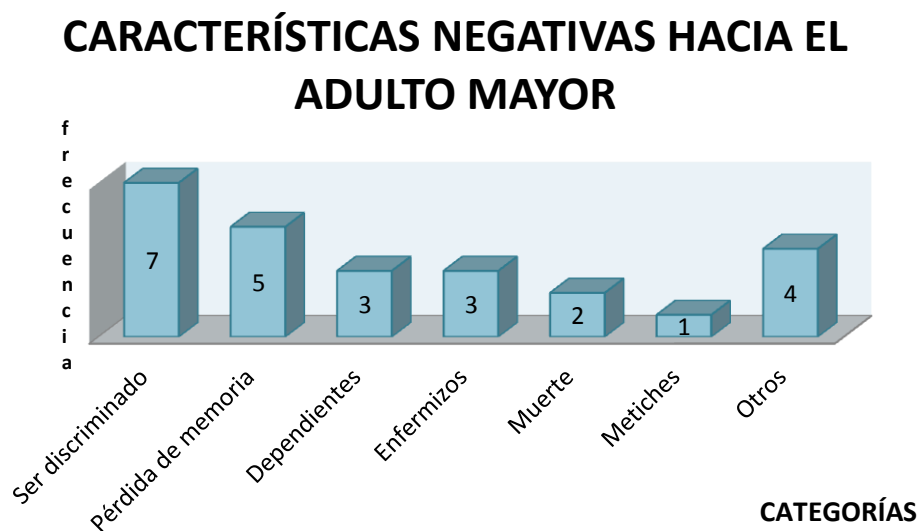


Dentro de las características positivas que se le da al adulto mayor social y personalmente se encuentran la **sabiduría**, **ser amoroso** como principales características mientras que en la categoría de otros se encuentra la **espiritualidad**, la **alegría** y que **son como niños**. En las características negativas se observa como la sociedad ve al adulto mayor como **ser discriminado** y que estar dentro de esta etapa implica deterioro y sobre todo **pérdida de memoria** (u otras demencias), la falsa idea de una **pérdida de independencia**; mientras que en la categoría de otros se encuentran descripciones como que el adulto mayor **huele mal**, **es caprichoso**, **enojón y torpe** (Ver graficas 5 y 6).

GRÁFICA 5.



GRÁFICA 6.



Dentro del cuestionario se plantearon una serie de preguntas abiertas que tenían el objetivo de medir qué tanto sabían las personas sobre la tercera edad y el proceso de envejecimiento. Y posteriormente con ellas se compararía si hubo un cambio en la percepción y en la descripción de la tercera edad después del taller.

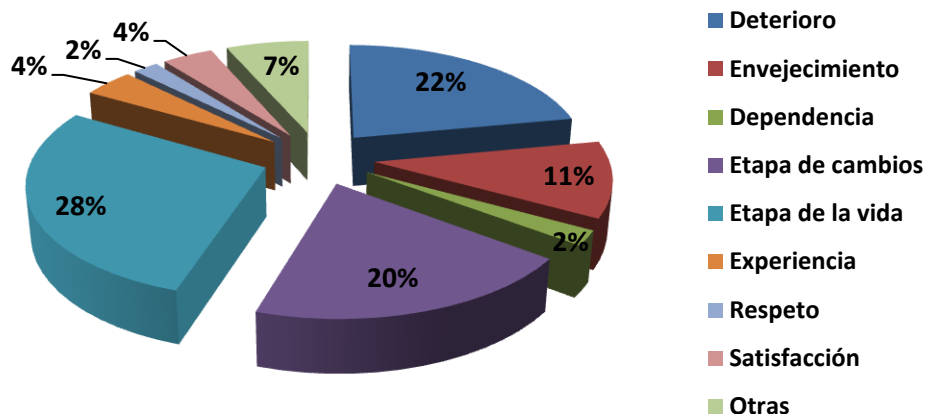


Los resultados arrojados en el pretest y postest fueron los siguientes:

1. ¿Para mí que es la tercera edad o vejez?

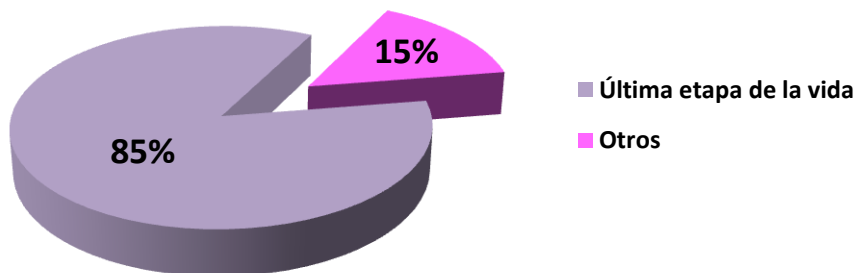
GRÁFICA 7.

PRETEST PORCENTAJE



GRAFICA 8.

POSTEST PORCENTAJE



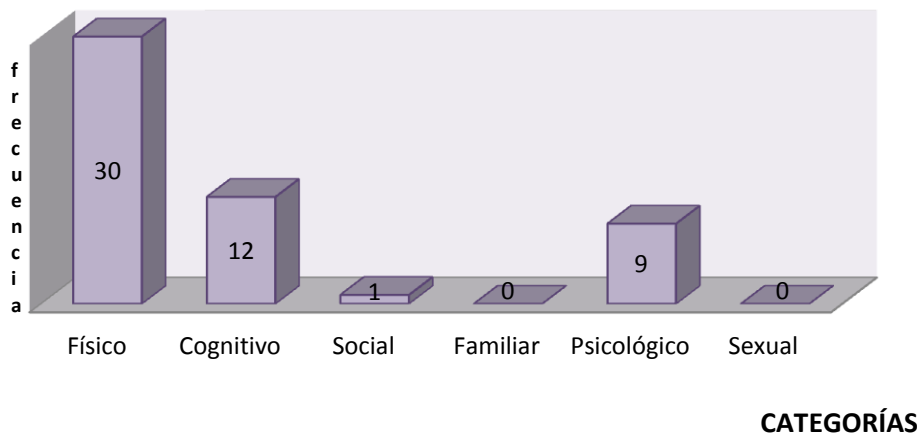
La respuesta con mayor frecuencia de repetición en el pretest fue, que la vejez es una **etapa de la vida** siendo una palabra neutra para definir este estadio del ciclo vital,

seguida de la palabra **deterioro** y **etapa de cambios** (Ver gráfica 7), mientras que en el postest con el 85% se observa que para ellos éste término es la **última etapa de la vida**, resaltando el calificativo de *último* ya que sitúa correctamente a la tercera edad dentro del período final del ciclo vital del desarrollo (Ver gráfica 8).

**2. ¿Qué cambios conozco que se produzcan en el envejecimiento? Explica algunos.**

**GRÁFICA 9.**

**PRETEST**



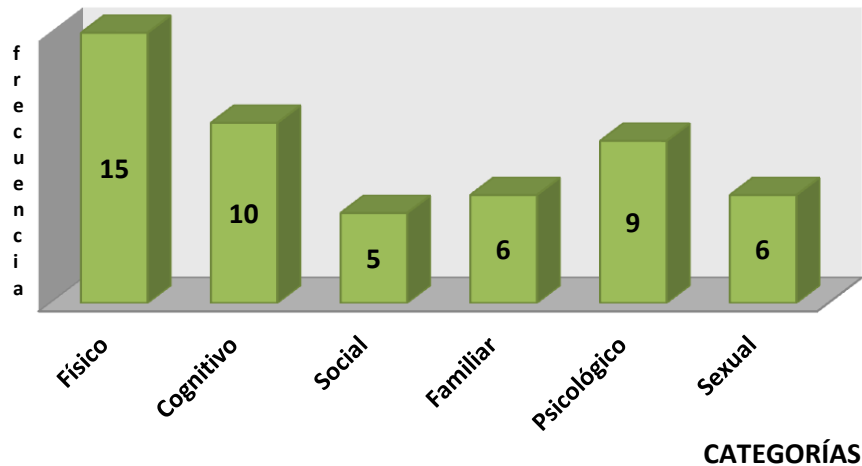
En el pretest lo que más sobresale son los **cambios físicos**, dentro de los cuales los visibles como las arrugas y las canas son los más descritos; en lo **cognitivo** resalta la pérdida de memoria como uno de los principales cambios en el proceso de envejecimiento; mientras que en lo **familiar** y lo **sexual** no se aborda ningún tipo de pérdida. Las descripciones dadas son de orden negativo y sobre todo de pérdidas pues no se habla de algo positivo como el tiempo para uno mismo, el poder viajar, disfrutar a su familia, etc..., describiendo a los adultos mayores como individuos tristes y depresivos (Ver gráfica 9).

En cambio en el postest los sujetos abarcaron diferentes cambios de forma neutral sin mencionar un aspecto positivo o negativo pero reconociendo que no solo se trata de

cambios físicos ni cognitivos si no que hay mas factores de la vida que son modificados en el proceso de envejecimiento (Ver gráfica 10).

GRÁFICA 10.

## POSTEST

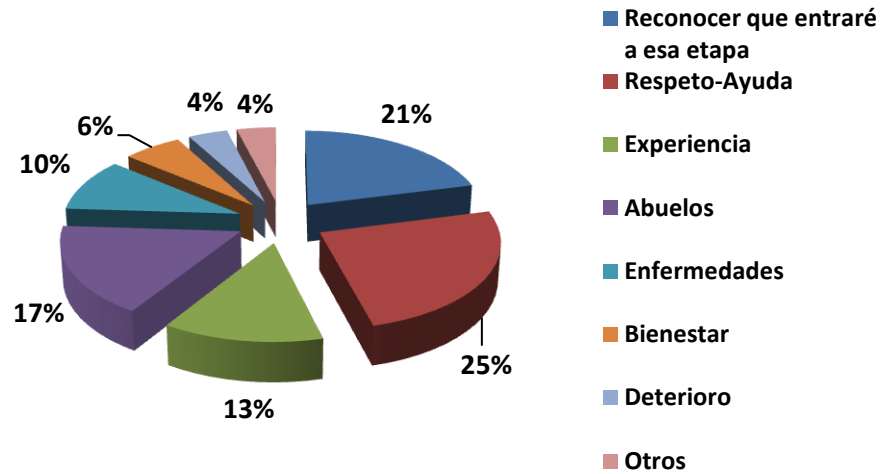


### 3. ¿Cuándo veo un adulto mayor que es lo primero que me viene en mente?

Las personas al ver a un adulto mayor lo primero que piensan es en ayudarlo y deberle respeto, sin embargo, esta etapa de la vida la ven lejana y cuando reconocen este período es hacia terceras personas no en ellos, sin embargo aunque lo ven lejano en sus vidas reconocen que llegarán a esta etapa 21%.

GRÁFICA 11.

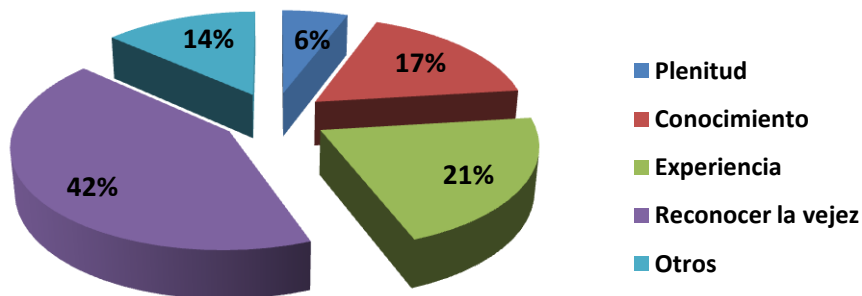
PRETEST



En el postest se nota un reconocimiento positivo sobre ésta fase de la vida, dejando de lado características negativas y comenzando a pensar sobre un posible reconocimiento de la vejez en sus vidas, al poder ver esta etapa en primera persona los participantes buscan una plenitud y un gozo de vida que lleve a una experiencia y conocimiento satisfactorio.

GRAFICA 12.

POSTEST

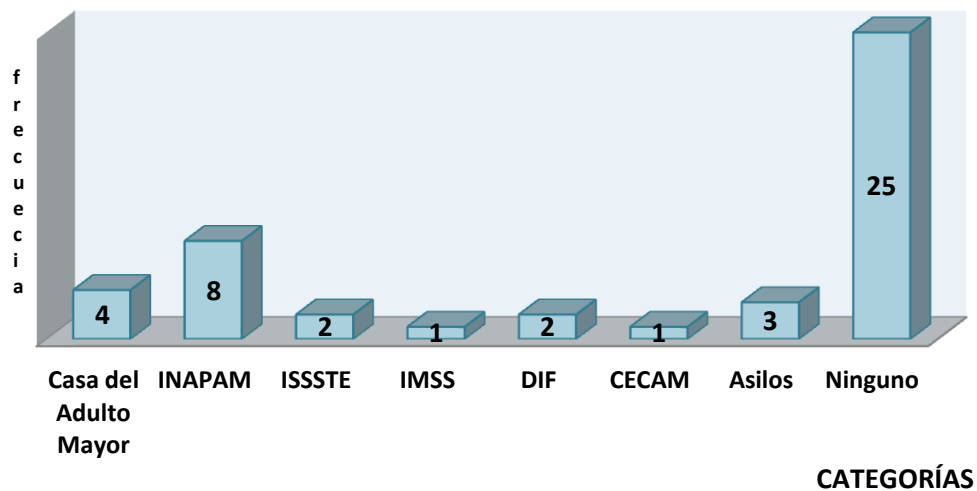


#### 4. ¿Conoce alguna Institución que esté a cargo del adulto mayor? Mencione cual.

Como se puede ver en la gráfica 13 cuando se realizó el pretest cerca del 53% de los participantes no conocía ninguna Institución que brindara servicios al adulto mayor y el resto de la población que al menos menciona una organización fue debido a que eran participes de los servicios de INAPAM.

**GRÁFICA 13.**

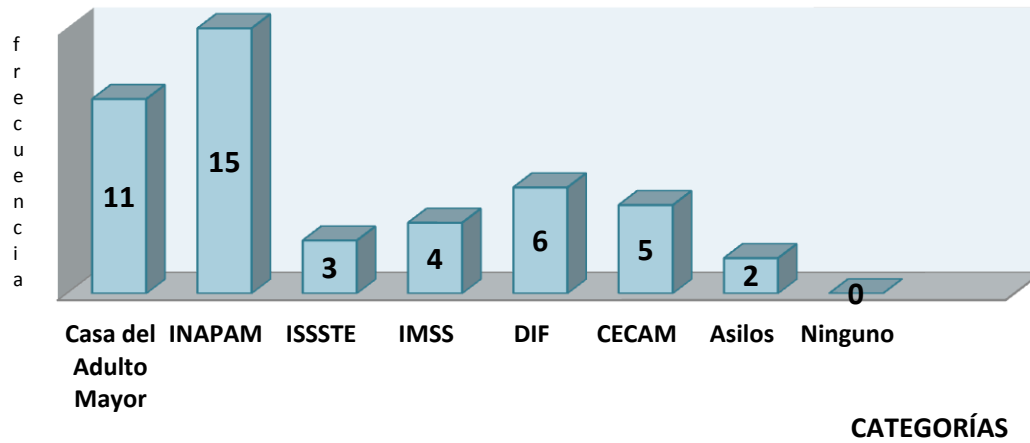
### PRETEST



Al final del taller la mayoría de los participantes conocieron algunas Instituciones a cargo del adulto mayor así como las actividades, centros y ayuda que se les brinda a los ancianos; también se les dio direcciones y teléfonos de cómo contactarse con estos programas.

GRAFICA 14.

## POSTEST



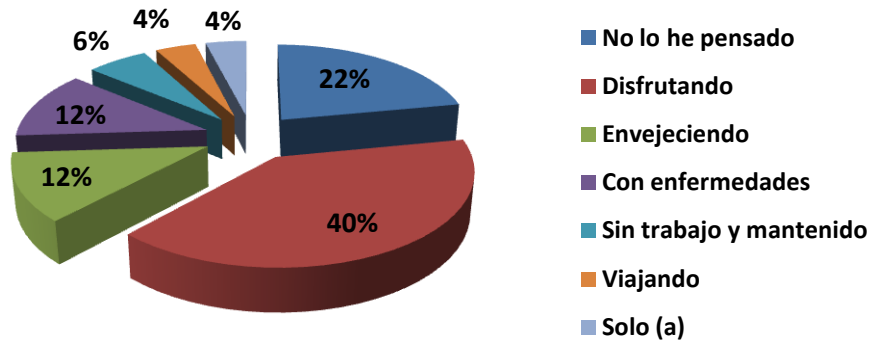
**5. ¿Cómo me imagino que voy a estar en esta etapa de mi vida? Si ya estoy, de qué manera la estoy viviendo.**

El contraste de respuestas, es notorio en el pretest (*gráfica 15*) que las personas sólo desean poder disfrutar de esta etapa sin saber en realidad cómo será, o si se llegan a pensarlo se ven viejos, con arrugas, sin fuerzas, con enfermedades y dependientes de sus familias.

Mientras que en el postest comienza a ver una conciencia de querer estar bien, de planificar esta etapa y los pasos que les pueden ayudar a sentirse útiles y valerse por sí mismos (*Ver gráfica 16*).

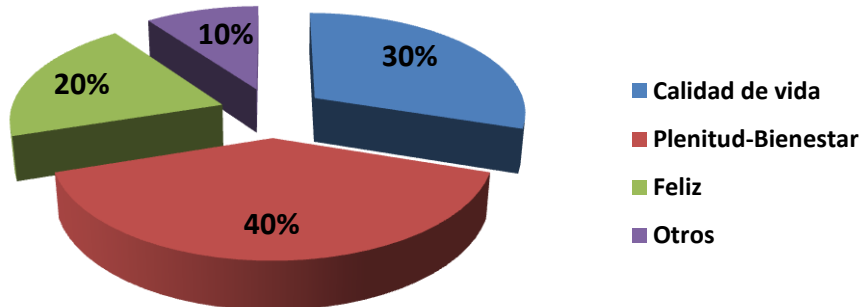
GRÁFICA 15.

PRETEST



GRÁFICA 16.

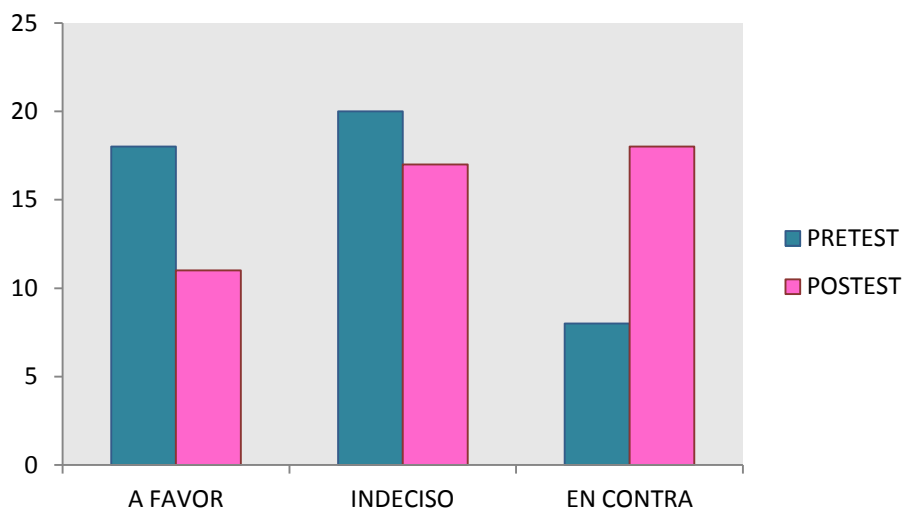
POSTEST



En cuanto a la escala de Likert expuesta en el cuestionario, está compuesta por una serie de aseveraciones sobre mitos y tabúes que rodean el tema de la tercera edad y del adulto mayor, consta de 29 enunciados donde la puntuación más baja fue de 29 y la más alta de 145, situando la percepción que tienen los participantes sobre estos temas. De acuerdo a la puntuación obtenida en esta escala el participante se podría situar en 3

categorías: a favor de los mitos, ni a favor ni en contra de los mitos y en contra de los mitos

**TABLA 1. COMPARACIÓN DE PRE Y POSTEST EN RELACION A MITOS Y TEMAS TABÚ SOBRE LA TERCERA EDAD Y EL ADULTO MAYOR.**



En el pretest se puede observar una tendencia a favor de los mitos y en el posttest se observó un decremento en ellos y un aumento significativo en la categoría en contra de los mitos. Sin embargo la postura ni a favor ni en contra es la de mayor puntaje.

A continuación se muestran los resultados de la prueba T de Students para muestras relacionadas:

**TABLA 2.**

**Estadística de muestras relacionadas.**

	Media	N	Desviación Estándar	Media de error estándar
PRETEST	2.86	46	.874	.129
POSTEST	3.32	46	.933	.138



En la tabla 2 se observa la media de las pruebas, el pretest con 2.86 y postest 3.32, señalando el índice mayor de la categoría indeciso sobre los mitos y tabúes de la etapa de tercera edad. Mientras que la tabla 3 muestra la correlación de las pruebas con .387

**TABLA 3.**

**Correlación de muestras relacionadas.**

	N	Correlación	Sig.
PRETEST POSTEST	46	.387	.008

La tabla 4 muestra una diferencia significativa de .003 entre ambas pruebas lo que implica que si hubo un cambio significativo en la percepción de los participantes ya que es menor a .05

**TABLA 4.**

**Test de muestras relacionadas.  
Valor de significancia.**

	Diferencia de mediana					t	Sig.
	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% Intervalo de confianza de la media			
				Alta	Baja		
PRETEST - POSTEST	-.459	1.001	.148	-.758	-.161	-3.108	.003

Al final del postest las últimas dos preguntas estaban relacionadas con lo aprendido en el taller, reafirma las medidas para lograr un bienestar en la vejez dentro de las cuales se encontraron las siguientes:

- Pensionarse
- Hacer ejercicio
- Mantenerse activo
- Hábitos alimenticios buenos
- Planeación de vejez
- No aislarse
- Buscar información sobre esta etapa
- Tener un buen resguardo económico y familiar

## **CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN.**

Todas las etapas del desarrollo humano tienen su encanto y su aprendizaje, hay unas en las que se quisiera estar situado rápidamente, otras en las que se quisiera cerrar los ojos y ver que ya se fueron o pasaron desapercibidas; cuando se es niño en ocasiones se desea crecer para poder hacer muchas cosas que hacen los “grandes”; al entrar a la adolescencia es enfrentarse a una serie de cambios en muchos aspectos de la vida y ver donde se quiere dirigir la persona, a su vez es la etapa en la que no se sabe cómo tratar al individuo, si como niño o como adulto; la etapa de adultez algunos la catalogan como la cúspide para grandes logros , donde se encuentra una estabilidad, pero a veces otros quisieran regresar a ser niños para no cargar con todas esas responsabilidades que en algún tiempo se deseaban tener, sin embargo, todos esos sentimientos e ideologías dependerán de cada persona y de cómo estén viviendo cada experiencia.

No obstante, lo que sí se puede saber es que la etapa a la que la mayoría de las personas se rehúsan es a la tercera edad, pero que tarde o temprano estarán situados. Etapa que con el pasar de los años y una reestructuración de ideologías, de tecnología, de crecimiento social comienza a ser una realidad más visible para la comunidad.

La vejez no existía en épocas tempranas de la humanidad, las personas no pasaban de 35 años y los ancestros sólo dependían de su vitalidad. Con la civilización se hizo posible la supervivencia pero en condiciones desalentadoras donde se veía una pérdida de capacidades físicas y mentales, pues era novedoso el poder durar tantos años (Cereijido, 1999).

Ahora podemos aspirar a una vejez donde se puede gozar de una satisfacción plena de facultades, pero ante ello se tiene que comenzar a quitar la ideología o percepción de que la vejez es sólo deterioro y pérdida; es comenzar a ver y buscar estrategias para llegar a ese goce pleno de la vida.

A pesar de que éste sector poblacional comienza a ser el de mayor incremento, los adultos mayores son los más marginados, porque la sociedad no sabe aprovechar sus capacidades, viéndolos como un problema social, pues no hay políticas públicas que busquen su beneficio, que les brinden apoyo y protección del todo. Pero éste no es sólo

un problema de sociedad, si se desarticula esta problemática se podría ver que también hay un gran problema individual y perceptual sobre ésta etapa de la vida en su mayoría; ya que no se acepta el envejecer fácilmente, y cuando ya se está en esta etapa la persona no se reconoce dentro de ella, si no que siempre es observada en tercera persona. Por citar algún un ejemplo, la mercadotecnia ha influenciado en descartar esta etapa de desarrollo pues promueve el valor a lo “nuevo”, lo “bello” y no lo “usado”, lo “feo” o lo “viejo”, donde para poder subsistir y ser alguien en la sociedad se tiene que estar al día o a la “moda”, consumir lo que se ofrece y querer pertenecer eternamente a una etapa juvenil. De ahí que existan mil y un cosas, que prometen la eterna juventud y belleza, donde no existen arrugas, canas, flaccidez, dolor, impotencia, achaques etc...

Conforme al propósito de esta investigación, lo que se pudo observar en la aplicación del taller a un grupo piloto fue la tendencia de los participantes a catalogar la etapa y a la persona de la tercera edad con características negativas, definiendo al adulto mayor como ser improductivo que sólo con el pasar del tiempo se va deteriorando, se va enfermando, hasta llegar a ser un estorbo o como un mueble viejo que no se sabe qué hacer con él, lo que lleva a tampoco saber que hacer ante esta fase del desarrollo, ni cómo enfrentar el envejecimiento.

Para definir los conceptos de tercera edad y envejecimiento se utilizó la palabra enfermedad, deterioro, pérdida de memoria, cambio, y etapa de la vida siendo la última la más correcta, porque la tercera edad o vejez es sólo eso, la última etapa de la vida o del desarrollo humano y el proceso de envejecimiento es el declive y los cambios que se observan con esta etapa, influenciado de algún modo por estilo de vida que llevo el individuo, es decir, esta etapa y este proceso siempre van a variar de persona a persona y se verá afectado por la alimentación, los hábitos de vida, el nivel económico, la educación y la organización social.

De hecho los términos vejez y envejecimiento por si solos acarrear aversión al pensamiento de la sociedad, consecuencia de una serie de definiciones incorrectas, prejuicios y falta de información sobre lo que significa éste período de vida. Los asistentes al taller especificaban que en esta etapa ya no se puede hacer nada y que el adulto mayor vive constantemente en una serie de achaques, donde hay una pérdida de capacidades, centrándose en el deterioro físico principalmente, ya que son los más

notorios y pareciera que está implícito que al envejecer la persona tendrá que estar imposibilitada gravemente padeciendo enfermedades cardiovasculares, artríticas, de osteoporosis, de diabetes, etc.... seguido por el deterioro cognitivo basado en la pérdida patológica de memoria, como si envejecer trajera el *plus* de Alzheimer y fuera condición de senectud; estas dos ideologías principalmente son una de las bases mal infundadas para describir el envejecimiento.

Por otro lado, en México se han creado una serie de instituciones encargadas de promover el cuidado y la atención al adulto mayor así como programas que le benefician y aportan ingresos económicos, o son espacios de recreación que los ayudan a mantenerse activos, creando redes sociales y sobre todo promueven la calidad de vida. No obstante, son pocas las personas que saben de estos programas de ayuda para el adulto mayor y también son pocos los que desean entrar a ellos. En el taller se observó que la mayoría del grupo no conocía ninguna institución encargada del cuidado del adulto mayor y si nombraban alguna se referían a la palabra “asilo”. Las personas que sí lograron reconocer alguna (menos del 10% de los participantes) fueron las mismas que se encuentran dentro de un grupo o institución como es el caso de INAPAM, donde tienen actividades que los mantienen activos y en constante socialización, por ejemplo, el último viernes de cada mes las personas que se encuentran dentro de un club o casa para adultos mayores se reúnen para hacer caminatas “*Caminata blanca*”, se reúnen a bailar “*Baile del recuerdo*” cada segundo viernes de mes, salen de excursión, y realizan bastantes actividades. Así mismo, también existe la “*Universidad para la Tercera Edad,*” en donde se imparten cursos en finanzas, contabilidad, historia del arte y computación además de contar con áreas para que puedan ejercitarse; acondicionada con espacios con rampas y barandales en beneficio de sus estudiantes, asimismo cuenta con cursos para jóvenes sobre cómo tratar a los adultos mayores.

También existen Expo ferias del INAPAM, en las cuales se les ofrece a las personas mayores diferentes tipos de servicios y oportunidades laborales, además de entretenimiento.

Pese a, algunos de los factores por los cuales la mayoría de población anciana no entra a un grupo de la tercera edad o en actividades como las que se acaban de mencionar, es en primera estancia que las personas mayores de 60 años consideran que esos programas son solo para “viejitos” y ellos no se conciben dentro de ésta categoría; otros no entran por lo que van a decir los demás; otros porque tienen actividades que hacer en su hogar y no les da tiempo. Ahora bien, de las personas que si entran a grupos de la tercera edad, están los que de verdad les interesa y encuentran en ello un motivo para sentirse bien y sobre todo estar activos, mientras que otras personas entran por miedo a la soledad que enfrentan al llegar a casa. Toda esta información pudo ser recabada gracias a los testimonios de los participantes del grupo control.

Otro problema a tratar es la falta de difusión de los programas para el adulto mayor, así como, la integración de las instituciones encargadas de este sector poblacional, ya que solo se centran dentro de su visión y no trabajan en conjunto entablando una red de apoyo que tenga como solo propósito apoyar a los de la tercera edad, además, de crear transporte o medios de traslado para poder llegar a los grupos, ya que las instituciones encargadas de la vejez se encuentran en las urbes, mientras que, en zonas rurales no hay algún tipo de apoyo.

Por ejemplo la Delegación Tláhuac cuenta con 15 grupos para adultos mayores repartidos en toda la delegación, de los cuales el grupo piloto no tenía del todo noción de ellos o sólo reconocían a los que pertenecían. Por ello hace falta convocar y promover dichos programas a las personas mayores. Pues no hay un módulo que informe formalmente sobre los grupos sino que las personas se van enterando por rumores o por la gente que participa en ellos.

Luego entonces, hay que destacar otro punto importante, las personas no planifican su vejez y con justa razón, si se ha dicho que esta etapa es negativa y equivale a una serie de pérdidas ¿por qué pensar en algo negativo tempranamente? Si se puede evadir.

La gente se imagina que en ésta etapa va a estar disfrutando, en casa, o jubilados, pero no han pensado en las estrategias adecuadas que tienen que realizar para poder lograrlo. Los jóvenes que participaron en el taller mencionaron que nunca les había pasado por la cabeza pensar en su vejez ya que lo ven muy lejano y es algo que no les

interesa en este momento de su vida, tampoco asimilan el verse con arrugas, canas, pero en el ejercicio de cómo se imaginaban en esta etapa fueron los que más contestaron que se veían, cansados, arrugados, con dolores, con nietos, cayendo en el estereotipo que se ha manejado de un anciano. Las personas de 30 años en adelante se veían disfrutando, viajando pero tampoco se conciben como una persona mayor de 70 años, y las personas arriba de 65 años describían su vida como satisfactoria, con dolores pero con muchas ganas de seguir adelante. Al final en estos 3 casos no había una planificación de su senectud deseaban o se imaginaban o viven este período como les vaya yendo en la vida sin preocuparse si van a tener un bienestar futuro.

Sin embargo, al final del taller se noto un cambio de percepción de todo el grupo donde reflexionaban la importancia de planificar esta etapa, y la toma de medidas necesarias para tener un disfrute y una calidad de vida en la tercera edad.

Dentro de las estrategias que se encontraron para propiciar un bienestar y una calidad de vida en esta etapa se hablo de tener una alimentación adecuada desde que se es joven para no padecer enfermedades gastrointestinales o diabetes, hacer ejercicio para estar activos, ir constantemente al médico a revisión a tiempo, mantener ejercitada la mente, ahorrar para tener una solvencia económica; y si ya estaban en la vejez también acatar estos pasos para sentirse bien, sobre todo no aislarse y ver que ya no se es productivo si no todo lo contrario enfrentar la vida lo más positivo que se pueda.

Por último se debe de entender que la tercera edad es un tema que nos concierne a todos no solo a los adultos mayores sino a los jóvenes que dentro de algunos años serán los adultos del mañana y que por ello se debe de tener y crear una educación hacia la vejez e ir modificando la percepción que se tiene de esta etapa, así como, implementar estrategias sociales y programas para la calidad de vida del anciano. Pues todavía falta mucho por hacer.

## **LIMITACIONES.**

1. La investigación solo queda en la aplicación de un grupo piloto, falta aplicarlo a más población para ver su viabilidad.
2. Falta de material y tiempo suficiente para explicar los cambios que se presentan en la tercera edad.
3. Falta de material adecuado para personas mayores que no saben leer ni escribir.
4. No hay una comparación con otros grupos o muestras para ver posibles resultados.

## **SUGERENCIAS PARA PRÓXIMAS INVESTIGACIONES.**

1. Incrementar el número de muestra para que sea representativa.
2. Tomar en cuenta otras variables y datos sociodemográficos con la finalidad de obtener mayor información para un análisis más profundo y encontrar nuevas variables que influyan en la percepción hacia el tema.
3. Aplicar de nuevo el cuestionario detección de necesidades de la población a la cual se le va a dar el taller.
4. Dividir el taller por sesiones ya que el tema de tercera edad es muy amplio y tres horas no son suficientes para abarcar todo lo que implica esta etapa del desarrollo, además al prolongar el número de sesiones del taller es más probable que las personas reconozcan los cambios que se pueden hacer para tener un bienestar y calidad de vida.
5. Abrir un apartado al tema de dinámica cuidador y anciano ya que la mayoría de la gente desea saber cómo darle un buen trato a su adulto mayor y como comprender su estado de ánimo, sus pensamientos, etc....



## REFERENCIAS

1. Asili, N. (2004). *Vida plena en la vejez. Un enfoque multidisciplinario*. México: Editorial Pax México.
2. Barreto, P. (2007). *Muerte y duelo*. España: Editorial Síntesis.
3. Belando, M. (2001). *Vejez física y psicológica. Una perspectiva para la educación permanente*. España: Cáceres.
4. Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. España: Thomson.
5. Buendía, J. (1997). *Gerontología y salud. Perspectivas actuales*. España: Biblioteca Nueva.
6. Cereijido, M; et al. (1999). *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas*. México: Siglo XXI.
7. Charazac, P. (2001). *Psicoterapia del paciente anciano y de su familia*. Madrid: Editorial Síntesis.
8. Corless, I.; Germino, B. y Pittman, M. (2003). *Agonía, muerte y duelo. Un reto para la vida*. USA: Manual Moderno.
9. Craig, G. (1999). *Desarrollo Psicológico (8 ED)*. México: Pearson.
10. Feldman, R. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. México: Pearson.
11. Fericgla, J. (2002). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. España: Herder.
12. Fernández-Ballesteros, R.; Moya, R.; Iñiguez, J.; Zamarrón, M. (1999). *Que es la psicología de la vejez*. España: Biblioteca Nueva.
13. Gonzalo, L. (2002). *Tercera edad y calidad de vida. Aprender a envejecer*. España: Ariel.
14. Kastenbaum, R. (1980). *La psicología y tú. Vejez años de plenitud*. México: Harper & Row Latinoamericana.

15. Mayen, R. (2010). *Un recurso para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores; evaluación del programa: Capacitación para el Trabajo y Ocupación del tiempo Libre*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM, México.
16. Mendoza, C. (2005). *Situación del anciano de Xalapa, Veracruz: una aproximación desde los ámbitos de salud, social, familiar y educativo*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM, México.
17. Millán, C. (2006). *Principios de geriatría y gerontología*. España: McGraw-Hill.
18. Mishara, B. y Riedel, R. (1986). *El proceso de envejecimiento*. España: Ediciones Morata.
19. Moltis, J. (1985). *El dado de la vejez y sus 6 caras*. España: Altalena.
20. Muñoz, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. España: Ediciones Pirámide.
21. Papalia, D. (2005). *Desarrollo Humano (9 ED)*. México: MacGraw-Hill.
22. Pérez, C.; Malagón, J.; Amador, L. (2006). *Vejez, autonomía o dependencia, pero con calidad de vida*. España: Cáceres.
23. Quezada, L.; Ramírez, C. (2002). *Manual de vejez y proceso de envejecimiento*. México: Plaza y Valdés.
24. Rice, A. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital (2 ED)*. México: Prentice Hall.
25. Rodríguez, A. (1996). *Acciones sociales gerontológicas: Un enfoque integral alternativo*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM, México.
26. Romero, M. (2007). *La danza como un tratamiento terapéutico en la depresión de personas de la tercera edad*. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología UNAM, México.
27. Salgado, A. y Guillén, F. (2002). *Manual de geriatría*. España: Masson.
28. Santrock, J. (2006). *Psicología del Desarrollo. El ciclo vital (10 ED)*. España: MacGraw-Hill.

29. Triadó, C.; Villar, F.; et al. (2006). *Psicología de la vejez*. España: Alianza.
30. Villa, C. (2005). *La vida en la jubilación*. México: Editorial Trillas.
31. Vizcaíno, J. (2000). *Envejecimiento y atención social. Elementos para su análisis y planificación*. España: Herder.
32. Vega, J. (1996). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. España: Editorial Síntesis.

### CITAS EN INTERNET

1. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2011). *Encuesta Nacional sobre la Discriminación en México 2010*. INAPAM. Extraído el día 27 de Agosto del 2011 desde <http://www.inapam.gob.mx/archivos/1/file/Enadis-2010-PAM-Inaccesible.pdf>
2. Consejo de Promoción Turística de México. (2008). *Sobre México*. Extraído el día 19 de Marzo del 2011 desde <http://www.visitmexico.com/wb/visitmexico/>
3. González, M. (2007). *Servicio de oftalmología. Cataratas, glaucoma y retinopatía diabética*. La unidad. La revista del Hospital General de México, O.D. 50(6), 7-10. Extraído el día 27 de Marzo del 2011 desde <http://www.campusvirtual-hgm.net/hgmvirtual/revista/launidad-50.pdf>
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2011). *Censo de Población y Vivienda*. Extraído el día 18 de Marzo del 2011 desde <http://www.censo2010.org.mx/>
5. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010). *Número de habitantes*. *Población*. Extraído el día 20 de Marzo del 2011 desde <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes>
6. Zúñiga, E.; Vega, D. (2004). *Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI*. Extraído el día 18 de Marzo del 2011 desde [http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=340&Itemid=15](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=340&Itemid=15)

## **ANEXO I.**

### **Descripción de las actividades del taller.**

#### **APLICACIÓN DE UN PRETEST.**

Actividad: "Cuestionario"

Descripción de la actividad:

Se le dará a cada participante un cuestionario con preguntas abiertas y de escala Likert, con preguntas referentes a la Vejez, para poder conocer que tan informados están sobre esta etapa del ciclo vital, como perciben al adulto mayor antes del taller, la influencia de los mitos y temas tabú relacionados a este período.

Material: cuestionario y lápiz

Tiempo estimado: 10 min

#### **PRESENTACIÓN DE TALLER.**

Actividad: "Presentación de ponente y objetivo"

Descripción de la actividad:

Dar el nombre del ponente y que los participantes sepan el objetivo del taller y lo que se pretende alcanzar con este

**OBJETIVO:** Reconocer la importancia de la etapa de vejez y sus cambios.

- Explicar el cambio demográfico y el porqué es importante saber sobre la tercera edad.

Tiempo estimado: 5 min

## **PRESENTACIÓN GRUPAL.**

Actividad: “Conocer a los demás”

Descripción de la actividad:

Se le dará a cada participante una tarjeta y un plumón para que pongan sus nombres, se presentaran y dirán como se llaman y algo que les guste hacer.

Material: tarjetas y plumones

Tiempo estimado: 15 min

## **ENCUADRE.**

Actividad: “Reglas para un ambiente agradable en el taller”

Descripción de la actividad:

Los participantes dictaran reglas o puntos que favorezcan un ambiente armonioso en el taller.

Material: rotafolios, diurex y plumones.

Tiempo recomendable: 10 min

## **LA VEJEZ O TERCERA EDAD Y EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.**

Actividad: “Lluvia de ideas”

Descripción de la actividad:

Que los participantes anoten sus ideas sobre la vejez o lo que les genera estos 2 conceptos.

Preguntas a responder:

- 1) ¿Qué es la vejez?
- 2) ¿Qué es el envejecimiento?

Material: rotafolios, diurex y plumones.

Tiempo recomendable: 20 min

## **PERCEPCION HACIA EL ADULTO MAYOR.**

Actividad: "Silueta de un adulto mayor"

Descripción de la actividad:

Escoger a un participante para plasmar su silueta y darle una identidad de un adulto mayor, debe llevar nombre, edad, a que se dedica, si tiene problemas, si no los tienen, entretenimiento, salud- enfermedad, etc. Posteriormente se hará un presentación de este adulto.

En otro papel pasaran a poner características negativas y positivas que le atribuye la sociedad a la persona adulta.

A continuación se les preguntara porque consideran ellos que se le da al adulto mayor estas características, que factores intervienen para darle esas connotaciones.

Material: cartoncillo, rotafolios y plumones.

Tiempo recomendable: 20 min.

## **LA VEJEZ, EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO, Y EL DUELO EN ESTA ETAPA.**

Actividad: "Explicación"

Descripción de la actividad: que el ponente les de una breve exposición a los participantes sobre lo que es la vejez y el proceso de envejecimiento y los cambios que conlleva.

- Que es el desarrollo, los estadios o períodos
- A nivel físico, psicológico, social y mental
- A los periodos se les asocia una edad

- Que es vejez y envejecimiento
- Perdidas que conlleva el envejecer
- Cambios
- Si caen en etiquetar al adulto mayor (con las siluetas) e ir explicando las características positivas y negativas

Material: plumón, laptop, cañón.

Tiempo recomendable: 20 min.

## **ROL PLAYING.**

Actividad: “Representando un adulto mayor”

Descripción de la actividad: que los participantes concreten lo aprendido sobre los cambios en el adulto mayor por medio de una representación u obra de teatro ejemplificando una situación cotidiana.

Hacer equipos y que creen situaciones diferentes en las que viven los adultos mayores.

1. Identificar un anciano que no planeo su vejez.
2. Otro que no la planeo pero trata de modificarla.
3. Un adulto que si planeo su vejez.
  - Le tienen que agregar al menos 4 tipos de cambios en diferentes rubros.

Tiempo recomendable: 20 min

## **EJERCICIO DE IMAGINERIA.**

Actividad: Buscar herramientas de planeación de vejez y cuidados para un bienestar

Descripción de la actividad: relajar a los participantes y por medio de la imaginación reconocer la importancia de una planeación de la tercera edad.

Posteriormente que expliquen como se sintieron y expongan su experiencia después se debatirán sobre las posibles formas de cuidado para una vejez plena.

Material: grabadora y música

Tiempo recomendable: 15 min

### **TIPS PARA EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR.**

Actividad: ¿Si me cuido seré un adulto mayor feliz? “Una vejez sin problemas”

Descripción de la actividad: comentar sobre los cuidados que se deben de tener en esta etapa

Material: rotafolios, plumones, diurex

Tiempo recomendable: 10 min.

### **INSTITUCIONES A CARGO DEL ADULTO MAYOR.**

Actividad: ¿Quiénes se encargan del anciano?

Descripción de la actividad: el ponente expondrá algunas instituciones encargadas del cuidado del adulto mayor; debatir sobre los servicios que se le brindan a las personas mayores y si todos saben sobre estos programas

Material: rotafolios, diurex

Tiempo recomendable: 10 min

### **CONCLUSIONES.**

Actividad: ¿Qué falta por hacer?

Descripción de la actividad: Que los participantes expongan lo que falta por hacer para mejorar le vida del adulto mayor

Tiempo recomendable: 25 min



## **APLICACIÓN DE UN POSTEST.**

Actividad: "Cuestionario"

Descripción de la actividad:

Se le dará a cada participante un cuestionario con preguntas abiertas y de escala Likert, para ver el cambio de percepción que tuvieron con el taller.

Material: cuestionario y lápiz

Tiempo estimado: 10 min

## **CIERRE DE TALLER**

Que todos los participantes den sus conclusiones o una palabra sobre los temas expuestos y lo que aprendieron.

Tiempo recomendable: 5 min

## ANEXO II

## Cuestionario de detección de necesidades.

A

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO:      Hombre      Mujer

1. ¿Para mí que es la tercera edad o vejez?
2. ¿Qué cambios conozco que se producen en el envejecimiento? Explica algunos.
3. ¿Cuándo veo a un adulto mayor que es lo primero que me viene en mente?
4. ¿Conoce alguna Institución que esté a cargo del Adulto Mayor?. Mencione cual.
5. ¿Cómo me imagino que voy a estar en esta etapa de mi vida? Y si ya estoy, de qué manera la estoy viviendo.

El propósito de este cuestionario es conocer su opinión respecto a las siguientes aseveraciones. Por favor conteste de manera honesta. No deje reactivos sin contestar. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Todas son válidas y confidenciales.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

Véase el siguiente ejemplo:

	1	2	3	4	5
Las mujeres deben tener los mismos derechos que los hombres	X				

		1	2	3	4	5
1	La etapa mejor aceptada del desarrollo humano es la vejez.					
2	La mayoría de las personas mayores tiene mala salud.					
3	Los ancianos piensan siempre en la muerte.					
4	Las personas mayores no tienen ni capacidad, ni interés en las relaciones sexuales.					
5	La senilidad acompaña inevitablemente a la edad.					
6	Las personas anhelan llegar a la vejez.					
7	La sociedad le brinda muchas oportunidades al adulto mayor para su desenvolvimiento.					
8	La jubilación es el mejor momento para planear nuevos proyectos.					
9	Todas las personas aceptan su envejecimiento.					
10	Vejez es sinónimo de debilidad, pérdida, soledad....					
11	Todos los ancianos saben que tienen acceso a las instituciones y programas de apoyo.					
12	El adulto mayor no debe de ser sexualmente activo.					
13	Es fácil que un adulto mayor encuentre un buen trabajo.					
14	Es una regla que al envejecer haya demencia en el individuo.					
15	Las personas que van a casa de retiro o asilo es porque no las quieren en su familia.					
16	Creo que los ancianos son mentalmente mas lentos y olvidadizos; les cuesta mas trabajo aprender cosas.					
17	Todos los ancianos gozan de una buena calidad de vida.					

18	Toda la gente planea su vejez.					
19	Las instituciones que se encargan del adulto mayor tienen los mejores recursos para brindarles una buena atención.					
20	Todas las personas al jubilarse caen en depresión porque no saben que hacer con su tiempo.					
21	La mayoría de las personas mayores vive en casas inadecuadas que le dificultan sus labores cotidianas.					
22	Los trabajadores mayores son menos productivos que los jóvenes.					
23	A la sociedad le interesa saber sobre la tercera edad.					
24	Los ancianos se apegan a la religión porque le tienen miedo a morir.					
25	Considero que todos los adultos mayores son débiles y enfermizos.					
26	La sociedad exalta la vejez y no la juventud.					
27	México tiene las medidas necesarias para el envejecimiento de su sociedad.					
28	En la vejez se experimentan muchos tipos de pérdidas.					
29	Los ancianos son personas muy cerradas y de mal carácter.					

## ANEXO III

## Cuestionario de detección de necesidades.

B

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO:      Hombre      Mujer

1. ¿Para mí que es la tercera edad o vejez?
2. ¿Qué cambios conozco que se producen en el envejecimiento? Explica algunos.
3. ¿Cuándo veo a un adulto mayor que es lo primero que me viene en mente?
4. ¿Conoce alguna Institución que esté a cargo del Adulto Mayor?. Mencione cual.
5. ¿Cómo me imagino que voy a estar en esta etapa de mi vida? Y si ya estoy, de que manera la estoy viviendo.

El propósito de este cuestionario es conocer su opinión respecto a las siguientes aseveraciones. Por favor conteste de manera honesta. No deje reactivos sin contestar. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Todas son válidas y confidenciales.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

Véase el siguiente ejemplo:

	1	2	3	4	5
Las mujeres deben tener los mismos derechos que los hombres	X				

		1	2	3	4	5
1	La etapa mejor aceptada del desarrollo humano es la vejez.					
2	La mayoría de las personas mayores tiene mala salud.					
3	Los ancianos piensan siempre en la muerte.					
4	Las personas mayores no tienen ni capacidad, ni interés en las relaciones sexuales.					
5	La senilidad acompaña inevitablemente a la edad.					
6	Las personas anhelan llegar a la vejez.					
7	La sociedad le brinda muchas oportunidades al adulto mayor para su desenvolvimiento.					
8	La jubilación es el mejor momento para planear nuevos proyectos.					
9	Todas las personas aceptan su envejecimiento.					
10	Vejez es sinónimo de debilidad, pérdida, soledad....					
11	Todos los ancianos saben que tienen acceso a las instituciones y programas de apoyo.					
12	El adulto mayor no debe de ser sexualmente activo.					
13	Es fácil que un adulto mayor encuentre un buen trabajo.					
14	Es una regla que al envejecer haya demencia en el individuo.					
15	Las personas que van a casa de retiro o asilo es porque no las quieren en su familia.					
16	Creo que los ancianos son mentalmente mas lentos y olvidadizos; les cuesta mas trabajo aprender cosas.					
17	Todos los ancianos gozan de una buena calidad de vida.					

18	Toda la gente planea su vejez.					
19	Las instituciones que se encargan del adulto mayor tienen los mejores recursos para brindarles una buena atención.					
20	Todas las personas al jubilarse caen en depresión porque no saben que hacer con su tiempo.					
21	La mayoría de las personas mayores vive en casas inadecuadas que le dificultan sus labores cotidianas.					
22	Los trabajadores mayores son menos productivos que los jóvenes.					
23	A la sociedad le interesa saber sobre la tercera edad.					
24	Los ancianos se apegan a la religión porque le tienen miedo a morir.					
25	Considero que todos los adultos mayores son débiles y enfermizos.					
26	La sociedad exalta la vejez y no la juventud.					
27	México tiene las medidas necesarias para el envejecimiento de su sociedad.					
28	En la vejez se experimentan muchos tipos de pérdidas.					
29	Los ancianos son personas muy cerradas y de mal carácter.					

1. con lo aprendido: ¿Qué medidas puedo tomar para lograr un bienestar en la vejez?
2. Si me encuentro en esta etapa del desarrollo: ¿Qué modificaciones haría en mi vida para sentirme bien y gozar de este período?

Sugerencias hacia el taller

## ANEXO IV

### OTROS TALLERES SOBRE LA TERCERA EDAD.

- Aguilar, L. E. (2009). *Propuesta de un taller de orientación para prevenir duelos patológicos en adultos mayores*. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Castillo, G. A.(2008). *Taller de autoestima para adultos mayores de los clubes de la tercera edad del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, una alternativa para evitar la violencia intrafamiliar*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Cruz, R. P. (2007). *Propuesta de un programa de información y prevención de envejecimiento prematuro dirigido a personas de la tercera edad*. Tesina Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- González, C. J. (2008). *Taller de prevención de violencia, maltrato y abuso hacia las personas adultas mayores*. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Rosas, M. J. (1998). *Propuesta de programa de apoyo psicológico dirigido a personas que entran a la vejez*. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Sánchez, A. L. (2010). *Propuesta de taller: “Manejo de emociones en el adulto mayor”*. Tesina Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Trujillo, L. S. y Villagrán, P. M. (1998). *Una alternativa para el cambio hacia una vejez activa del adulto mayor*. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.