



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MANUAL PARA LA ATENCIÓN
DEL ADULTO MAYOR EN MÉXICO**

T E S I N A

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

**P R E S E N T A:
SOFIA AGUILAR CARRANZA**

**DIRECTORA DE LA TESINA:
LIC. LIDIA DÍAZ SAN JUAN**



Ciudad Universitaria, D.F.

Mayo, 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Después de haber atravesado por el arduo camino de realizar mi Carrera y en la elaboración de mi Tesina, llegar a este punto no fue fácil, crucé por varios obstáculos muchos de ellos difíciles y tristes, que me enseñaron la importancia de la vida y todo lo valioso que me rodea.

A mi Mami le doy las gracias por darme la vida, por brindarme su amor y darme las herramientas para afrontarla gracias por hacer de mí una profesional. Por tu esfuerzo por tu apoyo y sacrificios admiro tu fuerza para afrontar las adversidades. Te quiero mucho Que Dios te bendiga y te proteja.

A mi Padre por darme la vida, y que en los últimos años se ha acercado a mí para apoyarme. Te quiero

A mi Hermanita Monse, la cual ha sido un apoyo incondicional para el desarrollo de mi vida y mi proyecto profesional, la que nunca me ha negado las cosas y ha sido la segunda madre de mis hijos, no tengo como agradecerte todo lo que has hecho por mí, pero mil gracias por ser una hermana excepcional y tenerte a mi lado.

A mi Hermano Leo, le doy las gracias por ser parte de este logro con sus conocimientos; que a pesar de nuestra distancia, es una persona

con mucho corazón con la cual he compartido muchas de mis felicidades, gracias por ser nuestro guardián.

A mi Esposo Jhymy, el cual ha sido mi más grande amor, y nunca dejo de apoyarme en este sueño; por la infinita paciencia y apoyo que me brindaste para culminar una de mis más grandes metas y por permitirme robarte mucho del tiempo en el que merecía estar contigo. ¡Gracias! Mi Amor por los momentos de felicidad y de tristeza que me enseñaron el significado de la fortaleza. Te AMO

A mis dos Angelitos (Viri y Jaimito) Ustedes son mi más grande motivo, mi inspiración para salir adelante, pero sobre todo son mi más grande realización. Gracias por haber llegado a mi vida, han sido parte de este proyecto de principio a fin, he tenido que robarles el tiempo que merecía estar con ustedes; pero me sorprende su madurez y comprensión. Los Amo, Adoro y los Quiero muchísimo.

A mis Amigas, Alma, Toñita y Rosy; que fueron un elemento primordial para llegar a mi meta, con sus consejos, sus regaños y su protección una con la otra, las quiero y admiro por tener las agallas para hacer frente a las adversidades de la vida.

A la Sra. Juana, Gomer y Juan, que son parte de mi otra familia y que a pesar de nuestras diferencias, forman parte de este proyecto, como apoyo en el desarrollo de mi vida. ¡Gracias!

A mis Tíos y Primos (principalmente a Rogelio, Gaby y Kary) que son mis guías para salir adelante y por su apoyo en los momentos difíciles, así como en los momentos de felicidad en donde compartimos risas y lágrimas. Gracias por ser parte de mi Familia.

A la Sra. Luz Cecilia García Bringas, por darme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente en la Casa Residencial San José de Lyon, y darme su confianza y apoyo en todo momento, y brindarme la oportunidad de convivir con adultos mayores que tienen un gran corazón.

A todo el personal de la Casa Residencial (Principalmente a Ange, Gaby, Anita, Fer y Jess) los cuales me brindaron todo el apoyo para llevar a cabo mi más grande logro.

A mis Jefes de Desarrollo Social que me dieron la oportunidad de desarrollarme profesionalmente y adquirir experiencia con los adultos mayores.

A los Adultos Mayores de los diferentes grupos de la Delegación Magdalena Contreras los cuales fueron mi gran motivo que me llevó

a desarrollar mi trabajo, con su experiencia, paciencia, comprensión, cariño y fortaleza que tienen para afrontar la vida.

A mi Directora de Tesina la Profesora Lidia San Juan Díaz, por el tiempo, paciencia y ánimo que nunca dejo de brindarme, por estar siempre interesada en este proyecto que dejara huella. Mil Gracias

A mis sinodales (Profesoras, Alma Mireia López Arce Coria, Noemí Barragán Torres, Aida Araceli Mendoza Ibarrola y María Eugenia Gutiérrez Ordoñez) por el tiempo y apoyo que me brindaron con su orientación para llegar a la meta. Gracias

A la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, que es y será por siempre la máxima Casa de Estudios gracias por prepararnos para atender a la sociedad con dignidad y respeto.

Al Instituto de Geriatria (principalmente a Diana Torres y Verónica Bautista) por estar en todo momento de mi capacitación para brindar una atención con calidad hacia el adulto mayor, y trasmitirme todos sus conocimientos y experiencias como parte de mi desarrollo profesional.

Gracias a Dios y a la Virgen de Guadalupe por estar cuidándome desde el cielo...

INDICE

	PAG.
Resumen	1
Introducción	3
 CAPITULO I	
1. El mundo que envejece (Historia).....	4
1.1 Edad Media	5
1.2 Edad Moderna.....	7
1.3 Edad Contemporánea.....	8
 CAPITULO 2	
2. El Adulto Mayor en México	11
2.1 Epidemiología.....	12
2.2 Marco Jurídico.....	15
2.2.1 Ley de las personas adultas mayores en el D.F.....	15
2.2.2 Los Derechos Humanos en la Tercera Edad CNDH.....	17
 CAPITULO 3	
3. Desarrollo del ser humano.....	20
3.1 Etapas del Ser Humano. Ciclo vital.....	21
3.2 Vejez.....	23
3.2.1 Clasificación de la vejez.....	23

3.3 Envejecimiento.....	24
3.3.1 Tipos de envejecimiento.....	25

CAPITULO 4

4. Gerontología.....	27
4.1 Gerontología Social.....	27
4.2 Gerontología Médica o Geriatria.....	28
4.3 Psicología Gerontológica o Psicogerontología.....	29

CAPITULO 5

5. Teorías del envejecimiento.....	31
5.1 Teorías Biológicas.....	31
5.2 Teorías Psicosociales.....	33
5.3 Teorías Psicológicas.....	34
5.4 Teorías del Desarrollo.....	36

CAPITULO 6

6. Cambios en el Adulto Mayor.....	41
6.1. Físicos.....	41
6.2. Cognitivos.....	43
6.3. Psicológicos.....	46
6.3.1. Afectividad y Emociones.....	47
6.3.2. Personalidad.....	48

6.4. Sociales	49
6.5. Sexualidad	50

CAPITULO 7

7. Desenvolvimiento Social.....	53
7.1. Tipos de Apoyo Social.....	53
7.2. Red de Apoyo Social.....	53
7.2.1. Familia.....	54
7.2.2. Espiritualidad.....	55
7.3. Programas de Apoyo.....	56
7.4. Jubilación	58
7.5. Seguridad Social.....	61
7.6. Violencia y Maltrato.....	63
7.6.1. Tipos de Maltrato a Personas Mayores.....	64
7.6.2. Factores de Riesgo.....	65
7.7. Calidad y Proyecto de vida	66
7.7.1. Tipos de Proyecto que elaboran los Adultos Mayores.....	67
7.7.2. Obstáculos para la Elaboración de Proyectos.....	67

CAPITULO 8

8. Depresión.....	68
8.1. Trastorno Depresivo grave y distémico.....	68
8.2. Signos y síntomas.....	69

8.3. Factores de riesgo y trastornos que pueden causar depresión en el adulto mayor.....	69
8.4. Diagnóstico.....	70
8.4.1. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.....	71
8.4.2. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.....	71
8.4.3. Escala de Hamilton.....	72
8.4.4. Escala de Depresión de Zung.....	72
8.5 Pérdidas y duelo.....	73
8.6 Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor.....	74
8.6.1. Tratamiento Farmacológico.....	74
8.6.2. Tratamiento No Farmacológicos.....	75
8.7. Terapia Ocupacional en Gerontología.....	75
8.7.1 Áreas Ocupacionales en el Adulto Mayor.....	76

- I. Propuesta de Intervención**
- II. Introducción**
- III. Objetivos**
- IV. Población**
- V. Material e Instrumentos**
- VI. Manual para la Atención del Adulto Mayor**
- VII. Alcances y Limitaciones**
- VIII. Anexos**
- IX. Referencias**

RESUMEN

En México existe un rápido crecimiento de la población adulta mayor. Para el año 2050, se espera aproximadamente que uno de cada cuatro mexicanos tenga 60 años y más; debido a factores como la reducción en la fecundidad, el alto índice migratorio y una mayor esperanza de vida de la población.

La vejez según la OMS es a partir de los 60 años en donde el proceso de envejecimiento es gradual, adaptativo e individual y donde hay modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas propiciadas por los cambios de la edad, así como el desgaste acumulado a lo largo de la vida.

La atención médica no debe centrarse únicamente en la prevención y tratamiento de la enfermedad, sino en el mantenimiento de una calidad de vida adecuada que incluya la atención de los cambios biológicos y emocionales que ocasionan el envejecimiento natural.

La presente investigación, pretende por medio de un manual, informar y contribuir al mejoramiento y atención de manera multidisciplinaria e integral que genere condiciones de vida y bienestar en la población Adulta Mayor en nuestro país, con la finalidad de que se desarrollen plenamente en este proceso.

Este manual no intenta ser de forma total la enseñanza en la atención del Adulto Mayor, pero si una guía que prepare a la sociedad y a los profesionales (trabajadores sociales, médicos, psicólogos, enfermeras etc., y personas interesadas en la atención del adulto mayor) con herramientas y conocimientos que ayuden a formar una calidad de vida en las personas que se encuentran en esta etapa.

Palabras clave: Adulto Mayor, Envejecimiento, Calidad de vida.

ABSTRACT

In Mexico there is a rapid growth of the older population. 2050, it is expected that approximately one in four Mexicans are 60 years and older; due to factors such as reduced fertility, high migration index and increased life expectancy of the population.

Old age is according to WHO from 60 years in which the aging process is gradual, adaptive and individual and where modifications morphological, physiological, biochemical and psychological changes prompted by age and accumulated wear lifetime.

Medical care should not focus solely on the prevention and treatment of disease, but maintaining a good quality of life care including biological and emotional changes that cause natural aging.

This research aims through a manual, report and contribute to the improvement and care of a multidisciplinary and integrated to generate the conditions of life and wellbeing for Older population in our country, in order to develop fully in this process.

This manual is not intended to be totally care teaching in the Elderly, but a guide to prepare society and professionals (social workers, doctors, psychologists, nurses, etc., And others interested in the care of the elderly) with tools and knowledge to help build a quality of life in people who are in this stage.

Keywords: Elderly, Aging, Quality of life.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad en México la población de Adultos Mayores registra un crecimiento demográfico acelerado, esto como consecuencia de la reducción del número de muertes y de nacimientos. Ya no es una sociedad de jóvenes debido a que cada vez más, los individuos alcanzan edades avanzadas. Formando una falta de cultura hacia la vejez.

En la última etapa del desarrollo humano viene acompañada por un deterioro natural denominado proceso de envejecimiento, el cual se ve envuelto en una serie de limitantes y deterioros en diferentes esferas como son; la social, psicológica y biológica, esto originando pérdida de autonomía y disminución en la capacidad funcional; lo cual ocasiona en el Adulto Mayor baja autoestima; como resultado depresión con alto grado de frecuencia y alteraciones en la calidad de vida que resulta ser un problema social y de salud.

El envejecimiento es un proceso gradual e irreversible, que afecta a la sociedad. En esta etapa abandonan sus responsabilidades en el mundo laboral y dependen cada vez más de la familia o de la sociedad, por ello la importancia de conocer cuáles son los cambios que surgen en esta etapa y junto con la ayuda de la Terapia Ocupacional; que utiliza la ocupación como un medio terapéutico, y hace referencia a todo el conjunto de las actividades que mejora la situación funcional de las personas mayores; desde

Es importante que a través de la ciencia gerontológica la cual se dedica al estudio científico multidisciplinario del proceso de envejecimiento y la geriatría (diagnostico, prevención y rehabilitación) sea de ayuda en la atención especializada en el adulto mayor; ya que en nuestro país son pocos los especialistas dedicados a este proceso.

No hay duda de que las diferentes líneas del envejecimiento merecen y deben debatirse con profundidad y amplitud. De las decisiones que tomemos hoy dependerá el afrontarlo con éxito en el futuro.

CAPITULO 1

1. EL MUNDO QUE ENVEJECE (HISTORIA)

Kathleen (2009) menciona el tema del envejecimiento que ha cautivado la atención de diversas culturas a través de la historia. En diferentes civilizaciones de todo el mundo; desde la china, egipcia, hindú, griega, romana, hasta la azteca, maya e inca en América, así como la africana o australiana; la preocupación por la muerte aumento el interés por el envejecimiento. En todas las épocas desde la Edad Media y el Renacimiento hasta la Época Moderna y Contemporánea; se ha hablado de elíxir de la vida, fuentes de juventud, pócimas secretas y pactos con seres malévolos imaginarios para evitar el envejecimiento.

Michan (2010), menciona que:

En la Antigüedad, los sabios, filósofos, médicos o estadistas, se encargaban de estudiar las múltiples facetas de las personas que alcanzaban una edad avanzada. A la ancianidad se le respetaba y honraba en reconocimiento por haber superado las pruebas de vida impuestas durante la adolescencia, la juventud, la paternidad y los papeles de liderazgo comunitarios. En la Grecia antigua, el término gerontocracia describía al gobierno controlado por los ancianos. En Esparta, los Gerontes eran un consejo de 28 hombres mayores de 60 años que dirigían el gobierno de esa ciudad- estado. (p 32-33)

Según Millán (2006) la filosofía es parte de una de las disciplinas en donde se encontró antecedentes de la gerontología. **Platón** (427-347 a.C.) su visión individualista, menciona que se envejece como se ha vivido y da la importancia de cómo habría que prepararse para la vejez en la juventud; da importancia a la prevención y atención en la salud. **Aristóteles** (384-322 a.C.) por su parte menciona que la vida del hombre está dividida en etapas: la primera, infancia; la segunda juventud; la tercera - más prolongada- , edad adulta, y la cuarta, senectud, en donde se llega al deterioro y la ruina; incluso considera a la vejez

como una enfermedad natural. **Cicerón** (106-43 a.C.) muestra una perspectiva a través de personajes históricos griegos y romanos, las realizaciones logradas por personas de edades avanzadas y que no necesariamente son por la fuerza corporal, la agilidad o la rapidez con que se hacen las cosas sino por el pensamiento y desarrollo de las cualidades muchas de ellas desarrolladas a lo largo de la vida. **Séneca** (4-65 d.C.) considera que la vejez es una enfermedad incurable y que lleva consigo la decrepitud mental y física.

1.1 Edad Media

Martínez, Polo, Carrasco, (2002) mencionan que se inicia una etapa de la historia que se conoce como Edad Media y que termina con el siglo XV; llamada "época oscura", donde la fuerza física es indispensable para la guerra, la vida del anciano que ya no puede luchar no vale nada.

La edad de inicio de la vejez para el hombre de la Edad Media es alrededor de los cincuenta años. Es en la Iglesia donde son más numerosos pues, a salvo de las guerras, de los asesinatos políticos y gozando de una mejor alimentación, son muchos los monjes y obispos que pudieron alcanzar una edad muy avanzada (Martínez et al., 2002).

Un viejo que goza de buena salud solo podía explicarse por una intervención diabólica o por un favor divino en un ser virtuoso; esta visión pesimista de la vejez está heredada de escritos del Antiguo Testamento y de la tradición grecorromana (Martínez et al., 2002).

No obstante, a partir del siglo VI, una minoría de ancianos ricos buscó en los monasterios un retiro tranquilo que les garantiza la salvación eterna. Este pensamiento se extiende en los siglos posteriores con la expansión de los grandes monasterios que cuentan con alojamientos para ancianos; es el primer diseño de asilo de ancianos. Este retiro, ahora de modo voluntario, inicia la idea del aislamiento de los viejos (Martínez et al., 2002).

A partir del siglo XI, la situación del anciano empieza a cambiar, y se ofrecen nuevas posibilidades en el desarrollo urbano, como consecuencia de las mejoras económicas (comercios y negocios) y debido al crecimiento paulatino de la burguesía (Martínez et al., 2002).

Los pobres no tenían posibilidad de retiro voluntario y trabajaban hasta que sus fuerzas se lo permitían. Abandonados en muchos casos, siendo un número importante para justificar la fundación de establecimientos destinados a su socorro; enfermerías en los monasterios y hospitales; como el Hospital de San Juan de Dios, fundado en el siglo XIII (Martínez et al., 2002).

Las mortales epidemias del siglo XIV, en las que fallecieron niños y jóvenes, originaron un desequilibrio demográfico, la proporción de personas ancianas aumentó bruscamente a partir de 1350, y favoreció cambios en la mentalidad y en la estructura de la sociedad. Los ancianos juegan un papel entre generaciones, testificando en los procesos de canonización, escribiendo crónicas, contando historias o transmitiendo saber; a falta de pruebas escritas, es a ellos a quienes se consultaba, se otorga a los viejos gran autoridad moral en materia religiosa, donde se forman las generaciones más jóvenes (Martínez et al., 2002).

En el contexto socio-económico y cultural, la atención a los ancianos mejora ligeramente; la idea del retiro se extiende. Comerciantes y artesanos se organizan en ciudades a través de las organizaciones gremiales, y órdenes de caballería, crean casas de retiro para los viejos. La mayor parte de los eclesiásticos cumplieron sus funciones hasta el final de su vida, algunos se vieron obligados a retirarse a causa de su decrepitud surgiendo, a partir del siglo XIII, hospicios de sacerdotes ancianos, pues la dignidad del estado eclesiástico no permitía que fuesen reducidos a la miseria. El número de instituciones religiosas que atienden a indigentes, en muchos casos viejos, fue en aumento; no obstante, a fines de la Edad Media se mantiene la imagen negativa de la vejez, y tanto la novela como la poesía se prestan a desprestigiarla. La mujer anciana, sola y pobre, se encuentra

en el punto más bajo de la escala social y su relación con las fuerzas del mal es un rasgo característico del arte religioso de los siglos XIV y XV (Martínez et al., 2002).

1.2 Edad Moderna

Trejo (2001) menciona que en la etapa del Renacimiento; la vejez anuncia la decadencia y muerte, fue atacada con una violencia sin antecedentes. Se intentó nuevamente prolongar la juventud y a través de la medicina, la magia, la alquimia, la religión y la filosofía se aunaron esfuerzos para resolver el enigma de la vejez.

Las teorías políticas del siglo XVI hablaban de una contradicción entre la imagen que se da a la vejez y el papel desempeñado por muchos ancianos al frente de cargos de gran responsabilidad en la política, la economía y el arte, tanto en ambientes laicos como eclesiásticos (Trejo, 2001).

Al llegar al siglo XVII; entre la burguesía enriquecida por el comercio, se reconoció la autoridad de las personas de edad más avanzada en las que se respetaba al hombre rico y no al de edad como tal; aunque a partir de los 50 años de edad era difícil mantener su puesto en la sociedad. Entre campesinos y artesanos el sistema de mantenimiento fue familiar; la iglesia ayudaba a necesitados en los asilos y hospitales fundados, pero los auxilios eran insuficientes (Trejo, 2001).

Desde finales del siglo XVIII, hasta mediados del siglo XIX; en las clases privilegiadas, los ancianos se beneficiaron de las costumbres, donde la vida social exigía cualidades de experiencia, inteligencia y menos esfuerzo físico. La burguesía creó una ideología que valorizó la vejez, porque el anciano simboliza la unidad y la permanencia de la familia, permitiendo a través de la burguesía las riquezas y su acumulación, que es la base del capitalismo y el individualismo; el jefe de familia envejecido gozó de prestigio conservando sus propiedades (Trejo, 2001).

En el teatro del siglo XVIII; se inició una evolución del viejo, desempeñando papeles donde se les muestra majestuosos y conmovedores; los viejos pobres se muestran como "viejo servidor abnegado", aunque su figura solo interesa en relación a su amo (Trejo, 2001).

Dentro de los Antecedentes Científicos podemos mencionar a Sir **Francis Bacon** (1561-1626) quien con el trabajo (Historia de vida y de la muerte) inaugura la investigación científica en gerontología en el siglo XVII, donde la vida humana se prolongaría, en el momento que la higiene y otras condiciones sociales, médicas mejoran; sin embargo fue hasta el siglo XIX, cuando el trabajo científico en gerontología comienza; el francés **Quetelet** (1796- 1874) expresa la importancia del establecimiento de los principios que rigen el proceso a través del cual el ser humano nace, crece y muere. **Stanley Hall** (1844- 1924) psicólogo norteamericano trata de contribuir a la comprensión de la naturaleza y las funciones de la vejez, resaltando que las diferencias individuales en la vejez son significativas a las que aparecen en otras edades de la vida. Finalmente el ruso **Pavlov** (1894-1936) en sus estudios sobre el sistema nervioso central, los procesos reflejos y de condicionamiento; hace una comparación de animales jóvenes y viejos, donde resulta más lenta la respuesta, de los animales viejos, lo cual atribuye a una menor conducción en las vías nerviosas (Fernández - Ballesteros, 2000).

1.3 Edad Contemporánea.

Trejo (2001) menciona que a partir del siglo XVIII hay tres fenómenos que transformaron la sociedad europea; la revolución industrial, el abandono rural que acarreó el surgimiento urbano y la aparición y desarrollo de una clase nueva (el proletariado); al finalizar el siglo, la industria ofrece trabajo a los hijos de los campesinos que no pueden competir con los propietarios ricos que van introduciendo los progresos técnicos en la explotación de las tierras. Estas transformaciones fueron adversas para los viejos, pues al avanzar en edad, los obreros no podían soportar el ritmo de trabajo, por lo que morían prematuramente

o cuando sus escasas fuerzas les privaban del empleo quedaban reducidos a la miseria, carecían de protección económica por parte de la empresa o el Estado.

La literatura del siglo XIX menciona que el progresivo desarrollo de las sociedades industriales provocó un creciente desprestigio de la vejez, pero al aumentar el número de ancianos y su esperanza de vida en todas las clases sociales, el anciano alcanza mayor representatividad social y deja de ser un problema individual y familiar para cobrar significado público y convertirse en un problema social que tiene trascendencia a nivel político (Trejo, 2001).

Así mismo los progresos de la industrialización han conducido a una separación en la estructura familiar, el envejecimiento ha obligado a la sociedad a crear leyes, normativas y programas que aborden y den solución a los problemas que plantea la vejez. Dado el número limitado de documentos que se posee sobre la condición actual de los viejos y las posibilidades de los medios audiovisuales sobre la realidad social, los que proporciona la literatura tienen un lugar secundario, y por lo general anecdótico (Trejo, 2001).

Menciona Trejo (2001) el principal deseo de los ancianos ha sido y es vivir el máximo tiempo posible conservando en la comunidad los roles que dan sentido a la vida humana ("vivir mientras la vida valga más que la muerte") en relación con la cultura propia de cada sociedad. Una vida con sentido ha de tener satisfechas las necesidades básicas tanto de tipo biológico como social (pertenencia e integración en el grupo). La sociedad actual tiende a satisfacer en los ancianos las necesidades biológicas meramente materiales mientras que por otra parte los margina socialmente.

El interés por el proceso de envejecimiento en general surgió a mediados del siglo XX, cuando los científicos volvían de la Segunda Guerra Mundial y se enfrentaban a una población cada vez mayor. Entonces, una vez vencidas muchas enfermedades infecciosas, por primera vez en la historia era habitual que la gente

llegara a una edad avanzada. A finales de los años cuarenta, el Instituto Nacional de la Salud patrocinó un Instituto de la vejez. En ese mismo periodo se constituyeron la Sociedad Gerontológica de América y la División de la Madurez de la Vejez, llamada hoy División del Desarrollo de los Adultos y de la Vejez de la Asociación Psicológica Americana. En las décadas siguientes, animadas por el aumento de la población de personas mayores, estas organizaciones florecieron, y se aceleró la investigación sobre psicología del envejecimiento (Riegel ,1977).

En 1959 se habían publicado suficientes estudios para obtener un manual sobre el tema. En 1964 apareció el primer libro de texto universitario. Destaca en 1986, la creación de una revista, *Psychology and Aging* (Psicología y envejecimiento), dedicada exclusivamente a la investigación psicológica sobre el desarrollo de los adultos y de las personas mayores (Trejo, 2001).

El envejecimiento es un tema mundial que tiene un impacto en nuestra sociedad y afecta a nuestro planeta. La población global está envejeciendo de manera acelerada. “Durante el 2000, la población anciana del mundo creció más de 795 000 cada mes (Kinsella y Velkoff, 2001) y se espera que aumente a más del doble en el 2025. Para entonces, habrá más de 800 millones de personas mayores de 65 años, dos terceras partes de ellos en los países en desarrollo” (Papalia, 2005 p. 673).

En la actualidad, las personas están viviendo más en edades avanzadas, principalmente en países desarrollados, la proporción es de; 13% de la población de Canadá, Australia y Estados Unidos, 16% en Gran Bretaña, 19% en Italia y 20% en Japón tienen 65 años o más aunque todavía el grupo de la población centenaria es aun pequeño se dice que el mundo tendrá 3,2 millones de centenarios para el año 2050 (Naciones Unidas, 2007); los cuales tienen un crecimiento económico favorable lo cual dirige a estilos de vida más saludables así como alimentación, prevención y atención de enfermedades (Papalia, 2005).

CAPITULO 2

EL ADULTO MAYOR EN MÉXICO

México atraviesa una situación en la que la vejez es un tema importante y por ello se piensa que todos los mexicanos pueden alcanzarla y deben tener una buena calidad de vida en esta etapa y además asegurada.

El primer reto es el incremento de la población en edad de retiro y la disminución de la población en edad productiva, lo cual crea presión en los sistemas de apoyo social. La falta de empleo y el estancamiento económico complican el problema y la seguridad social, se vuelve un riesgo social elevado (Ávila, 2009).

Montes de Oca (2000) menciona que existe una gran preocupación por el envejecimiento demográfico, pues es un proceso que va a desequilibrar los costos en las finanzas y a motivar modificaciones de las políticas públicas.

Según Montes de Oca (2000), algunas entidades federativas tienen un ritmo mucho más acelerado de envejecimiento; hay mayor número de personas de 60 años y más en algunos estados. En México, 40% de la población está concentrada en cuatro entidades federativas; Jalisco, el Estado de México, el Distrito Federal y Veracruz, que son además las que tienen una mayor cantidad de población anciana; uno de cada cinco adultos mayores vive en el Distrito Federal y el Estado de México. Por otra parte, hay estados realmente jóvenes, como Baja California Sur y Quintana Roo.

En algunas localidades, por la calidad de vida tan deprimida, el nivel de consumo tan bajo, la nutrición insuficiente, el trabajo excesivo y el desgaste físico tan grande; provoca que el envejecimiento biológico se de cronológicamente antes. El desgaste en las personas de las zonas rurales es diferente al de las personas de las zonas urbanas (Montes de Oca, 2000).

La población adulta mayor en la Ciudad de México tiene una participación económica muy significativa. Esto puede deberse a dos causas contradictorias: la positiva sería pensar, que esta población tiene el deseo de seguir trabajando, la motivación personal para seguirse desarrollando, pero, por el otro lado, nos indica que hay una gran necesidad en la población de la Ciudad de México de continuar laborando. Éste último aspecto es muy preocupante. Sabemos que las pensiones están limitadas a un sector relativamente privilegiado de la población de 60 años y más —en la Ciudad de México arriba del 22%—, pero el resto de la población no cuenta con ningún ingreso a excepción de las transferencias externas y los apoyos familiares (Montes de Oca, 2000).

2.1. Epidemiología

Con una superficie de 1.9 millones de kilómetros cuadrados, México es el país número 14 en el mundo en cuanto área geográfica. En 1900 tenía 13.6 millones de habitantes y para el año 2000 su población se cuenta en 99.8 millones (INEGI 2000). Durante el siglo XX el número de habitantes del país se multiplico por 7.3, siendo ahora la nación número 11 del mundo por tamaño de población. Donde la pirámide poblacional ha cambiado a lo largo de los años lo que indica un alto crecimiento en la población adulta mayor de 60 años. En el año 2005 de cada 100 mexicanos 8 eran personas mayores de 60 años. Para el año 2030 se espera que de cada 100 mexicanos 17 serán personas mayores de 60 años (Figura 1).



Figura 1. Alto Crecimiento en la Población adulta mayor de 60 años.

Hoy en día se reconoce en la mayoría de los países del mundo que la esperanza de vida al nacer ha incrementado; así, para el caso de México, mientras en 1930 era de 34 años, para 2005 aumentó a más de 70 años (INEGI, 2005). Y, según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la esperanza de vida de la población mexicana en 2009 fue de 75.3 años; con 77.6 en las mujeres y 72.9 en los varones, por lo que la estructura en la pirámide poblacional se ha visto modificada. (Figura 2). En las Proyecciones de la población adulta mayor de 60 se observa un incremento acelerado cada 10 años. Ver tabla 1.

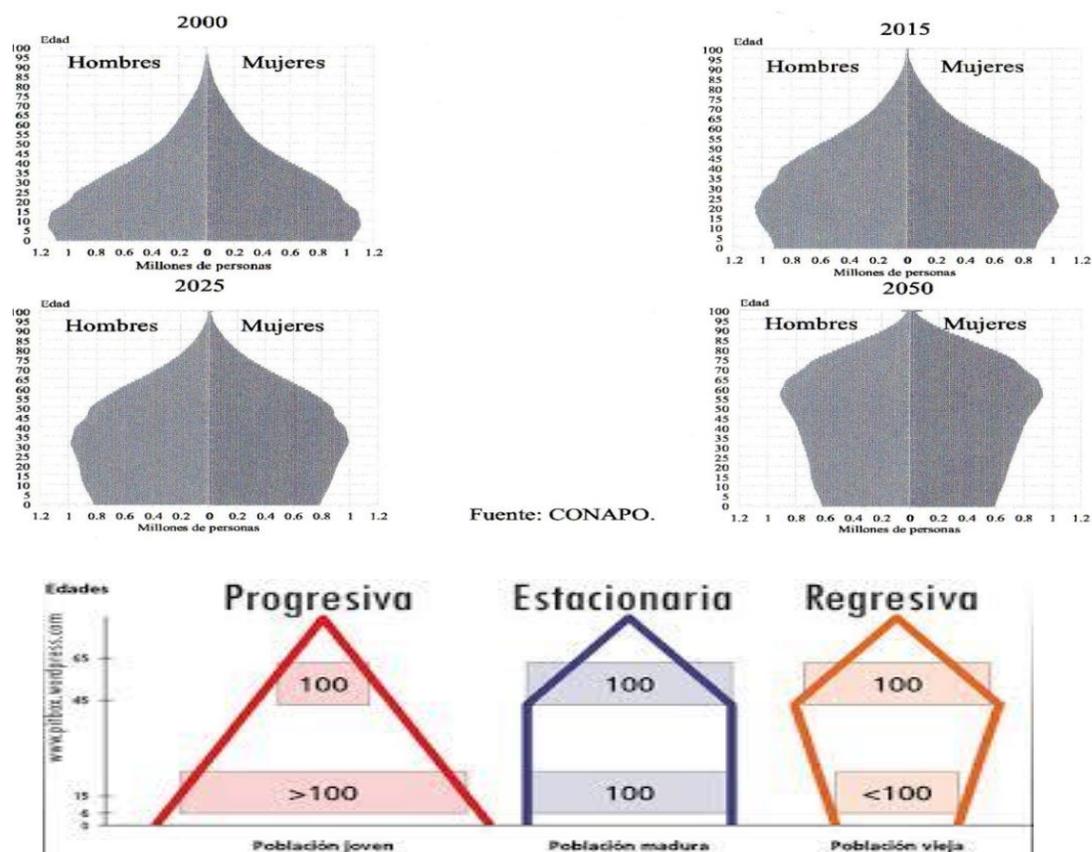


Figura 2. Pirámides poblacionales de la distribución por edades 2000-2050 Fuente: CONAPO.

Tabla 1.
Proyecciones de población (CONAPO, 2004)

AÑO	POBLACION	+ 60 AÑOS	REPRESENTACION EN % DEL TOTAL DE LA POBLACION
2004	7.9 millones	+ 60 AÑOS	7.5 %
2010	9.9 millones	+ 60 AÑOS	8.9%
2020	15 millones	+ 60 AÑOS	12.5%
2030	22 millones	+ 60 AÑOS	17.5 %
2050	36.6 millones	+ 60 AÑOS	28 %

Los retos para la política de salud que acompañan al envejecimiento demográfico son diversos. El cambio en la pirámide de población acelerará la transición hacia un perfil epidemiológico dominado por los padecimientos crónico-degenerativos, como el cáncer y las enfermedades del sistema circulatorio y del corazón (CONAPO, 1999 Figura 3).

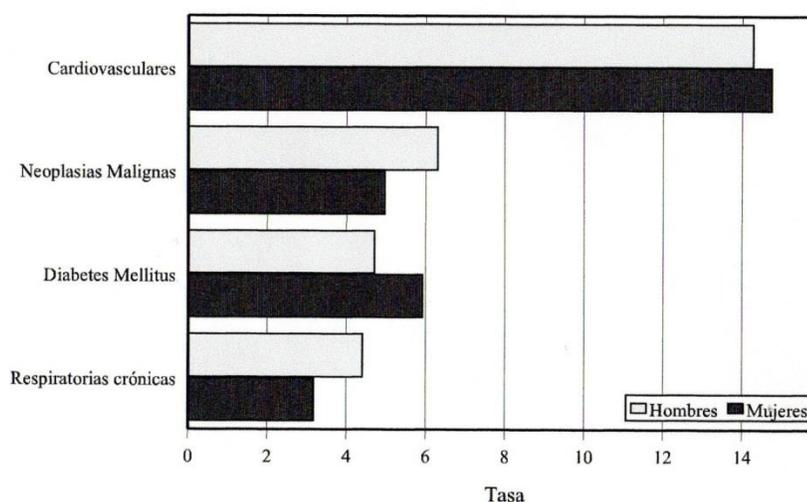


Figura 3. Grafica de tasas de mortalidad por causas de muerte entre los adultos mayores según sexo
Fuente: CONAPO con base en las estadísticas sobre causas de muerte de la SSA, 1999

Los problemas de discapacidad de los adultos mayores serán cada vez más intensos y visibles en la sociedad. Al respecto, se estima que el número de personas con algún rasgo de deterioro funcional en la vejez crecerá de 2 millones en 2000 a 7.3 millones en 2030 y a 15.1 millones en 2050. El incremento en el número de mujeres impedidas en edades más avanzadas será mayor y más rápido que en el de los hombres, hecho que requiere especial atención por parte de las políticas social, de salud y de población (Tuirán, 2003).

La promoción de la salud y la atención preventiva deberán desempeñar un papel importante en este proceso. La prevención de la vejez “achacosa” deberá promoverse a edades tempranas, lo que, con seguridad, significará cambios radicales en la dieta y en los estilos de vida de la población mexicana.

2.2. Marco jurídico

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en el Artículo 4º que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, lo cual está definido en la Ley General de Salud que reglamenta las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establece la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. En relación con el Envejecimiento, se dispone de manera específica para este grupo de edad con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores publicada en el Diario Oficial Federación (D.O.F.) 25-VI-2002 la cual fue reformada el 26-I-2005, 26-I-2006.

2.2.1. Ley de las Personas Adultas Mayores en el D.F.

Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el D.F. (IAAM-DF, 2012). Gracias a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de marzo del año 2000, los adultos mayores cuentan con los siguientes derechos en la Ciudad, y que deben de ser respetados por todos sus habitantes y el gobierno:

- **A una vida con calidad.** Es obligación de la familia, de los órganos locales del Distrito Federal y de la sociedad, garantizar a las personas adultas mayores, su sobrevivencia así como el acceso a los mecanismos necesarios para ellos. El Gobierno del Distrito Federal, cuenta con diversos programas y realiza múltiples acciones como servicios médicos y medicamentos gratuitos, créditos para vivienda, descuento en los impuestos de agua y predial.
- **A la no discriminación.** Todos los mexicanos, independientemente de sexo, raza, color, edad, religión, ideales políticos, situación económica, condiciones de salud, etc., son iguales ante la ley y tienen los mismos derechos y obligaciones. Ninguna institución, organismo o servicio puede

discriminar y desatender los justos reclamos o negar los servicios a que se tiene derecho.

- **A una vida libre de violencia:** Para atender situaciones de maltrato físico, económico, psicológico o sexual, el Gobierno del Distrito Federal ha creado 16 Unidades de Atención a la Violencia Familiar (UAVIF), una en cada Delegación Política. En estas Unidades se proporciona orientación y asesoría para la solución de su problema.
- **A ser respetado en su persona.** Tanto por su familia como por la sociedad; no sólo físicamente, sino también en su modo de pensar, de manifestar sus emociones (alegría, dolor, amor, ternura, amistad), de vivir plenamente su sexualidad, de manifestar libremente sus ideas, ya sea políticas, religiosas o de otra naturaleza.
- **A ser protegido contra toda forma de explotación.** Nadie puede obligarle a trabajar sin una justa remuneración y sin su pleno consentimiento. Asimismo, la familia no puede obligarle a realizar trabajos o actividades que estén fuera de la Ley y que comprometan su salud y bienestar.
- **A recibir protección por parte de su familia, la sociedad y las instituciones.** El Gobierno del Distrito Federal tiene Instituciones, programas y servicios para protegerle de manera integral, entre ellos el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal, el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal y las Unidades de Atención a la Violencia Familiar.

2.2.2. Los Derechos humanos en la Tercera Edad (CNDH).

- **A gozar de oportunidades** para mejorar progresivamente las capacidades que les faciliten el ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad, respetando en todo momento su heterogeneidad.
- **A vivir en entornos seguros, dignos y decorosos** que cumplan con sus necesidades y requerimientos y en donde se ejerza libremente sus derechos.
- **A vivir en el seno de una familia.** El adulto mayor es parte de la familia; es un miembro de ella, por lo cual tiene derecho a vivir en su seno o a mantener relaciones personales y contacto con ella aún en el caso de estar separados. La única excepción es que estime mejor para tus intereses, no vivir con su familia. Si la familia le expulsa del hogar, puede recurrir al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal.
- **A expresar sus ideas libremente** ya sea de viva voz o por escrito, sin más limitación que las que afecten los derechos de otras personas. Ninguna autoridad le puede prohibir o castigar por manifestar sus ideas, su modo de pensar, sus reclamos, etc., si están dentro de la Ley.
- **A recibir por parte de las policías, ministerio público, jueces, un trato digno y apropiado,** en toda situación en que se encuentre involucrado, tanto como víctima como por haber cometido algún ilícito.
- **A recibir el apoyo de órganos locales de Gobierno** en lo relativo al ejercicio y respeto de sus derechos a través de las instituciones creadas para tal efecto como son el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal, el Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, las procuradurías competentes y la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.
- **A contar con un representante legal y con asesoría jurídica gratuita,** para la solución de los problemas o asuntos legales, tales como testamento, títulos de propiedad, pensiones, etc. Poniendo especial cuidado en la protección de su patrimonio personal y familiar. La Consejería Jurídica

y de Servicios Legales y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal son organismos que proporcionan asesoría para la solución de problemas jurídicos familiares.

- **Tener acceso a los bienes y servicios** que le provean de una atención integral: alimentación, salud, vivienda, recreación, medio ambiente saludable, educación, etc. El Gobierno del Distrito Federal proporciona Pensión Alimentaria a los Adultos Mayores de 68 años, Servicios médicos y medicamentos gratuitos, crédito para vivienda, descuento en los impuestos predial y agua, pasaje gratuito en autobuses RTP, STC Metro, Trolebús y Tren Ligero.
- **A tener acceso a los servicios de salud**, con el objeto de que gocen cabalmente de bienestar físico, mental, psicoemocional y sexual; para obtener mejoramiento en su calidad de vida y la prolongación de ésta.
- **A recibir orientación y capacitación en materia de salud**, nutrición e higiene, así como todo aquello que favorezca su cuidado personal.
- **De asociarse y reunirse.** El adulto mayor puede de asociarse o reunirse pacíficamente con cualquier objeto lícito.
- **A recibir información.** Este derecho implica que debe recibir y exigir información completa, clara y oportuna sobre los servicios o asuntos que atienden las diversas Instituciones, Organismos y Programas relacionados con su atención integral.
- **A recibir educación.** El derecho a la educación implica que debe tener la posibilidad de completar o terminar sus estudios inconclusos o hacer sus estudios de primaria, secundaria, bachillerato, técnicos, e incluso profesional, sin más limitaciones que su capacidad e interés.
- **A la recreación.** Admirar y practicar de acuerdo a sus intereses, gustos, aptitudes o preferencias, las diversas expresiones artísticas y culturales como la pintura, la escultura, la música, la danza, el teatro. Asistir a festivales, presenciar competencias deportivas, leer, admirar el arte popular, hacer turismo, conocer su ciudad, etc. En la Ciudad de México existen museos y espectáculos, eventos deportivos, conciertos, etc., que

son gratuitos o bien hacen descuentos especiales en el costo de entrada a las personas adultas mayores.

- **Al trabajo.** Significa que debe gozar de oportunidades iguales que otras personas, a acceder a un trabajo justamente remunerado y con todas las prestaciones de Ley. Asimismo, debe tener la posibilidad concreta de trabajar por su cuenta y recibir capacitación para mejorar su quehacer. El Gobierno del Distrito Federal cuenta con Bolsa de Trabajo, un Programa de Microcréditos y de capacitación para el trabajo.
- **A la asistencia social.** En caso que el adulto mayor carezca de lugar en donde vivir, de alimentos, de ropa, de atención a sus problemas de salud, tiene el derecho a que se le atienda. Para lo anterior, el Gobierno del Distrito Federal pone a su disposición al Instituto de Asistencia e Integración Social, el cual tiene diversas instalaciones y programas.

CAPITULO 3

DESARROLLO DEL SER HUMANO

Durante la vida el ser humano se encuentra sumergido en esferas que influyen en aspectos de pensamiento, percepción y la forma de reaccionar a diversos estímulos, los cuales interactúa y originan un aprendizaje utilizando la herramienta de la experiencia, para poder desenvolverse durante la vida.

Se mencionan autores que describen algunas de las características que forman parte del desarrollo humano.

Craig (2001), menciona que durante el desarrollo hay cambios que con el tiempo se producen en la estructura del pensamiento y la conducta de una persona como resultado de influencias biológicas y ambientales.

Guy (2005), el desarrollo del ser humano lo describe como; el proceso gradual y de toda la vida por el que nos adaptamos a nuestro ambiente. Como para adaptarnos crecemos (cambios físicos), maduramos (cambios que se manifiestan en forma natural, relativamente independiente del medio) y aprendemos (cambios en la conducta que son el resultado de la experiencia).

Papalia (2005), refiere el 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.

Rice (1999), menciona que la meta de la Psicología del desarrollo durante el ciclo vital es ayudarnos a llevar una vida significativa y productiva.

Diversos estudios (Feldman, 2008; Papalia, 2005; Santrock, 2006) han demostrado, el desarrollo humano tiene 4 dimensiones o áreas que se entrelazan y que forma parte esencial en el ciclo de vida. Ver tabla 1.

Tabla 1.

Dimensiones o áreas características del ciclo de vida (Feldman, 2008; Papalia, 2005; Santrock, 2006)

Desarrollo Físico: Refiere al desarrollo de la estructura física; aspectos genéticos, crecimiento físico, cambios en los sentidos, sistemas corporales (el cerebro, el sistema nervioso, los músculos), cuidado de la salud, nutrición, el sueño, abuso de drogas, funcionamiento sexual.

Desarrollo Cognoscitivo: Refiere básicamente a los Procesos Intelectuales que influyen en la conducta del individuo como son; el pensamiento, aprendizaje, recuerdo, los juicios, solución de problemas, la comunicación e inteligencia.

Desarrollo Emocional (Personalidad): Se refiere a las características perdurables que distinguen a una persona de otra y que cambian en el transcurso de la vida como son; el apego, confianza, seguridad, el amor, el afecto y variedad de emociones, sentimientos y temperamentos, concepto de uno mismo y de la autonomía, perturbaciones emocionales.

Desarrollo Social y Moral: Se refiere en como las personas manejan sus relaciones sociales en el cual evolucionen, cambien y permanezcan estables a lo largo de la vida como son; el pensamiento moral, relación y comunicación intergeneracional, el matrimonio, el divorcio, el trabajo y los roles.

3.1. Etapas del ser humano. Ciclo vital

Todos los seres vivos tienen un ciclo de vida, es decir; un inicio, desarrollo y un final. En ese tiempo es donde el organismo lleva a cabo diversas funciones.

La perspectiva del ciclo de vida se considera dentro de los seis principios identificados por Baltes (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.

En la tabla 2, (Papalia, 2005; Rice ,1999; Santrock, 2006) mencionan las características primordiales del ciclo de vida.

Tabla 2.

Características de las etapas del ciclo de vida del ser humano (Papalia, 2005; Rice ,1999; Santrock, 2006)

a) Periodo Prenatal (concepción al nacimiento). En este periodo se forman los órganos y la estructura corporal básica y tanto la herencia como el ambiente influyen en el desarrollo.

b) Primera Infancia (nacimiento a los 2 años). Desarrolla la capacidad y coordinación motora, así como sus capacidades sensoriales y de lenguaje, tiene apego hacia los integrantes de la familia; aprende a expresar sentimientos y emociones básicas, desarrolla cierta independencia, manifiestan diferencias de personalidad y temperamento.

c) Niñez Temprana (de los 3 a los 5 años). Continúa un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y lingüístico, empieza a desarrollar un autoconcepto así como identidad, adquiere roles de género, de manera social se interesa en jugar con otros niños, hay calidad en la relación padre-hijo.

d) Niñez Intermedia (de los 6 a los 11). Hay progreso en las habilidades de lecto-escritura y aritmética que le ayudan a comprender su mundo y a pensar de manera lógica. La calidad de las relaciones familiares hace una gran influencia sobre el ajuste emocional y social.

e) Adolescencia (de los 12 a los 19 años). Hay una transición entre la niñez y la vida adulta, hay una madurez sexual, comienza el pensamiento de operaciones formales en el área psicosocial, hay una formación de identidad positiva; se busca una mayor independencia de los padres, contacto y pertenencia con sus iguales.

f) Juventud o Adulthood Temprana (de los 20 a los 30 años). Deben solucionar retos importantes, como alcanzar la intimidad, elegir carrera y lograr el éxito vocacional; enfrentan otras decisiones como; la elección de pareja, el matrimonio, la posibilidad de convertirse en padres así como la iniciación en el área laboral.

g) Madurez o Adulthood Intermedia (de los 40 a los 50 años). Muchas de las personas empiezan a sentir que el tiempo se les escapa, e incluso llegan a una máxima responsabilidad personal y social así como éxito profesional. Hay ajustes en los cambios corporales y en las situaciones emocionales, sociales y laborales.

h) Vejez o Adulthood Tardía (de los 60 en adelante). Hay disminución en la capacidad física, así como en las situaciones personales, y relaciones sociales, se da una mayor atención a la salud para el mantenimiento físico y el bienestar; las relaciones intergeneracionales (hijos adultos, nietos y otros parientes), adquieren un nuevo significado principalmente los que han enviudado, mantienen su aprendizaje y experiencia a través de sus actividades diarias.

3.2. Vejez

Fernández-Ballesteros (2000), menciona el concepto de “**vejez** derivado de viejo procede del *latín veclus, vetulusm*, que a su vez se define por la *persona de mucha edad*” (p.39).

Etapa del ciclo de vida después de la adultez, cuyo inicio lo establece la sociedad. Por consenso internacional en los países en desarrollo se establece que la vejez se inicia a partir de los 60 años y en países desarrollados a partir de los 65 años (OMS, 2002).

La vejez es una etapa más en la vida de toda persona; utilizada en los últimos años por los profesionales en la atención del adulto mayor; según Moragas (2004), señala que según esta concepción, la vejez tiene unos potenciales únicos y distintos; experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social, que pueden compensar, si se utilizan adecuadamente las limitaciones de esta etapa de la vida.

3.2.1 Clasificación de la vejez

La vejez es una etapa que comienza a los 60 años y se extiende aproximadamente hasta los 125 años; se mencionan cuatro clasificaciones de la vejez, las cuales en cada una de ellas hay cambios biopsicosociales que forman parte de las pérdidas y ganancias en el ciclo de vida (Fernández-Ballesteros, 2000; Papalia, 2005; Santrock, 2006; ver tabla 3).

La actitud de la vejez en diversas culturas, se considera un hecho negativo, incluso la *palabra viejo* como tabú en la sociedad civilizada y ahora les llaman; ciudadanos mayores, personas de la edad dorada, personas de edad avanzada, ancianos, personas más viejas, personas en años de cosecha, juventud acumulada, adultos mayores, personas de la tercera edad o personas en el crepúsculo (Monroy, 2005).

Tabla 3.

Clasificación de edades en el Adulto Mayor (Fernández-Ballesteros, 2000; Papalia, 2005; Santrock, 2006).

- **60 a 74 años.** Adultos mayores, ancianos jóvenes, viejo joven (por lo general se refiere a personas que usualmente son activas, vitales y vigorosas).
 - **75 a 84 años.** Adultos Mayores o ancianos, viejo - viejo. (el adulto se vuelve frágil, enfermizo tienen en la mayoría dificultad para controlar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)).
 - **85 a 99 años.** Adultos Mayores o ancianos, viejo de edad avanzada (debe hacer frente a una serie de problemas; como pérdidas significativas en el potencial cognitivo y en la capacidad de aprender, aumento del estrés crónico, una incidencia evidente de las discapacidades físicas y mentales, altos niveles de debilidad y aumento de soledad).
 - **Mayores de 100 años.** Centenarios (La población que se encuentra en esta clasificación en nuestro país es escasa, muestran un deterioro significativo en todas sus capacidades físicas, psicológicas y sociales; pueden ser parte de casas residenciales, centros hospitalarios o continúan viviendo en su entorno habitual con ciertas especificaciones; algunos de los factores que influyen en la longevidad son la herencia genética, antecedentes familiares, el estado de salud, la educación, la personalidad y el estilo de vida).
-

Es por ello que vemos a personas relativamente jóvenes muy envejecidas o por el contrario personas de edad avanzada con actitudes, actividades y pensamientos aun joviales que se ve reflejada en su apariencia física.

3.3. Envejecimiento

Millán (2006) menciona que el envejecimiento es un proceso natural que experimentan todos los seres vivos; así como un **proceso gradual, adaptativo e individual**. Y que hay modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas propiciadas por los cambios de la edad y el desgaste acumulado a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado.

Según Papalia (2005), **el envejecimiento primario**; es un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal que empieza desde el nacimiento y continua a lo largo de los años hasta la muerte, de manera independiente.

El envejecimiento secundario; consiste en los resultados de la enfermedad, el abuso y el desuso, factores que a menudo son evitables y que están dentro del control de la gente (Papalia, 2005).

Sin embargo, no todos los seres humanos crecen, se desarrollan y envejecen en forma similar; es por ello que se habla de edad cronológica, biológica y funcional (Gonzalo, 2002; Hansen, 2003; Millán, 2006; ver tabla 4).

Tabla 4.

Características de edades del proceso de envejecimiento (Gonzalo, 2002; Hansen, 2003; Millán, 2006)

EDAD CRONOLÓGICA. Determinada en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento, medido por los años, meses y días.

EDAD BIOLÓGICA Y FÍSICA. Corresponde al estado funcional de los órganos de nuestra economía (recurso de alimentación, asistencia médica, etc.), alteraciones producidas por enfermedades relacionadas o dependientes de la edad. Así como cambios físicos relativos a la edad; disminución en la fuerza muscular, canas, arrugas, etc.

EDAD FUNCIONAL Y SOCIAL. Expresa la capacidad de mantener los roles personales y la integración social del individuo en la comunidad, manejo de las distintas actividades de la vida cotidiana. La vejez se relaciona con la edad laboral, ya que se considera que en esta etapa comienza la jubilación.

3.3.1 Tipos de envejecimiento

Tipos de envejecimiento de acuerdo a Mendoza y Martínez (2012).

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. Incluye el aprendizaje durante toda la vida, poder trabajar más tiempo, jubilarse más tarde y en forma gradual, tener una vida activa después de la jubilación y ocuparse en actividades que mejoren la capacidad y mantengan la salud.

Los estilos de vida como una alimentación adecuada, ejercicio físico periódico y seguro, higiene personal adecuada, sueño suficiente y reparador, recreación y una alta autoestima.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO. El concepto de envejecimiento activo fue propuesto por la OMS (1999 en Mendoza y Martínez, 2012) como “*el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen*” (p.262).
Depende de una diversidad de influencias o determinantes que rodean a las personas, las familias y las naciones.

- *Determinantes económicos:* Se refiere a los ingresos, el trabajo y la protección social.
- *Determinantes sociales:* El apoyo social, las oportunidades de aprender cosas nuevas, la paz, la protección contra la violencia y el abuso.
- *Determinantes personales:* Se refiere al estilo de vida y la forma de pensar de cada persona.
- *Determinantes conductuales:* Participación activa en el cuidado de uno mismo.
- *Entorno físico:* Un ambiente adecuado puede establecer la diferencia entre la independencia o dependencia. Las personas que viven en un ambiente inseguro o con múltiples barreras salen menos y, por lo tanto, están propensas al aislamiento y a la depresión.

ENVEJECIMIENTO EXITOSO. Se logra con la ausencia o baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada a la enfermedad, alta capacidad cognitiva, física y funcional así como un activo compromiso con la vida.

ENVEJECIMIENTO PRODUCTIVO. Se refiere a cualquier actividad desarrollada por una persona mayor que produzca bienes o servicios que sea remunerado o no y que pueda mantenerse lo más independientes que sea posible.

CAPITULO 4 GERONTOLOGÍA

La palabra “**gerontología**” procede del vocablo griego **geron, gerontos/es o los más viejos** o los más notables del pueblo griego (aquellos que componían el consejo de Agamenón). A este vocablo se une el **término logos, logia o tratado, grupo de conocedores**. Por ello, etimológicamente, gerontología se refiere a la disciplina que se ocupa del estudio o el conocimiento de los más viejos. (Fernández-Ballesteros ,2000; p. 6-7). La gerontología va de la mano con el aspecto social, eso da como resultado distintos enfoques que son tratar, conocer o estudiar a los adultos mayores.

Es una joven disciplina que a pesar de que Metchikoff (1845-1916) utiliza el término en su sentido actual en 1903 se ha desarrollado, prácticamente, en la segunda mitad del siglo XX (Fernández-Ballesteros, 2000).

Gerontología. Es el estudio de los procesos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento, desde una perspectiva interdisciplinaria. De acuerdo Millán (2006); estableció las bases para la especialidad en la intervención personalizada de manera multidisciplinaria y describió la Gerontología la cual tiene como objetivos;

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

4.1. Gerontología social

Gerontología social: Estudia las relaciones que se dan entre el individuo que envejece y su interacción con la sociedad.

Es la ciencia que se dedica al estudio científico del proceso de envejecimiento y abarca la esfera biológica, psicológica y social. En la figura 1 muestra las características de la gerontología Social, Tibbits (1960 en Fernández-Ballesteros, 2000).

- **Aspectos Biológicos (Ciencias Biológicas):** Se refiere a la investigación sobre los cambios que con la edad y el paso del tiempo se producen en los distintos sistemas biológicos.
- **Aspectos Psicológicos (Ciencias Psicológicas):** Se refiere al estudio sobre cambios y/o la estabilidad que el paso del tiempo produce en las funciones psicológicas como la atención, la percepción, el aprendizaje y la memoria, la afectividad y la personalidad entre otros fenómenos psicológicos.
- **Aspectos Sociales (Ciencias Sociales):** Se refiere a los roles sociales, intercambio y estructura, aspectos culturales (familia, amistades, actividades culturales y recreativas, etc.).

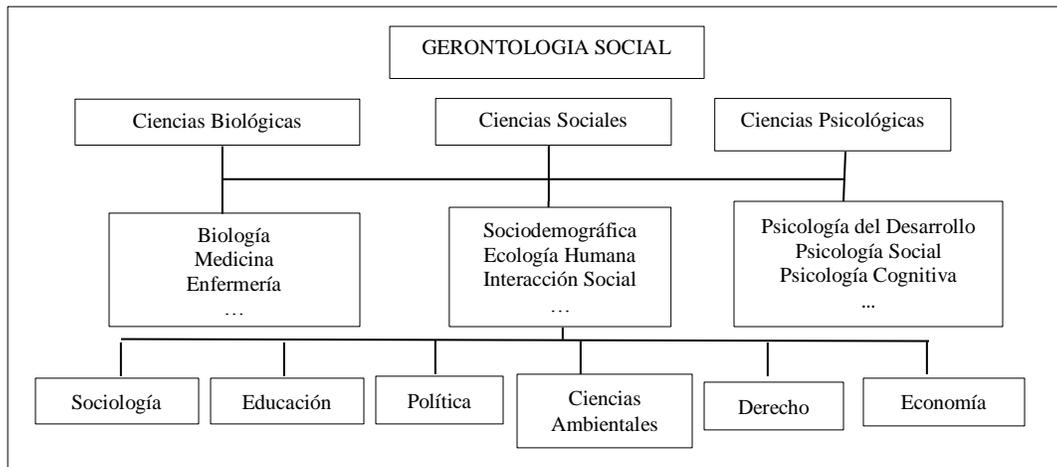


Fig. 1 Gerontología social Multidisciplinaria (Tibbits, 1960 en Fernández-Ballesteros, 2000)

4.2. Gerontología médica o geriatría

Gerontología médica o Geriatría: Rama de la gerontología y la medicina relacionada con todos los aspectos de la salud y el cuidado de las personas adultas mayores durante el proceso de envejecimiento (Fernández-Ballesteros, 2000).

Formalmente la Geriatría es parte de la gerontología en el área médica. El término fue introducido por Nascher (1863-1844) denominó “geriatría” como la especialidad médica que debía ocuparse de las enfermedades de las personas

mayores. Incluso la primera Sociedad de Geriatría (American Geriatrics Society) es tres años anterior a la primera Sociedad de Gerontología (Gerontological Society) (Fernández-Ballesteros, 2000).

Se considera como la Ciencia Médica cuyo fin es el diagnóstico de las enfermedades de la vejez, su curación, rehabilitación y volver a integrar al adulto mayor en su entorno (casa o institución) a esto hay que añadir la prevención de dichas enfermedades (Millán, 2006).

Es por ello que se crea mediante un decreto presidencial, el Instituto Nacional de Geriatría en México en el año 2008, dedicado a la investigación en salud y desarrollo de diferentes áreas específicas para la atención geriátrica y gerontológica en México.

4.3. Psicología gerontológica o Psicogerontología

Psicología gerontológica o Psicogerontología: Se ocupa del estudio de la relación entre envejecimiento, la personalidad y el comportamiento (Millán, 2006).

El psicólogo intervendrá sobre los usuarios - pacientes y sus familias y tratará el estrés profesional del equipo gerontológico. Con respecto a los pacientes, su principal función será estudiar los aspectos conductuales y psicológicos, además de valorar y rehabilitar los aspectos cognitivos e intervenir sobre las áreas mentales deterioradas (Millán, 2006).

Millán (2006) menciona que la tarea de un psicólogo cuando tiene un número elevado de pacientes, será la de diseñar programas generales para grupos de pacientes, los cuales se llevarán a cabo con la colaboración de los terapeutas ocupacionales y de los auxiliares del centro.

Una de las funciones del psicólogo será la atención psicológica del cuidador principal, centrándose en el estrés, la ansiedad, la depresión o los sentimientos de

culpa que el cuidado del anciano va a provocar en él. Con relación a la familia es fomentar la formación de grupos de autoayuda y grupos de terapia psicológica, así como la terapia familiar (Millán, 2006).

Millán (2006), menciona que el estrés laboral entre los profesionales de la salud y los servicios sociales es elevado y puede originar ansiedad, depresión, fatiga, molestias físicas, irritación, incapacidad laboral o absentismo; parece conveniente atender desde un punto de vista psicológico-emocional a los trabajadores en cuanto a habilidades, recursos y técnicas de manejo del estrés laboral. Esto repercutirá tanto en el bienestar del trabajador como en el adulto mayor ya que recibirá una mejor atención y cuidados de mayor calidad.

CAPITULO 5

TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Las teorías intentan explicar el proceso del envejecimiento desde su perspectiva y cabe mencionar que ninguna de estas teorías por separado será capaz de explicar adecuadamente este proceso; ya que el desarrollo humano es a través de esferas físicas, biológicas, psicológicas y sociales, el conjunto de ellas es un complemento (Fernández-Ballesteros, 2000).

5.1. Teorías Biológicas

Fernández-Ballesteros (2000) plantea que *“el organismo experimenta tres etapas esenciales; 1) crecimiento y desarrollo; 2) madurez, e 3) involución y declive”* y comienza desde el nacimiento hasta la muerte (p.43).

Un segundo planteamiento menciona que durante el envejecimiento hay dos procesos que no pueden ser separados uno es el deterioro fisiológico y el otro es la mayor frecuencia de enfermedades (Fernández-Ballesteros ,2000).

- Teoría Genética

Señala Arana (1996) *“el envejecimiento puede ser comprendido como una forma progresiva e irreversible de la diferenciación producida por alteraciones específicas en la expresión de los genes”* (p. 45). Existen genes que están programados e incluso determinan cuanto vivirá una determinada persona, así también que los errores genéticos actúan en el funcionamiento celular.

-Teoría Celular o Teoría del reloj celular.

Formulada por Leonard Hayflick (en Santrock 2006); afirma que las células pueden dividirse un máximo de setenta y cinco a ochenta veces, y que al aumentar nuestra edad, las células pueden dividirse en menores ocasiones. Se basa en la pérdida de información que sufren las células a nivel del ADN y su relación con la teoría genética.

- *Teoría de los radicales libres.*

Según Santrock (2006) esta teoría, las personas envejecen porque los procesos metabólicos normales que se producen en sus células dan lugar a moléculas inestables de oxígeno denominadas radicales libres que dañarían el ADN y otras estructuras, así también en la degradación a niveles estructurales y funcionales celulares; pueden producirse problemas de salud como el cáncer o la artritis.

- *Teoría Mitocondrial.*

Santrock (2006), afirma que el envejecimiento es el resultado del deterioro de las mitocondrias en las células; se debe al daño oxidante y a la pérdida de micronutrientes básicos, las mitocondrias son las que proporcionan la energía necesaria para el funcionamiento, crecimiento y reparación de la célula; el deterioro se relaciona con la incidencia de enfermedades cardiovasculares y neurodegenerativas; como la demencia senil y la disminución en el funcionamiento hepático.

- *Teoría del estrés hormonal.*

Al envejecer, las hormonas pueden sufrir alteraciones por el estrés que es un factor primordial de esta teoría y ello puede provocar niveles altos, durante más tiempo que en la edad joven. Estos niveles altos y prolongados, están relacionados con un mayor riesgo de padecer enfermedades como; trastornos cardiovasculares, cáncer, diabetes e hipertensión (Santrock ,2006).

- *Teoría de sistemas y Teoría del desgaste*

Fernández-Ballesteros (2000), menciona que están relacionadas y se basan en una disminución y desgaste, en el funcionamiento de los sistemas que regulan de manera biológica al cuerpo; el sistema nervioso, el sistema endocrino, sistema inmunológico y el equilibrio entre ellos; y que a medida que las células envejecen son menos capaces de reparar o reemplazar los componentes dañados.

- *Teoría de la tasa de vida*

Fernández-Ballesteros (2000) sugiere que el cuerpo solo trabaja su ritmo, así que entre más rápido trabaje, más rápido se desgasta; menciona que de acuerdo a la velocidad del metabolismo es lo que va a determinar la duración de la vida.

- *Teoría de los eventos vitales biológicos*

Fernández -Ballesteros (2000), menciona que es el conjunto de las teorías que tienen relación con los aspectos ambientales que producen mutaciones genéticas, da importancia a la acumulación de eventos vitales biológicos como pueden ser traumatismos craneales, anestesia etc., y estas alteraciones produce estrés en los distintos sistemas vitales que a lo largo del tiempo provoca alteraciones en todos los sistemas.

- *Teoría de la Privación*

Se basa en que las células con el tiempo no reciben una adecuada nutrición para el rendimiento, provocado por la degradación vascular y la patología arterioesclerótica (Belando, 2001).

5.2. Teorías Psicosociales

Las teorías psicosociales mencionan como el adulto mayor afronta el estrés y las pérdidas que ayudan a un envejecimiento “exitoso” y “óptimo”, ya que es importante para sentirse satisfecho con la vida, que existen factores como la familia, amigos, sociedad, entre otros; muchos adultos retoman sus vidas, nuevos proyectos, incluso realizan actividades que en su juventud no pudieron llevar a cabo (Fernández-Ballesteros, 2000).

- *Teoría del Retiro o Teoría de la Desvinculación*

Fue una de las primeras teorías que influyeron en la gerontología. Propuesta por Cummings y Henry (1961), conforme avanza la edad, las personas se retraen y ello involucra que se relacionen cada vez menos en la vida social. Se ve al retiro inevitable en el envejecimiento, incluso el funcionamiento físico y el pensar hacia

la muerte producía un apartamiento gradual e inevitable de los roles sociales y como la sociedad deja de proporcionar papeles útiles al adulto mayor el apartamiento es mutuo, hay una mayor preocupación por el yo y puede promover un envejecimiento exitoso, si se acepta la situación del retiro o desvinculación habrá una adaptación.

-Teoría de la Actividad

Propuesta por Neugarten (1968) y otros autores, una persona tiene que mantenerse tan activa como sea posible, implica en su entorno mayores probabilidades de satisfacción en su vida; investigaciones han demostrado que si mantienen sus actividades sociales y productivas envejecerán de manera más positiva e incluso habrá un mayor grado de felicidad, esta teoría contrapone la teoría del retiro.

- Teoría de la Continuidad

Descrita por el gerontólogo Robert Atchley (1989), que las personas tienen que tener una conexión entre el pasado y presente, y debe mantenerse un equilibrio entre la continuidad; desde estilos, hábitos y gustos adquiridos a lo largo de la vida y sucesos que provoquen conductas nuevas que pueden ser determinantes en la adaptación y la forma de vivir, pensar, actuar y relacionarse.

5.3. Teorías Psicológicas

Las teorías psicológicas intentan establecer tres características importantes resultado, del paso del tiempo y la edad como son; crecimiento, estabilidad y declive (Fernández-Ballesteros, 2000).

Según Fernández-Ballesteros (2000), menciona que las llamadas “Teorías Psicológicas” sobre el envejecimiento tan solo nos permiten describir y si acaso predecir los cambios que con el tiempo (y la edad) se producen en el funcionamiento psicológico de las personas (p. 45-46).

- *Teoría Psicológica por Gould 1981*

Gould (1981) señala que el ser humano es un ser biológico y sociocultural de ahí existen funciones psicológicas que presentan desarrollo constante e incluso estabilidad.

- *Teoría del estrés*

Seyle opina que el proceso de envejecimiento es consecuencia de la acumulación de los efectos estresantes de la tensión y frustraciones de la vida que se van produciendo a través de la existencia (Belando, 2001).

- *Teoría de la Personalidad de Thomae (1970)*

Según este autor, los aspectos cognoscitivos constituyen uno de los elementos fundamentales que condicionan el comportamiento, hace mención que en nuestra sociedad la cual va en aumento, Mishara y Riedel (1986), la persona adulta mayor debe mantener un equilibrio entre sus sistemas cognitivos y motivacionales, dando mayor revisión a lo cognitivo que a lo motivacional y el medio.

-*Modelos de afrontamiento*

Papalia (2005) menciona como parte del área psicoemocional, el cual es un pensamiento o conducta que se adapta y está dirigida a reducir o aliviar el estrés, surge de condiciones amenazantes y es significativo en la salud mental. Se mencionan dos enfoques del modelo de afrontamiento el primero es:

* **Factores en la salud emocional.** De acuerdo a las investigaciones de George Vaillant (en Papalia 2000); menciona que la función de las defensas adaptativas (altruismo, el humor, no desanimarse, la planeación para el futuro, etc.); puede ayudar a modificar la percepción de la realidad que no se puede cambiar.

* **Modelo de valoración cognitiva.** Las personas eligen de manera consciente estrategias de afrontamiento de acuerdo a como se le presenta una situación, incluso se requiere de un esfuerzo inusual, menciona que no siempre se tiene resultados satisfactorios y es ahí donde se realiza una revaloración de manera continua entre la persona y el ambiente (Papalia, 2000).

- *Teoría de la Inteligencia Múltiple*

Propuesta por Gardner (1983, en Cohen 1991) menciona que la creatividad funciona como un reflejo de una inteligencia especial; que el proceso del envejecimiento se adquiere mayor conocimiento del desarrollo personal y puede originar el ser autónomo y ser diferente de los demás.

5.4. Teorías del Desarrollo

Hansen (2003) menciona que las teorías del desarrollo se desprenden de etapas o estadios en donde, el adulto mayor tiene cambios de pensamiento, vivencias y conductas, se ven marcados por acontecimientos como; la jubilación, enfermedades crónico-degenerativas, nuevos roles, pérdidas e incluso el pensamiento hacia la muerte.

-*Teoría del Ciclo Vital por Baltes*

Baltes menciona seis planteamientos (Hansen, 2003).

1) *El desarrollo es un proceso que dura toda la vida.* El desarrollo continúa a lo largo de la vida, en cualquier edad pueden surgir nuevas posibilidades.

2) *El desarrollo comprende ganancias y pérdidas.* En cualquier momento del ciclo vital, el desarrollo incluye crecimiento y deterioro.

3) *El desarrollo es multidimensional, multidireccional y multicausal.* Durante la vida, ocurren cambios relacionados con la edad en muchos ámbitos (cognitivo, físico, etc.). Este crecimiento se da en periodos y con ritmos diferentes, va en distintas direcciones y lo ocasionan diversos factores.

- 4) *El desarrollo es plástico.* El desarrollo puede modificarse o transformarse.
- 5) *El desarrollo es arraigado en contextos históricos, culturales y sociales.* En el desarrollo influyen las variables presentes en las diversas áreas del entorno.
- 6) *El desarrollo es un campo multidisciplinario.* El desarrollo se entiende mejor desde la óptica integral de la psicología y campos relacionados como las neurociencias y la sociología

- *Teoría de los Sistemas Ecológicos de Bronfenbrenner*

Hansen (2003) menciona que *Bronfenbrenner*, propone cuatro niveles ambientales que influyen de manera simultánea en los individuos;

1er. El Microsistema. Son las actividades, funciones y relaciones que se entrega la persona (casa, trabajo, escuela, barrio, etc.).

2do. El Mesosistema. Este compuesto por interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona adulta mayor participa activamente; con familia, trabajo y vida social.

3er. El Exosistema. Se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona adulta mayor en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo o que se ven afectadas por los que ocurren en ese entorno (lugar de trabajo de la pareja, grupos de amigos de la pareja, etc.).

4to.El Macrosistema. Tiene como características, valores, creencias, costumbres y leyes compartidas; y se representan de manera compartida que determinan la organización de grupos sociales.

El cambio de algún elemento del sistema tiene alteraciones en todos los demás, ya que el comportamiento es el resultado de las interacciones entre las personas y su entorno presente y pasado.

-Etapas del desarrollo psicosocial propuestas por Erikson

Erikson plantea una visión a través de etapas donde abarca desde el nacimiento hasta la muerte tomando en cuenta la función de los factores individuales y culturales, hace una descripción de crisis o conflictos, así como las virtudes propias de cada uno de los periodos de la vida. En la Tabla 1 se presenta las etapas propuestas por Erikson (Fernández-Ballesteros, 2000; Papalia, 2005; Santrock, 2006).

Tabla 1.

Etapas de Erickson (1950) (Fernández-Ballesteros, 2000; Papalia, 2005; Santrock 2006).

ETAPAS	CRISIS /CONFLICTOS	VIRTUDES
1.Infancia (0-1)	Confianza básica versus desconfianza	Esperanza
2.Primería niñez (1-6)	Autonomía versus vergüenza	Voluntad
3.Niñez temprana/ Edad del juego (6-10)	Iniciativa versus culpabilidad	Propósitos
4.Edad escolar (10-14)	Productividad versus inferioridad	Competencia
5.Adolescencia (14-20)	Identidad versus confusión	Fidelidad
6.Adulto joven/ juventud(20-35)	Intimidad versus aislamiento	Amor
7.Madurez (35-65)	Generatividad versus estancamiento	Cuidado
8.Vejez (65+)	Integridad versus desesperación	Prudencia, sabiduría

De acuerdo a Erikson; en la etapa de la vejez, las personas alcanzan un sentido de integridad del yo es decir aceptando como han vivido su vida e incluso la muerte, es por ello que se presenta el conflicto de la desesperanza ya que se dan cuenta de que el tiempo es corto; es importante la estimulación de actividades y desafíos continuos así como programas de ejercicios, trabajo creativo, fortalecimiento en las relaciones con los nietos entre otros que ayuden a disminuir la crisis de la desesperanza (Fernández-Ballesteros, 2000; Papalia, 2005; Santrock, 2006).

Según Papalia (2005), menciona que:

La virtud que se desarrolla es la “sabiduría” la cual según Erikson significa aceptar sin grandes arrepentimientos, la vida que a uno le tocó; sin detenerse demasiado en los “debería haber hecho” ni en lo

que 'podría haber sido'.... Erikson creía que a pesar de que las funciones del cuerpo se debilitan, la gente debe mantener un "compromiso vital" con la sociedad (p.722).

-Enfoque del ciclo vital

Neugarten (1975) describe que en el proceso del envejecimiento en el ciclo vital, hay dos aspectos; el primero son eventos que transforman a la persona como es el matrimonio, tener un hijo, logros profesionales, retiro, entre otros; el segundo son los roles que se asumen en esta etapa los cuales ocasionan cambios en el autoconcepto y en la propia identidad.

-Tareas del desarrollo de Havighurst

Menciona Havighurst (1972) que una tarea es aquella que surge en cierto periodo de la vida y que el resultado puede ser de felicidad y originar el éxito en tareas siguientes, y el fracaso lleva a la infelicidad e incluso a la desaprobación de la sociedad y dificultad a las tareas posteriores (Guy, 2005). En la tabla 2 se muestran algunas tareas del periodo de la vejez.

Tabla 2.
Tareas del Desarrollo de Havighurst (1972).

Periodo Vejez
Tareas del Desarrollo
1. Adaptarse a los cambios físicos
2. Adaptarse al retiro y el cambio en los ingresos
3. Proveerse condiciones de vida satisfactorias
4. Aprender a vivir en el retiro con el cónyuge
5. Superar la muerte del cónyuge
6. Establecer vínculos con otros adultos mayores
7. Adoptar roles sociales flexibles

-Teoría de Peck

Peck (1959) propone cuatro etapas donde intenta explicar los retos que se manifiestan a través de conflictos o problemas en el desarrollo del adulto mayor. (Ver tabla 3).

Tabla 3.
Etapas de la Teoría de Peck 1959.

* **Aprecio de la sabiduría frente al aprecio de la fuerza.** Conforme disminuye la resistencia física y la salud, el adulto mayor debe canalizar parte de la energía de las actividades físicas hacia las mentales.

* **Socialización frente a sexualización en las relaciones humanas.** Restricción impuesta de manera social incluso provocada por cambios biológicos. Los cambios físicos pueden cambiar las relaciones personas de ambos sexos y dar importancia a dormir con alguien más que de intimidad sexual.

* **Flexibilidad emotiva frente a empobrecimiento emotivo.** Hay flexibilidad emocional y provoca cambios; puede ser desde la separación de la familia, cuando las amistades son limitadas y no hay intereses como proyecto de vida.

* **Flexibilidad frente a rigidez mental.** El adulto mayor se vuelve obstinado y hay desconfianza de las nuevas ideas así como al cambio de hábitos. La rigidez mental puede dejarse dominar por las experiencias.

CAPITULO 6

CAMBIOS EN EL ADULTO MAYOR

En el proceso del envejecimiento se producen una serie de cambios, que afectan el aspecto biológico, psicológico y social.

6.1. Físicos

Sistemas Sensoriales (Papalia ,2005; Santrock, 2006; Vargas, 2012).

Visión. Disminuye el tamaño de la pupila, menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeora la visión lejana.

Audición. Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para escuchar palabras y comprender conversaciones normales.

Gusto y olfato. Disminuye la sensibilidad para diferenciar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas. Pérdida de capacidad para diferenciar los olores de los alimentos. La combinación de esos dos sentidos es una de las causas por la que la mayoría de los adultos mayores ya no perciben las características de los alimentos.

Tacto. La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial del tacto. Los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista, como son: aparición de arrugas, manchas, flaccidez, sequedad; todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular. Pero también pueden ser originados por deficiencia en la alimentación, por posibles enfermedades o por una excesiva exposición al sol, incluso por la disminuida hidratación aplicada por vía tópica (cremas).

Cuerpo. Disminución de la masa corporal lo cual ocasiona menor fuerza muscular.

Sistemas orgánicos (Estructura muscular). Se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso y traen consigo el deterioro de la fuerza y coordinación muscular.

Sistema esquelético. La masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos y quebradizos, se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a las fracturas. Estos cambios afectan más a las mujeres, debido a mayor pérdida de calcio, factores genéticos, factores hormonales (menopausia), inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, malos hábitos de alimentación, etc.

Articulaciones. Se reduce la flexibilidad, ya que se produce mayor rigidez articular y dolor debido al desgaste lo que provoca pérdida de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones.

Sistema cardiovascular. Los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias (arterioesclerosis). El estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre, con frecuencia existe insuficiencia venosa en los miembros inferiores; lo cual origina hipertensión arterial frecuente en el adulto mayor, menor capacidad de realizar esfuerzos físicos.

Sistema respiratorio. Su rendimiento queda reducido debido a diversos factores, entre los que se encuentran la atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos (caja torácica y columna) y el deterioro del tejido pulmonar (bronquios), mayor riesgo a infecciones respiratorias lo cual ocasiona disminución en la capacidad para la actividad física (Santrock ,2006).

Sistema excretor y urinario. El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho; en los hombres alteraciones en la próstata; disminución en la capacidad para excretar.

Sistema digestivo. La digestión se vuelve dificultosa; poca tolerancia a la ingesta abundante de alimentos e incluso alteraciones en el metabolismo hepático de algunos medicamentos; hay una importante pérdida de piezas dentales, lo cual disminuye la masticación y origina un problema considerable en la digestión de los alimentos.

Órganos reproductivos. En los hombres; disfunción eréctil, dificultades para el coito; en las mujeres, disminución del grosor y la función de la mucosa genital y debilidad de los músculos del periné, incontinencia secundaria a esfuerzo, resequedad vaginal (Santrock, 2006).

Órganos nerviosos. Disminución del tamaño del encéfalo, inclusive la pérdida de neuronas, disminución de la velocidad de conducción nerviosa, aumento del tiempo para las respuestas reflejas, disminución de la producción de neurotransmisores y sus receptores.

Órganos endocrinos. Disminución de la función tiroidea, aumento de la hormona paratiroidea, resistencia a la insulina, disminución de la producción de hormonas sexuales; predisposición a la diabetes mellitus, osteoporosis, aparición del climaterio en las mujeres, disminución del deseo sexual.

Órganos inmunológicos. Predisposición a infecciones, reactivación de enfermedades, por ejemplo; tuberculosis y herpes zoster (afectación a los nervios periféricos y a la piel, donde puede producir pequeñas ampollas dolorosas); susceptibilidad a enfermedades autoinmunes, aumento de posibilidad de neoplasias y cánceres (Santrock, 2006).

6.2. Cognitivos

Los procesos cognitivos son esenciales para comprender el comportamiento humano; ya que a través de estos procesos mentales hace posible que el hombre reconozca objetos, personas familiares, hablar, leer, escribir, planificar y ejecutar acciones, pensar, tomar decisiones y recordar hechos (Papalia, 2005; Santrock, 2006; Vargas, 2012).

Los cambios cognitivos están asociados con la edad; el adulto mayor tiene la capacidad de aprender nuevas destrezas; sin embargo requiere de mayor tiempo a diferencia de las personas jóvenes, como resultado de un decremento en la incapacidad operacional, de la memoria a corto plazo, especialmente en la utilización de la información lo cual hace más difícil el aprendizaje en la resolución de problemas. Es importante mencionar que el deterioro físico-intelectual, depende en gran medida, de tres factores; la genética, las condiciones ambientales y el estilo de vida que se ha llevado durante la vida, mencionando que este último se puede manipular para lograr una vejez saludable (Papalia, 2005; Santrock, 2006; Vargas, 2012).

Según De León (1997) menciona las siguientes funciones cognitivas:

a) Atención. Los procesos de atención abarcan desde el estado de alerta de la conciencia hasta la capacidad para controlar el procesamiento de la información en el cerebro. La cual disminuye por el deterioro de los sentidos sensoriales los cuales originan distracción y mal entendimiento de la información.

b) Lenguaje. Abarca la habilidad para codificar, decodificar e interpretar los elementos **semánticos y sintácticos** de símbolos empleados para comunicar información. Las funciones del lenguaje son representadas predominantemente en el hemisferio cerebral izquierdo. Hay cambios en el proceso de comunicación (oral y/o escrita); es disminuida por aspectos físicos, biológicos y sociales.

c) Habilidades constructivas. Son procesos no verbales que requieren la integración de las funciones de los lóbulos frontales, parietales y occipitales. Necesitan, ante todo, la integración viso-espacial, abarcan la habilidad para dibujar, construir y manipular formas y dimensiones, debemos tener en cuenta que se requiere de los sentidos para el desarrollo de las habilidades, y es por ello que disminuyen por el deterioro cognitivo.

d) Inteligencia. El deterioro de la inteligencia en el adulto mayor es relacionado con el estado funcional cerebral más que con la edad cronológica. Calero (2000) y Kalish (1983) mencionan que a partir de los setenta y cinco años se observa un

declive de manera general en el funcionamiento intelectual. Moragas Moragas (1991) comparte la idea y agrega que aun así puede prevenirse a través de un medio ambiente con estímulos y que ofrezca apoyo al adulto mayor en dicha tarea. Al igual menciona que hay una disminución intelectual inevitable a ello se conoce como <<descenso terminal>>; donde Friedan (1994) señala que de acuerdo a diversos estudios se ha comprobado que en la disminución de las facultades mentales, el deterioro en la alegría de vivir y la poca participación tiene como resultado un pensamiento próximo hacia la muerte y se dice que es ocasionado por factores orgánicos más que por psicosociales.

Los dos tipos de inteligencia propuestos por Cattell y Horn; la inteligencia **fluida** (capacidad de resolver problemas nuevos sin la influencia de aprendizajes previos) y la **cristalizada** (aplicación a la situación presente la acumulación de las experiencias anteriores); es la inteligencia fluida la que disminuye con la edad, y la cristalizada aumenta, Mishara y Riedel (1986) o apenas sufre cambios (Giurgea, 1995; Zarit y Zarit, 1989).

e) Capacidad de Resolución de Problemas. Belando (2001) menciona que hay una mayor dificultad para realizar aprendizajes en la vejez. Pero Kalish (1983) opina que en la vejez hay una gran capacidad para aprender nuevas ideas y técnicas; lo que cambia es la velocidad de asimilación.

f) Memoria. Los mecanismos relacionados con la búsqueda de información almacenada gracias a la educación formal e informal y experiencia acumulada a lo largo de la vida (sabiduría) constituyen la memoria (Asili, 2004).

Asili (2004), menciona que la memoria es un rasgo común en las personas adultas mayores, que se presenta con mayor frecuencia en donde hay un deterioro cognitivo, sin embargo el resultado puede ser influida por factores como son; la educación, el nivel de actividad y los factores genéticos.

Memoria de corto plazo. Se evalúa pidiendo a una persona que repita una secuencia de números, sea en el orden en que fueron presentados (hacia adelante) o en orden inverso (hacia atrás). La habilidad para repetir los dígitos

hacia adelante se mantiene bien con la edad avanzada, lo que no sucede con la habilidad para repetir los dígitos en orden inverso. Una de las explicaciones es que la memoria sensorial; almacena temporal, inicial y breve la información, lo cual hace que la repetición inmediata hacia adelante pueda retener la eficiencia a lo largo de la vida; mientras que la repetición hacia atrás requiere de la memoria de trabajo, la cual almacena a corto plazo la información que se está siendo activamente procesada (Papalia, 2005).

Memoria a largo plazo. Según Papalia (2005), los investigadores del procesamiento de información la dividen en tres componentes principales: *memoria episódica*, *memoria semántica*, y *memoria procedimental*. La memoria episódica es aquella de experiencias o acontecimientos específicos vinculados a tiempo y lugar; ejemplos el recordar ¿qué desayuno hoy?, ¿cerro su carro cuando lo estaciono?; lo cual disminuye por el paso el tiempo. La memoria semántica tiende a incrementarse a lo largo de la vida y es aquella en la cual hay conocimiento almacenado de hechos históricos, localizaciones geográficas, costumbres sociales, significados de palabras, etc. La memoria procedimental también llamada memoria implícita; en donde se encuentran las habilidades motoras, hábitos y formas de hacer las cosas que regularmente es posible recordar sin esfuerzo consciente.

6.3. Psicológicos

Los cambios psicológicos están relacionados con la personalidad ya que es un rasgo estable a lo largo de la vida y va a influir en el proceso de envejecimiento; personalidad positiva va a favorecer el estado de ánimo y el bienestar subjetivo de la persona, va a proteger, la salud psicológica, la capacidad de aceptar y adaptarse a los cambios propios de la edad (Monroy, 2005).

Hay otros factores que determinan el estado psicológico de la persona, el estado de salud general y la ausencia de psicopatologías asociadas, el nivel cultural, la actividad física y la mental, los estímulos ambientales, la existencia de intereses y motivaciones, las relaciones personales (Monroy, 2005).

6.3.1. Afectividad y Emociones

Mishara y Riedel (1986) mencionan que la investigación es escasa en cuanto a la emoción y que regularmente se dice que el adulto mayor son personas difíciles, irritables, depresivas, etc. Se puede mencionar que hay factores que determinan la satisfacción general, la salud y los ingresos que están relacionados con la afectividad.

Moragas Moragas (1991) menciona que las aptitudes intelectuales ejercen influencia sobre el control de las emociones incluso que hay una estabilidad en los sentimientos que se mantiene y lo que origina a lo largo de la vida, Reig (2000); una mayor estabilidad emocional.

Beauvoir (1983) menciona que hay rasgos que caracterizan la relación de las personas adultas mayores con los demás de manera afectiva. La **ansiedad** en el adulto mayor disminuye las relaciones a su alrededor, donde solo ve amenazas y provoca una desconfianza e incluso piensa que los demás quieren manejar sus vidas; se observa **cambios drásticos de humor** ya que manifiestan sus emociones en mayor frecuencia y lloran con facilidad. Tiende a relacionarse con otros adultos mayores ya que tiene recuerdos y formas de pensar similares e incluso la actitud de indiferencia se observa especialmente en los hombres, ya que las adultas mayores llegan a tener más intereses en común.

Las relaciones de las personas adultas mayores con los hijos llegan hacer condicionadas originando un desequilibrio afectivo, presentándose dificultades en las interacciones (Belando, 2001).

Se dice que los sentimientos cálidos y felices de las personas adultas mayores son los que inspiran sus nietos y las relaciones de los hijos, como la de los nietos son significativas para el desarrollo afectivo a lo largo de la vida; se da mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres; originado porque la mujer está acostumbrada a vivir para los demás y a través de ellos (Belando, 2001).

6.3.2. Personalidad

Uno de los principales elementos de la personalidad es la *actitud* Yela (1979); Monroy (2005) menciona dos actitudes básicas: abiertas y cerradas, o de apertura y clausura Figura 1.

Yela (1979), menciona que estas actitudes pueden observarse de manera combinada y el grado será de manera diferente en cada una de las personas e incluso que unas dominaran sobre otras, y que a través de la vida se van fortaleciendo o transformando. (Ver tabla 1) características de actitud en el adulto mayor.

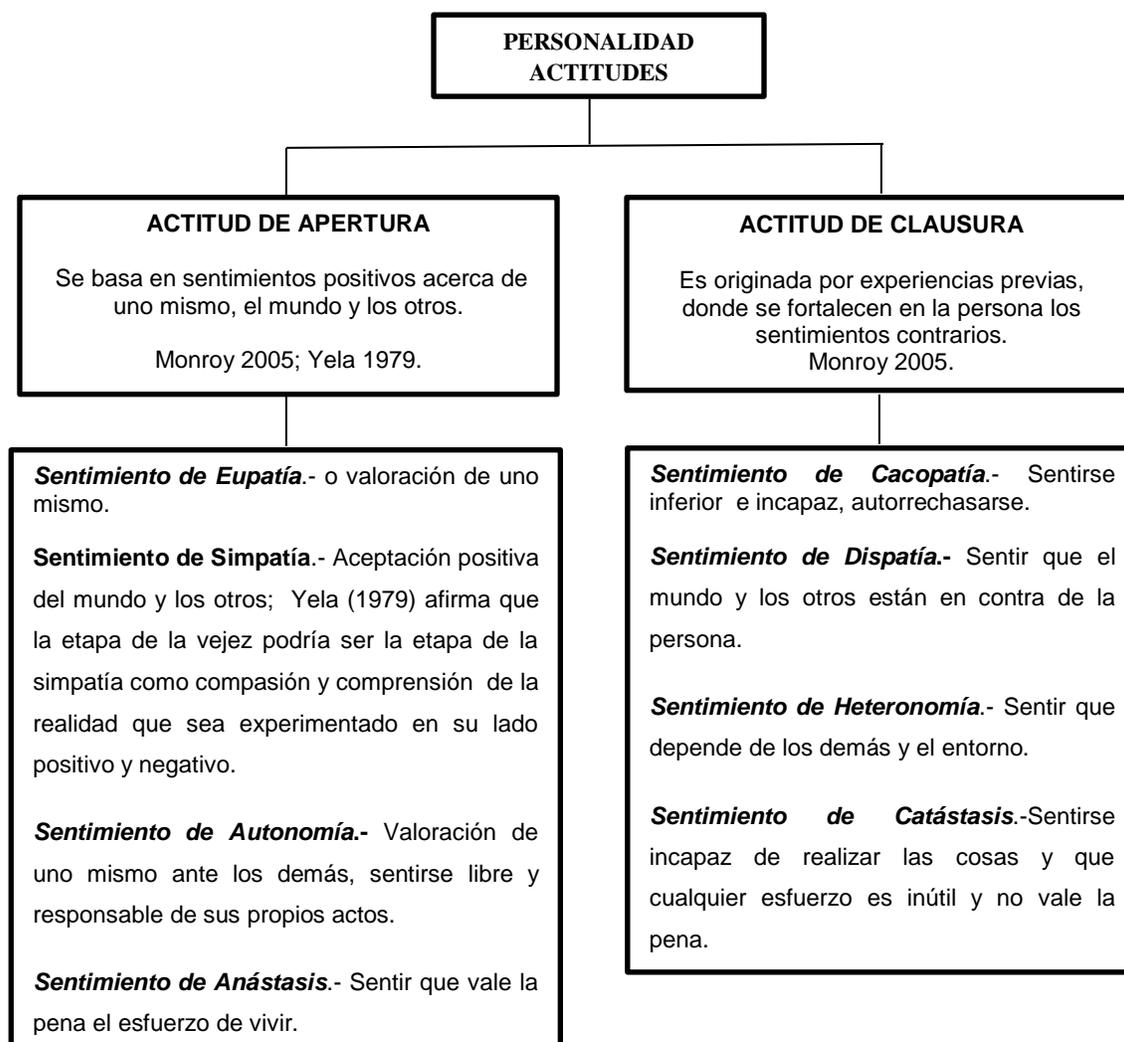


Fig.1. Actitudes básicas de la personalidad en la vejez, Monroy 2005; Yela, 1979.

Tabla 1.
Características de actitud propuesta por Yela (1979).

ACTITUD ABIERTA	ACTITUD CERRADA
<p>Tiene que enfrentarse a las dificultades y cambios que pueden considerarse como problemas y resolverlos; la conducta reaccionara y provoca ciertas funciones que facilitaran el conocimiento de si mismo así como darse a conocer a los demás por medio de la interacción, aprender y desarrollarse de manera personal.</p>	<p>Todo cambio y dificultad se cree que son amenazas de las cuales se tiene que defender, la conducta se encuentra a la defensiva incluso se bloquea, se oculta de si mismo y de los demás, lo que ocasiona que el conocimiento, la comunicación y cooperación se dificulte, se disminuye la posibilidad del aprendizaje y desarrollo personal.</p>

6.4. Sociales

La pérdida de relaciones sociales con lleva también la pérdida de roles, de recuerdos, incluso de la propia identidad; con la desaparición de las personas significativas también desaparecen las relaciones a lo largo de la vida personal. La motivación de la persona adulta mayor para establecer nuevas relaciones, disminuye así como la autonomía y la autoestima, lo que provoca aislarse y refugiarse en una soledad en la que creen sentirse seguros (Pedregal S. J., Rodríguez S. L., Rodríguez P. A. , 2003).

Con respecto a los cambios sociales que tiene el adulto mayor se mencionan las siguientes características (Pedregal et al., 2003):

- La disminución o ausencia de actividad social, se va reduciendo paulatinamente con el paso del tiempo.
- Al reducirse la frecuencia de las relaciones sociales, se refuerza su valor y se hacen más gratificantes, dedicando más tiempo a su mantenimiento.
- Se observa que la *calidad* de la interacción resulta ser más determinante que la *cantidad*.

El término *muerte social* aplicado a las personas mayores se refiere a la situación de aislamiento, a la sensación de soledad y a la limitación de la independencia que acompañan a la vejez (Pedregal et al., 2003).

6.5. Sexualidad

La sexualidad llega a ser una relación de pareja o de amistad. La vivencia sexual de los mayores está condicionada por influencias sociales relacionadas con las creencias religiosas, la educación recibida y por la actitud de las otras personas (familia, amigos, compañeros) hacia este aspecto (Pedregal et al., 2003).

El entorno socioafectivo se ve afectado negativamente por la edad y el ingreso en una institución, así como la posibilidad de establecer nuevas relaciones íntimas; la sociedad margina a los mayores y la conducta sexual es restringida por la cultura y pensamiento de la misma (González, 2002).

El concepto de sexualidad se basa en la calidad de la relación más que en la cantidad y se completa en relación con los aspectos de personalidad, el género, la intimidad, los pensamientos, sentimientos, valores, intereses, creencias; entre otros (Pedregal et al., 2003).

Los adultos mayores recibieron en su juventud una educación sexual deficiente y, en la actualidad, continúan desinformados (guardan creencias negativas al respecto) y temen pedir información. Cuando, en el mejor de los casos, se atreven a pedirla, lamentablemente se suelen encontrar con respuestas evasivas, incluso de los propios profesionales. Los mayores que mantienen el deseo o la actividad sexual normalizada se suelen sentir avergonzados por los estereotipos sociales que plantean que la sexualidad y la vejez son situaciones incompatibles. En la tabla 2 y 3, se mencionan cambios relacionados con la sexualidad en el Adulto Mayor (Pedregal et al., 2003).

El mito mayor mencionado por la sociedad es que la mujer mayor no requiere del sexo, que es innecesario en sus vidas y que es impropio, "anormal", a sus años; y se observa el prejuicio "el sexo en el adulto mayor" (Herrera ,2003).

Tabla 2.

Cambios relacionados con la sexualidad en la mujer adulta mayor Pedregal et al. (2003)

CAMBIOS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD EN LA MUJER ADULTA MAYOR

- Disminución del tamaño de ovarios, trompas y útero y atrofia de la mucosa de endometrio, cuello uterino y vagina.
 - Tras la menopausia, reducción de los niveles estrógenos y androgénicos.
 - Enlentecimiento de la fase de excitación sexual.
 - Menor y más lenta secreción de moco cervical, provocando dificultad en la penetración y, posiblemente, dolor. La vagina se hace más vulnerable a posibles lesiones por roce.
 - Menor grado de acidez del medio vaginal, aumentando el riesgo de infecciones.
 - Vagina más corta y menos elástica.
 - Disminución en frecuencia e intensidad de las contracciones orgásmicas.
 - Menor rubor cutáneo y más limitado, tensión muscular en el coito y tensión mamaria.
 - Aceleración del descenso postcoital.
 - Disminución del deseo sexual, fuertemente condicionado por la apariencia física y la autoestima.
 - La prevalente incontinencia urinaria inhibe el deseo de contacto íntimo, por prejuicios adquiridos.
 - Se mantiene la capacidad multiorgásmica, pero de menor intensidad.
-
-

Tabla 3.

Cambios relacionados con la sexualidad en el hombre adulto mayor (Pedregal et al., 2003).

CAMBIOS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD EN EL HOMBRE ADULTO MAYOR

- Reducción de los niveles de testosterona.
 - Menor sensibilidad en el pene.
 - Disminución del número de erecciones nocturnas involuntarias.
 - Enlentecimiento de la erección.
 - La eyaculación se retrasa y también la sensación de que la eyaculación es inevitable, lo que se convierte en una ventaja para los eyaculadores precoces.
 - Menor necesidad física de eyacular, menor producción del líquido pre-eyaculatorio, menos volumen y calidad funcional de esperma eyaculado.
 - Menor número e intensidad de las contracciones orgásmicas.
 - Aumenta mucho el periodo refractario tras la erección, lo que puede hacer necesario el transcurso de varios días antes de conseguir otra erección completa.
 - Menor deseo sexual.
 - Cambios en la respuesta sexual.
 - Coitos de mayor duración.
 - Necesidad de caricias directas en los genitales.
 - Disfrute del coito sin necesidad de llegar a la eyaculación.
-
-

El hecho de perder la pareja es uno de los factores que determinan la actividad sexual; les resulta muy difícil la idea de obtener placer nuevamente con otra pareja distinta a su antigua pareja, especialmente cuando la convivencia con la persona fallecida fue satisfactoria o prolongada (Pedregal et al., 2003).

La situación de viudez en las mujeres no tiene el mismo impacto sobre el cese de la actividad sexual que en los varones. Se observa que para las mujeres adultas mayores el mantener relaciones sexuales significa un acto de entrega, ligado a la necesidad emocional. Para muchas la belleza es clave en la percepción de la sexualidad. Para algunas el sentirse deseada sexualmente, pasa por el seguir sintiéndose bellas (Pedregal et al., 2003).

CAPITULO 7

DESENVOLVIMIENTO SOCIAL

El entorno social tiene gran importancia en el desarrollo del individuo. Pero el declive de los contactos sociales y pérdidas que conlleva el envejecimiento; así como el apoyo social, entorno socio afectivo y red social pueden ser limitadas por la falta de interacción y comunicación con las personas.

7.1 Tipos de Apoyo Social

De acuerdo a Escalante (2009), menciona diferentes tipos de apoyo como son;

Apoyo emocional (autoestima): Sentimientos de valoración donde se involucran los cuidados y la confianza, fortalecen la forma de relacionarse con otras personas, dando resultado, sentimientos de comodidad y pertenencia así como vínculos de amistad.

Apoyo tangible (instrumental): La asistencia de materiales básicos como son vestido, vivienda, alimento y ayuda económica.

Apoyo informacional (cognitivo): Asesoría y orientación y sugerencias sobre las actividades que debe realizar el adulto mayor a través de los profesionales.

7.2. Red de Apoyo Social

Practica simbólica-cultural que incluye al conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y así evitar el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando enfrenta dificultades, crisis o conflictos (Montes de Oca, 2000) Figura 1.

El beneficio de tener redes de apoyo social, reduce el estrés, disminuye la presencia de malestares físicos y mentales (depresión), mejora la presión arterial, el estado de ánimo, reduce todo conduce a una mejora en calidad de vida.

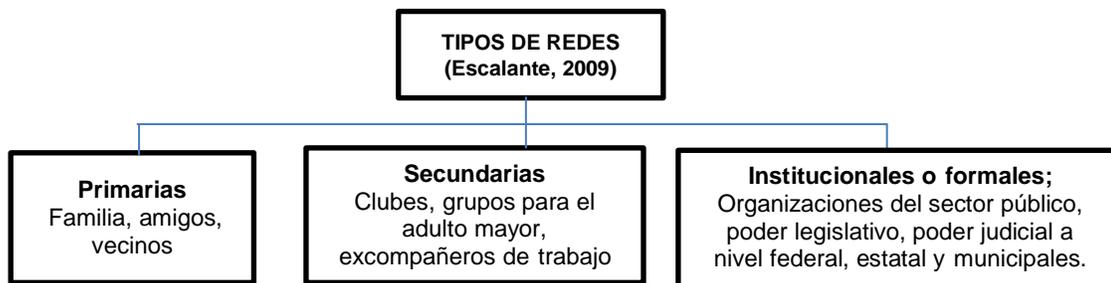


Figura 1. Tipos de Redes por Escalante (2009).

Causas que afectan a la disminución de la red social (Montes de Oca, 2000).

- Mortandad de los miembros.
- Falta de nuevas relaciones significativas.
- Mantener las actividades físicas y mentales resulta cada vez más difícil (p.ej.: dificultad para desplazarse).
- El ingreso en una institución puede provocar alteraciones en la conducta (p. ej.: ideas Paranoides, depresión, soledad, angustia, etc.), que dificultan las relaciones.
- La pérdida de capacidades sensoriales puede disminuir la capacidad de relación (p. ej.: sordera).
- Por la pérdida de las relaciones laborales.

Montes de Oca (2000) menciona que la disminución de la red social trae como consecuencia que las relaciones familiares adquieran una mayor relevancia, ya que serán las que perduren en el tiempo.

7.2.1. Familia

La mayoría de los adultos mayores consideran a la familia como principal satisfacción; pero no es suficiente que se les proporcione la comida, también es de gran valor que la familia platique o se comuniquen con ellos, que les brinde afecto y respeto a su estilo de vida, forma de vestir y de pensar, lo cual los hace sentir bien de salud y mantener el equilibrio emocional (Montes de Oca, 2000).

De acuerdo a distintas investigaciones el 77.9% de los adultos mayores en México vive con su familia (cónyuge e hijos), 11.4% vive con parientes que de alguna manera siguen manteniendo lazos familiares, aunque sea a través de la familia (sobrinos, primos, tíos, abuelos), y 8.1% vive solo (INEGI, 2010).

La familia juega un papel decisivo en la vida del adulto mayor, lo afecta tanto positiva como negativamente. Si una persona de edad avanzada, con todos los cambios físicos, biológicos y sociales a los que tiene que hacer frente, se siente aceptado, apoyado y querido en el seno familiar, tendrá una actitud muy diferente a la de aquel que se ve solo, rechazado y alejado de hijos y nietos (Montes de Oca,2000).

- Los lazos familiares son uno de los principales vínculos sociales que se tienen: la pareja y los hijos suelen ser el principal apoyo de la persona.
- En las mujeres, sobre todo, también se mantienen las relaciones vecinales de toda la vida.
- Aparece el rol de abuelo/a, lo que ocurre es que con el tiempo esta relación va cambiando; de ser una fuente de ayuda, pasa a ser una carga familiar (es en este momento cuando la familia se plantea el ingreso en una institución).

7.2.2. Espiritualidad

La Espiritualidad es un sentimiento que tiene el ser humano y que interactúan aspectos como son; los biológicos, emocionales, mentales y sociales en la etapa de la vejez tiene un significado importante, el cual orienta a pertenecer a un grupo y darle sentido a la vida, al espacio y entorno que rodea al adulto mayor (Zatyrka, 2010).

Se suele llamar espiritualidad o vida espiritual a una serie de prácticas que le permiten al ser humano entrar en contacto con lo más profundo de sí mismo. Es importante mencionar que el aspecto espiritual no necesariamente tiene que identificarse con una religión, ya que se puede tener espiritualidad y no pertenecer a una comunidad religiosa (Zatyrka, 2010).

Algunas investigaciones muestran que cosas como las creencias positivas, el alivio y la fuerza que da la religión, meditación y el rezo pueden contribuir a la curación y a un sentido de bienestar.

Zatyrka (2010), menciona que:

El adulto mayor puede llegar a esta etapa de su vida con una espiritualidad bien cimentada que lo ayudara a vivir con alegría, paz y generosidad. Quienes están en esta etapa pueden ser grandes maestros para las nuevas generaciones compartiendo su sabiduría y el auténtico arte de vivir, a través de lo que se llama “modelaje” una especie de transmisión de saberes-experiencias-actitudes (sabiduría), que son contagiados a los que se acercan. Ese es uno de los principales servicios que los adultos mayores prestan a cualquier sociedad (p. 50).

7.3. Programas de Apoyo

Ante las insuficiencias de la seguridad social, una parte sustancial de la responsabilidad de proteger a los adultos mayores en situación de dependencia ha recaído en los hogares, en las redes sociales y familiares de apoyo.

Los cambios socioeconómicos, institucionales y demográficos han alterado las bases sobre las que originalmente se asentaron y desarrollaron valores culturales como la solidaridad intergeneracional y el apoyo familiar en la vejez (Tuirán, 2003).

El Programa de Atención al Envejecimiento durante el periodo 2000-2006 alcanzó los siguientes avances sobresalientes: La implementación en 1999 del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN), así como de los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento de las Entidades Federativas (COESAENs). Para 2006, se tiene un total de 27 COESAENs en donde participan el Sector Salud, Federal y Estatal, además de Instituciones de Educación Superior (IES) y de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). (Secretaría de Salud, 2004).

En 2004, Secretaría de Salud se implementó los indicadores de envejecimiento en el Boletín “Caminando a la Excelencia”, mismos que han servido como punto de referencia del Programa, “Política Pública Nacional de Vacunación para el Adulto Mayor” con un esquema básico consistente en: vacuna antiinfluenza, antineumococo y toxoide tetánico-diftérico.

Se impulsó una Política Nacional en Materia de Promoción y Prevención a la población en general, a través de la Estrategia de Línea de Vida generándose la Cartilla Nacional de Salud para el Adulto Mayor, misma que fue implementada en el IMSS e ISSSTE con estrategias similares pero con denominación diferente; PREVENIMSS y PREVENISSSTE, respectivamente.

Se realizaron actividades en pro de un envejecimiento activo y saludable, de manera coordinada con el Sector Salud en todo el país. Destacan las Semanas de Salud para Gente Grande (SSGG), las cuales se integraron a la Agenda de Salud, y donde se realizaron 25.5 millones de acciones de prevención y promoción de la salud (Secretaría de Salud, 2004).

Capacitación de manera coordinada entre la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS y la SS, para cuidadores primarios de adultos mayores, los cuales forman parte prioritaria en la atención integral del adulto mayor (Secretaría de Salud, 2004).

Programa de Servicios de Salud (PROSESA 2007-2012). El PROSESA está estructurado en torno a cinco objetivos en la atención de los retos en salud que enfrenta el país que son los siguientes: 1) mejorar las condiciones de salud de la población; 2) reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; 3) prestar servicios de salud con calidad y seguridad; 4) evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud y, 5) garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país. Derivado de lo anterior, se han definido estrategias y líneas de acción (Tuirán, 2003).

Programa de pensión alimentaria para adultos mayores; está dirigida a todos los Adultos mayores de 68 años que radiquen permanentemente en el Distrito Federal o que tengan como mínimo una antigüedad de 3 años al momento de solicitar la inscripción al programa. Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal (IAAM-DF 2012). Consiste garantizar el pleno ejercicio del derecho a la pensión alimentaria a todos los Adultos mayores de

68 años que necesiten de este beneficio. El beneficio económico es de \$897.30 pesos por derechohabiente (IAAM-DF 2012).

En el actual gobierno del Presidente de México Enrique Peña Nieto (2013) en su informe de acciones de 100 días menciona que el apoyo a todo el adulto mayor será a partir de los 65 años de edad, aumentando el porcentaje de los ya beneficiados por el programa de pensión alimentaria (IAAM-DF 2012).

Programa de Oportunidades; es un programa federal para el desarrollo humano de la población en pobreza extrema. Para lograrlo, brinda apoyos en educación, salud, nutrición e ingreso; en el que participan la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Desarrollo Social, y los gobiernos estatales y municipales. Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL, 2012).

Oportunidades desarrolla y promueve acciones para el bienestar de las familias que atiende, donde se incluyen los adultos mayores de 70 años de edad o más, integrantes de los hogares beneficiarios.

Con el propósito de contribuir a mejorar sus condiciones de vida, el Programa entrega, cada dos meses, un apoyo monetario que se calcula mensualmente a partir de la certificación de la supervivencia del adulto mayor en localidades que no son atendidas por el Programa “70 y más” (SEDESOL ,2012).

7.4. Jubilación

De acuerdo a Tuirán (2003) el elemento integrador por excelencia en la sociedad moderna es el trabajo, del cual surgen el prestigio social, los ingresos económicos, el nivel de vida, buena parte de las relaciones sociales y de los grupos de pertenencia y otros referentes básicos para la vida y la identidad de las personas.

El retiro o el abandono definitivo de la actividad económica, que marca el paso a la vejez, es un evento que, vive un proceso de institucionalización parcial en México.

Para una minoría, el retiro del trabajo con la protección de una pensión es un evento posible, en tanto que la gran mayoría, ante la necesidad de obtener ingresos para subsistir, se ve obligada a seguir en la actividad económica mientras sus fuerzas y capacidades se lo permitan (Tuirán, 2003).

Según Villa (2005) la jubilación es un impacto importante en la población adulta mayor ya que durante años se desarrolló una actividad laboral en la que creció profesional, social y económicamente; sin embargo los trabajadores en general no están preparados para aceptar ni enfrentar ciertos cambios ya que dependen económicamente de sus ahorros personales.

Según Villa (2005); menciona que:

El termino jubilación se define como el “cumplimiento de un pacto obrero patronal que reconoce que a determinados años de antigüedad laboral el trabajador adquiere el derecho a una pensión jubilatoria, es decir, la jubilación es por antigüedad en el trabajo” (p.19).

Atchley (1976) propone diversas fases de la jubilación:

a) Prejubilación. Se dividen en dos fases: la primera remota; es una visión en donde se sabe que al concluir una carrera profesional, se inicia el desarrollo laboral y que al terminar esa etapa entonces las personas se acercan a la jubilación, y la segunda cercana; es en donde la persona se da cuenta de que la jubilación está cercana, ya que sus amistades empiezan a jubilarse y principalmente se inicia la jubilación en los esposos hombres. La actitud hacia la jubilación suele ser negativa; los programas de prejubilación pueden llegar a aceptar esta etapa y reducir la ansiedad.

b) Luna de miel. Es en donde la persona se da cuenta de una nueva libertad en tiempo y espacio y tiene una actitud de felicidad, alegría, bienestar, optimismo ya que lo que no pudieron realizar antes, este es el momento de llevarlo a cabo y ocuparlo; ya que suelen viajar, visitar familiares, terminar sus estudios, realizar actividades manuales, recreativas, deportivas e incluso atenderse sus

padecimientos y enfermedades. Esta etapa puede ser corta debido a razones económicas o puede durar años, suele llegar a hacer rutinario pero si esta es de manera satisfactoria ayudara a una estabilización.

c) Desencanto. Para algunas personas es difícil adaptarse a la jubilación ya que conforme se va normalizando las actividades de la vida diaria algunas personas experimentan desencanto e incluso depresión, ya que no pueden realizar ciertas actividades por su situación económica y la salud llega a ser deficiente. Están tan acostumbrados a la rutina del trabajo que les es complicado manejar su propia vida, experimentan pérdida de roles, cambios en su lugar de residencia, etc., hay inclusive periodos más profundos y largos de depresión.

d) Reorientación. La persona deprimida en esta fase tiene que superarse a sí misma y desarrollar objetivos acerca de sus alternativas que ayuden a involucrarse con actividades y que favorecerán a la reestructuración de la rutina de la vida diaria que debe ser satisfactoria. Puede ser que se busque la ayuda de familiares y amigos.

e) Estabilización. Se establece una rutina para el manejo de los cambios. La persona desarrolla criterios para tener recursos que le ayuden a tener una vida satisfactoria. Se puede pasar de la fase de luna de miel directamente a la estabilización. La persona ha dominado su rol de jubilado, sabe cuáles son sus limitaciones y habilidades.

f) Terminación. Las personas creen que la muerte hace que termine su rol de jubilado, incluso por enfermedad y discapacidad ya que se pierde la independencia. También se llega a perder ese estatus de jubilado por la pérdida económica que hace dependiente de los demás.

No existe una edad cronológica para cada una de las fases, e influyen factores psicológicos, sociales y económicos (Atchley, 1976).

7.5 Seguridad Social

Sabemos que la gran mayoría de los adultos mayores (ocho de cada diez) no cuenta con pensiones y casi dos terceras partes de quienes tienen acceso a ellas no perciben lo suficiente para cubrir sus necesidades básicas (Figura 2). Por ello, prevén que la sociedad mexicana deberá desplegar esfuerzos considerables para asegurar la ampliación de la cobertura y garantizar la viabilidad y el equilibrio financiero del régimen de seguridad social, prevenir riesgos y proveer pensiones dignas y suficientes (Tuirán, 2003).

La seguridad social desempeña un aspecto importante en la sociedad, ya que tiene consecuencias económicas y que se extienden hasta el ámbito social y político. A principios del siglo XX se crearon los planes de pensiones de algunas legislaciones estatales (Estado de México y Nuevo León) en donde los patrones debían atender a sus trabajadores en caso de accidentes o muerte (Villa, 2005).

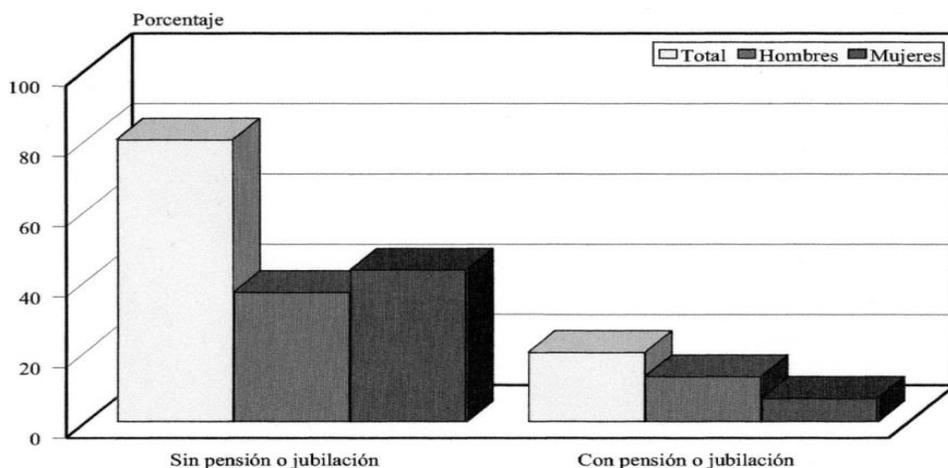


Figura 2. Gráficas de la distribución de los adultos mayores por sexo y condición de pensión o jubilación Fuente: CONAPO

En 1943 el gobierno del presidente Manuel Ávila Camacho, aprobó e implanto una ley de seguridad social, que abarcaba diversos beneficios para los trabajadores asalariados, y que mediante ello se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En donde la legislación incluía, la obtención de pensiones por invalidez, vejez y retiro (Villa, 2005).

Así como la seguridad social para trabajadores del Estado Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) donde se lleva el seguro de retiro, en edad avanzada; a partir de los 70 años de edad y vejez (Villa, 2005).

La seguridad social forma parte de la protección de los derechos del adulto mayor para cubrir sus necesidades básicas, siendo los alimentos un derecho indispensable para la continuidad de la vida y calidad que ayuden a fortalecer el envejecimiento saludable (Villa, 2005).

Conforme a la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social levantada en 2009, una cuarta parte de los adultos mayores se encuentra pensionado (25.5%). Por sexo, este porcentaje es casi dos veces mayor en los varones (34.6%) que en las mujeres (17.6%). En los primeros, más de la mitad de los pensionados (55.4%) son por jubilación, poco más de la tercera parte (33.6%) es por retiro o vejez y sólo (5.7%) es pensionado por accidente o enfermedad de trabajo. En las mujeres esta configuración cambia radicalmente, (47.9%) está pensionada por viudez, (31%) por jubilación y (14.1%) por retiro o vejez (INEGI, 2010).

Por institución, tres cuartas partes (76%) de las pensiones que se le otorgan a los adultos mayores provienen del IMSS, mientras que una sexta parte (16.3%) vienen del ISSSTE (INEGI, 2010) Figura 3.

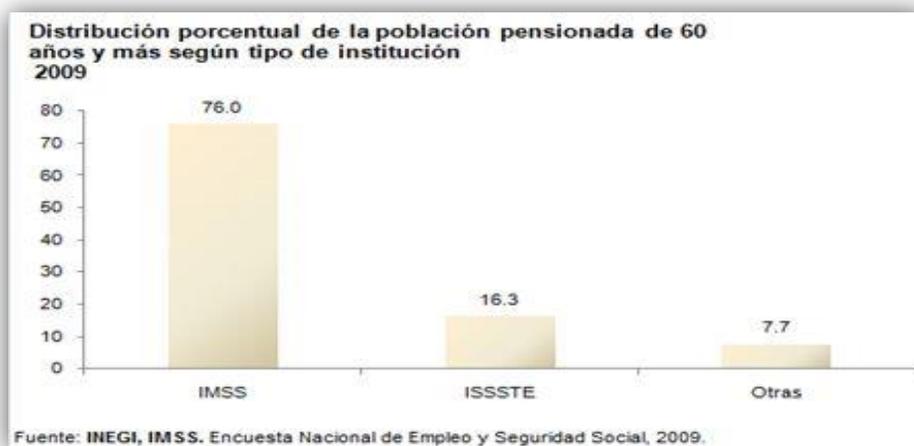


Figura 3. Distribución porcentual de la población pensionada de 60 años y más según tipo de Institución.

7.6. Violencia y Maltrato

De acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española (2001), **violencia** viene del latín violencia, que se aplica a estar fuera del estado natural, o con el genio arrebatado que se deja llevar fácilmente por la ira, fuera de la razón y justicia.

Al respecto Vidal, Alarcón, Lolas (1995) definen la violencia como: “Una conducta es violenta cuando se dirige a dañar o destruir un receptor animado o inanimado. La violencia es rara en la misma especie, pero la humana es singular, tal vez, la única que depreda a sus congéneres”. La OMS (2002), la define como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectiva, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de producir lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones”.

El maltrato hacia las personas adultas mayores, es un problema social actual y de salud pública y el número de casos de maltrato va en aumento.

La OMS en Barbero y Moya (2005) propone;

“El maltrato a personas mayores, como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza” (p.24).

El maltrato definido por la Declaración de Toronto, (2002):

El maltrato de las personas mayores es una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación.

“Enfrentarse al maltrato de personas mayores y reducirlo requiere un enfoque multisectorial y multidisciplinario”. “Envejecimiento activo, Un marco político” OMS.

7.6.1 Tipos de maltrato a personas mayores

Barbero y Moya (2005), menciona las características de cada tipo de maltrato:

FÍSICOS: Daño corporal, dolor o deterioro físico, producidos por fuerza física o violencia no accidental; golpes, quemaduras, tirar del pelo, alimentación forzada, utilización injustificada de restricciones físicas, uso inapropiado de fármacos, etc.

PSICOLÓGICOS: Causar intencionadamente angustia, pena, sentimientos de indignidad, miedo o estrés mediante actos verbales o no verbales; amenazas, insultos, burla, intimidación, humillaciones, infantilización en el trato, indiferencia hacia su persona, darle tratamiento de silencio, aislamiento, no respetar sus decisiones, ideas o creencias, etc.

SEXUALES: Comportamientos (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc.) o contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento; acoso sexual, tocamientos, obligar a la víctima a realizar actos sexuales al agresor, violación, realización de fotografías, etc.

FINANCIEROS: Utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades, o recursos de una persona mayor; tomar sin permiso dinero, joyas, etc., falsificación de firmas, obligarle a firmar documentos o testamento, uso inapropiado de la tutela o curatela (representación legal que son incapaces por demencia), ocupación del domicilio, etc.

NEGLIGENCIA Y ABANDONO: Rechazo, actitud negativa o falta para iniciar, continuar o completar la atención de las necesidades de cuidado de una persona mayor, ya sea voluntaria o involuntariamente, por parte de la persona responsable (de forma implícita o acordada) de su cuidado; no aportar medidas económicas o cuidados básicos.

OBSTINACION TERAPÉUTICA: Utilización de medios desproporcionados para prolongar artificialmente la vida biológica de un paciente con enfermedad irreversible o terminal.

Por lo regular el maltrato al adulto mayor en la familia es causado por uno de los miembros que suele ser el principal cuidador. El maltrato doméstico suele ocultarse, y no son fáciles de detectar, por tal motivo no se denuncia.

7.6.2 Factores de Riesgo

En Noviembre de 2002, bajo la iniciativa de la Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez (INPEA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se reunieron expertos de diversos países de Toronto y con base en el Plan internacional de Acción de las Naciones Unidas adoptado por todos los países en Madrid (Abril del 2002), se elaboró una declaración denominada “Declaración de Toronto”(2002), es un llamado a la Acción dirigido a la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores (Barbero y Moya 2005 Ver tabla 1).

Tabla 1.
Factores de riesgo que llevan a los malos tratos Barbero y Moya (2005).

FACTORES DE RIESGO (BARBERO, J. Y MOYA, A. 2005)	
<p>INDIVIDUALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro físico • Alteraciones en las funciones cognitivas • Dependencia emocional • Género, • Persona de edad muy avanzada • Estrés. • Problemas asociados con el abuso del alcohol 	<p>RELACIONADOS CON LOS RESPONSABLES DEL CUIDADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidador desde hace mucho tiempo o con agotamiento • Aislamiento social del cuidador • Estrés • Problemas económicos • Diferentes tipos de trastorno mental • Cuidador único, inmaduro o aislado
<p>ENTORNO O ESTRUCTURALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pobreza, falta de recursos • Discriminación • Estereotipos negativos de la vejez como una carga • Relaciones Intergeneracionales deficientes • Pérdida de amigos y miembros de familia, reducen las necesidades de interacción social • Aislamiento social, por deficiencias físicas o mentales • Normas culturales, tradiciones y prejuicios 	<p>MALOS TRATOS EN INSTITUCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal poco preparado • Bajos salarios • Sobrecarga en el trabajo, escasez de personal • Estructura física inadecuada a la necesidades del adulto mayor • Escasez de recursos materiales • Falta de ética profesional

7.7. Calidad y Proyecto de vida

Calidad

Calidad de vida es un concepto que involucra aspectos físicos, psicológicos, ambientales, sociales y culturales. La satisfacción de las necesidades es lo que determina la calidad de vida como el bienestar social, la salud, la vivienda, la alimentación y la educación (Gonzalo, 2002).

En una investigación realizada por Vera (2007), identificó semejanzas relacionadas con la calidad de vida del adulto mayor y son las siguientes:

- a) Que el adulto mayor sea cuidado y protegido con dignidad por parte de la familia para su bienestar respetando sus condiciones como persona ya que es un derecho.
- b) Los valores y actitudes hacia el adulto mayor lo hacen sentir valorado en conjunto con el respeto, afecto y amor se logra un trato cálido.
- c) Como ser social necesita continuar con su libertad de acción y comunicación así como disponer económicamente para satisfacer sus necesidades. Una de las responsabilidades de la familia es la seguridad económica del adulto mayor.
- d) Un elemento principal de la calidad de vida del adulto mayor es tener paz y tranquilidad y la familia satisfacer las necesidades básicas.

Proyecto de vida

El proyecto de vida es una capacidad que poseemos los seres humanos para vernos a nosotros mismos como nos gustaría ser en un futuro, con el fin de **dar sentido a la vida**. No hay una guía de cómo debe ser un proyecto de vida, este debe ser individual y basado en los sueños que cada persona tiene.

Definitivamente no es algo que se encuentre en el exterior, lo que implica que **la persona se debe volver dueña de sí misma y construirlo a través de la propia**

reflexión, puede, por ejemplo, revisarse los sueños adolescentes que no se tuvo tiempo de realizar (Flores, 2011).

La motivación es un elemento importante para que el adulto mayor se desarrolle en todos los ámbitos y que además sea el impulso a proponer un proyecto de vida en la vejez que ayude a la calidad de vida del adulto mayor (Moragas, Moragas 1991). Define las motivaciones como “*los impulsos que mantienen en acción a los humanos*” (p.91).

7.7.1. Tipos de proyectos que elaboran los Adultos Mayores

Tipos de Proyectos propuestos por Ciano (2010):

-Proyectos Educativos: Obtención de conocimientos, integrarse de manera activa a grupos o clubes de la tercera edad y estimular las funciones cognitivas.

-Proyectos Sociales: Generar beneficios para la sociedad principalmente la construcción y fortalecimiento de espacios para adultos mayores en Instituciones.

-Proyectos Personales: Relacionados con la familia, pareja y amistades.

-Proyectos Laborales: Actividad en donde aporten su experiencia laboral.

7.7.2 Obstáculos para la elaboración de proyectos

Ciano (2010), menciona los siguientes obstáculos:

- No contar con recursos económicos
- Estado de Salud (Patologías físicas y/o psicológicas)
- Cuidados hacia los nietos y padres, volviéndose incluso dependientes de sus hijos.
- Falta de apoyo por familiares y amistades para llevar a cabo sus proyectos.
- Prejuicios hacia la vejez limitando la elaboración de nuevos proyectos.
- Baja Autoestima, desvalorización y el no reconocer habilidades y capacidades.

CAPITULO 8

DEPRESIÓN

Nance (2010), todas las personas tienen, en algún momento de la vida experiencias de tristeza, luto o melancolía. También se sufre de pérdidas, crisis y dolor, pero si estos sentimientos no pasan en aproximadamente seis semanas, podríamos hablar de depresión. Más aun cuando estas características interfieren en la vida cotidiana y en el desempeño normal; se habla de un trastorno depresivo.

Bello et al., (2005) han observado una prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel nacional de 4.5%, con 5.8% en mujeres y 2.5% en hombres. La prevalencia de depresión aumenta conforme la edad avanza y baja con niveles de educación más altos. En un estudio 7,449 adultos mayores en la Ciudad de México, notaban una prevalencia de depresión mayor de 13.2 %, con 1 de cada 8 adultos mayores mexicanos con síntomas de depresión mayor.

8.1. Trastornos depresivo grave y distémico

Existen varios tipos de trastornos depresivos, se clasifica de acuerdo a su gravedad: ligera moderada o grave. Los trastornos, más comunes que se ven el adulto mayor es **el trastorno depresivo grave y el trastorno depresivo distémico** (Nance, 2010).

El trastorno depresivo grave se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de actividades que antes resultaban placenteras (DSM IV TR, 2003). La depresión grave incapacita y le impide desenvolverse normal a la persona (Nance, 2010).

El trastorno distémico son estados de ánimo anormales, frecuentes en la edad adulta y más todavía en la senectud; los síntomas; son pérdida del apetito, insomnio, disminución del impulso sexual, pérdida de peso, pérdida de interés para acontecimientos familiares y sociales, visión pesimista, disminución en las actividades, baja autoestima, etc. Estas situaciones al adulto mayor los lleva a

pensar que la vida ya no tiene sentido y lo que deben esperar es que llegue la muerte (Gonzalo, 2002).

8.2. Signos y síntomas

D'Hyver (2006), menciona que el adulto mayor tiende a expresar con frecuencia quejas somáticas y a disminuir el estado de ánimo; a continuación se mencionan signos y síntomas comunes de la depresión en el adulto mayor. Ver tabla 1.

Tabla 1.
Síntomas y signos comunes de la depresión del adulto mayor D'Hyver (2006).

Signos y síntomas comunes de la depresión en el adulto mayor	
Síntomas	Signos
Disminución de la satisfacción	Postura inmóvil
Pérdida de intereses	Expresión triste
Llanto	Falta de cooperación
Irritabilidad	Retraimiento social
Miedo y ansiedad	Hostilidad
Preocupaciones desproporcionadas	Variaciones del humor
Desesperanza	
Sensación de fracaso	Aspecto desaliñado
Sentimiento de Soledad	Crisis de llanto o gemidos
Baja autoestima	Pérdida de peso
Pesimismo	Bradilalia (lentitud anormal en el lenguaje)
Autoacusaciones y críticas	Movimientos lentos
Pensamientos suicidas	Gesticulación minimizada
Ideas delirantes	Marcha lenta y torpe
Alucinaciones	Mutismo
Dificultad de concentración	Estupor
Fallas en la memoria y la concentración	Sueño Inquieto
Anorexia, astenia	Brotos de Agresividad
Trastornos del sueño	
Pérdida de la libido	
Inquietud	
Síntomas somáticos importantes	

8.3. Factores de riesgo y trastornos que pueden causar depresión el adulto mayor

Es posible desarrollar depresión con o sin los factores de riesgo. Sin embargo, mientras más factores de riesgo se tengan, será mayor la probabilidad de desarrollar depresión. Factores de riesgo que pueden causar la depresión en el adulto mayor (Blazer, 2001; Nance, 2010; Sainz, 2001). Ver tabla 2.

Tabla 2.

Factores de riesgo y trastornos que pueden causar depresión en el adulto mayor (Blazer, 2001; Nance, 2010; Sainz, 2001).

FACTORES PSICOLÓGICOS	Pérdida física o psíquica, pérdida de relaciones, respuestas agresivas ante las frustraciones y baja tolerancia, conductas perfeccionistas que provocan hostilidad hacia uno mismo y hacia los demás, expresiones de violencia, predominio de síntomas somáticos, ansiedad, sentimiento de culpa o autoreproches, ideas suicidas, alteraciones en el sueño, agitación, Hipocondriasis.
FACTOR DE PERSONALIDAD Tellenbach 1969	La personalidad obsesiva-compulsiva tiene mayor riesgo de padecer el "tipo melancólico", su fijación es hacia los límites rígidos no trascendida, su necesidad de rendimiento, de sentirse en deuda hacia el otro y sentir culpa. Con la jubilación en este tipo de personas provoca un vacío difícil de superar ya que el trabajo es determinante en su vida.
FACTORES NEUROLÓGICOS	Se produce un enlentecimiento de la transmisión neuronal, una disminución del flujo cerebral. Enfermedad de Alzheimer, enf. De Huntington, enf. de Parkinson, esclerosis múltiple, enf. Vascular.
FACTORES SOMÁTICOS	El sistema endocrino es más lento conforme avanza la edad y a los cambios externos e internos y se produce desregulación en los ritmos circadianos (biológicos): temperatura corporal, secreción de cortisol, volumen urinario y sobre todo el sueño se suele despertar con mayor frecuencia, le es difícil dormirse. Problemas hormonales
CAMBIOS PSICOSOCIALES	Muerte de seres queridos, hijos o cónyuge, pérdida de salud o de alguna parte del cuerpo y pérdida de autoestima, la jubilación, aislamiento, soledad, bajos ingresos económicos, falta de redes de apoyo, falta de oportunidades, frustración de la vida.
FÁRMACOS	Muchos de los tratamientos médicos favorecen la depresión ya que muchos de los adultos mayores ingieren uno o varios fármacos a la vez así como tratamientos con radioterapia profunda.

8.4. Diagnóstico

Nance (2010), menciona que el diagnóstico de los pacientes con depresión, puede ser difícil debido a la presencia de otros síntomas relacionados con algunas enfermedades. Sin embargo debe realizarse una evaluación médica, clínica, social, psicológica de manera exhaustiva que determinen la presencia de la depresión. Algunas investigaciones sugieren el uso de Escalas como:

8.4.1. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en (1982), y consta de 30 preguntas de formato si-no.) Sheikh y Yesavage (1986) desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original mejorando la facilidad de la administración. Un puntaje de 6 o más respuestas positivas sugiere depresión (Fernández – Ballesteros, 2000). Anexo.

8.4.2. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

El Cuestionario de Goldberg, o E.A.D.G. en la versión española (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg), fue desarrollado por este autor en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de tamizaje (estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en individuos) Goldberg (1988). La versión en castellano ha sido validada por Montón C. y cols. (1993). Anexo

El Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg contiene 2 subescalas con nueve preguntas en cada una de ellas: subescala de **ansiedad** (preguntas 1–9) y subescala de **depresión** (preguntas 10–18). Las 4 primeras preguntas de cada subescala (preguntas 1–4) y (preguntas 10–13) respectivamente, actúan a modo de precondición para determinar si se deben intentar contestar el resto de preguntas. Concretamente, si no se contestan de forma afirmativa un mínimo de 2 preguntas de entre las preguntas 1–4 no se deben contestar el resto de preguntas de la primera subescala, mientras que en el caso de la segunda subescala es suficiente contestar afirmativamente a una pregunta de entre las preguntas 10–13 para poder proceder a contestar el resto de preguntas (Leturia ,2001). Anexo

8.4.3. Escala de Hamilton

La escala de valoración de Hamilton 1960 para la evaluación de la depresión (Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido.

Hamilton (1960), su versión original constaba de 21 ítems posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos.

La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52.

8.4.4. Escala de Zung

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung (1965), es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país por Conde y cols. (1970) y ha tenido una amplia difusión.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras (Anexo).

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

8.5. Pérdidas y duelo

A lo largo de la vida se sufre de pérdidas físicas, emocionales, económicas, estructurales, etc. En la etapa de la vejez se viven pérdidas en donde el adulto mayor suele experimentar soledad y situaciones de estrés, que ocasionan la depresión y problemas somáticos que limitan la calidad de vida del adulto mayor (Papalia, 2005).

Chávez (2011) menciona que **la muerte y la separación** son dos de las pérdidas más importantes que puede experimentar una persona. **La pérdida más absoluta y contundente** es la muerte de uno mismo o un cambio radical en el cuerpo, como el perder la vista o un miembro, o una enfermedad física que deteriora, el cáncer, esclerosis múltiple y otras, que afectan la apariencia o la fuerza vital. **El segundo tipo de pérdida** más seria es la separación de personas significativas en nuestra vida por muerte, divorcio o abandono. Pérdida de objetos materiales, equipo recreativo, fotografías, alhajas que tengan un valor sentimental. Ataques físicos, como los asaltos con violencia o la violación, pueden ser devastadores emocionalmente, dependiendo de la persona y las circunstancias del hecho. Un accidente físico que requiera una restauración prolongada también es una pérdida severa para el yo. **El tercer nivel de pérdidas** que requiere ajustes a nuevas formas, son los cambios normales del desarrollo en la vida, tales como la adolescencia, el inicio o el final de la escuela, traslados, matrimonio, cambios relacionados con la edad que ocurren en el cuerpo, como perder el cabello, reducción de energía, o aun convertirse en abuelo. **La cuarta es la pérdida** de objetos importantes, dinero, esperanzas, aspiraciones o expectativas, así como cambios en el medio social, o la renuncia a un proyecto preciado.

Pérdidas múltiples

Con la edad, el número de muertes de amigos y miembros de la familia aumenta, este número cada vez mayor de pérdidas en un período breve, puede hacer que la persona se desborde y no elabore los duelos. Además de estas pérdidas, hay otras que puede experimentar la persona de edad, como la pérdida de ocupación,

de su ambiente, de las relaciones familiares, de la actividad física, incluyendo las discapacidades físicas y, para algunos, la pérdida del funcionamiento cerebral. Experimentar la pérdida de personas de su generación como el cónyuge, los amigos o los hermanos puede aumentar la conciencia personal de la propia muerte, lo cual puede llevar a una ansiedad (Chávez, 2011).

Duelo

El duelo consiste en la perturbación emocional, la ansiedad por la separación, la desesperanza, la tristeza y la soledad que surgen tras la muerte de un ser querido. La ansiedad que se produce por la separación se centra en lugares y objetos que se asocian con la persona y que provoca llanto, así como un deseo o necesidad de recuperar a esa persona ya fallecida (Chávez, 2011).

Según Chávez (2011), las manifestaciones del duelo puede presentarse como: sentimientos de tristeza, enfado, culpa y autorreproche, ansiedad, soledad, shock, anhelo, alivio e insensibilidad.

Sensaciones corporales; vacíos en el cuerpo, opresión en el pecho, opresión engarganta, falta de energía, incomodidad ante el ruido, falta de aire, entre otras (Chávez, 2011).

8.6. Tratamiento de la depresión en el adulto mayor

Little et al (1998), menciona que la depresión aun en casos más graves, es un trastorno tratable, y para su atención requiere una valoración médica a través de estudios y pruebas, ligado con especialista de la salud mental; para determinar el tratamiento con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de ambos.

8.6.1 Tratamiento Farmacológico

Los medicamentos antidepresivos normalizan las sustancias químicas en el cerebro llamadas neurotransmisores; (serotonina, norepinefrina y dopamina principalmente) ya que estas sustancias participan en la regulación de los estados de ánimo (Nance, 2010).

Según Nance (2010), menciona que los adultos mayores deben tomar dosis regulares durante al menos tres o cuatro semanas, para tener un efecto terapéutico completo. Algunos de los medicamentos deben suspenderse gradualmente para que el organismo tenga tiempo para ajustarse.

8.6.2 Tratamientos No Farmacológicos

Gutiérrez (2010), divide a los tratamientos no farmacológicos en los siguientes:

a) Terapia Electroconvulsiva. Llamada también terapia de choque, administrada a personas con depresión refractaria, riesgo suicida, depresión psicótica; y requieren de 2 a 3 aplicaciones a la semana y otros de terapias de mantenimiento; sus efectos secundarios son la desorientación, confusión o pérdida de la memoria, los cuales pueden desaparecer después de terminar la terapia.

b) Intervención Psicoterapéutica. Es utilizada en la depresión leve o moderada y actualmente es utilizada de manera combinada (terapia farmacológica e intervención psicoterapéutica) y es más efectiva en depresión grave.

c) Intervención psicosocial. Su función es mejorar el entorno, manteniendo sus relaciones con los demás, así como las redes sociales. Una técnica utilizada es la integración a grupos de ayuda o clubes de adultos mayores.

8.7. Terapia Ocupacional en Gerontología

Atendiendo a la definición propuesta por la Asociación Americana de Terapia ocupacional (AOTA), 1986; Durante (2001):

“Terapia ocupacional es el uso terapéutico de actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida” (p.14).

Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Navarra (APTONA) (2004) definen la **Ocupación** como; “la actividad principal del ser humano a través de la cual la persona controla y equilibra su vida. La ocupación se define, valora, organiza y adquiere significado individualmente dependiendo de las aspiraciones, de las necesidades y entornos de dicha persona” (p.9).

Para la clasificación y el estudio de las ocupaciones que puede desempeñar el ser humano, de manera tradicional se ha optado por una, realizar una división en tres niveles: el autocuidado, la productividad y / o el ocio y tiempo libre (Culler, 1998).

Según Millán (2006), la Terapia Ocupacional tiene como objetivos:

- Conseguir el mayor grado posible de autonomía o independencia funcional.
- Aumentar la calidad de vida del paciente.
- Promover y mantener la salud y prevenir la incapacidad.
- Integración del individuo en todos sus aspectos: físico, psíquico, social y laboral.
- Manejo de la Depresión.

8.7.1 Áreas Ocupacionales en el Adulto Mayor

La terapia ocupacional considera al individuo como un ser biopsicosocial y, por tanto, se ocupa y trabaja sobre su cuerpo, mente y vida en todos los aspectos (Durante, 2001).

En la Actualidad se cree que para mantener la salud, las ocupaciones de los individuos deben mantener un equilibrio en la habilidad de cuidar de ellos mismos (actividades de automantenimiento), su contribución al entorno social y económico (actividades productivas) y la satisfacción y disfrute de la vida (actividades de ocio) (APTONA, 2004).

La Terapia Ocupacional puede prestar servicio profesional, en un contexto hospitalario, domiciliario y comunitario, a todo individuo que tenga riesgo de sufrir

o sufra una afectación en sus áreas ocupacionales (actividades de automantenimiento, productivas y de ocio) como es el caso de personas con discapacidad física, sensorial, psíquica o social (APTONA 2004).ver tabla 3.

La Terapia Ocupacional enfoca sus objetivos hacia la funcionalidad, para hacer a la persona lo más Independiente posible, delegando todas las capacidades que aún no se han perdido y dotando a la persona de otros tipos de herramientas para desarrollar las funciones diarias (Culler, 1998; Durante, 2001).

Su objetivo fundamental (Culler, 1998; Durante, 2001).

- Es mejorar la calidad de vida del individuo y fomentar la independencia
- Estimular los aspectos cognitivos de la persona, previniendo y enlenteciendo, en la medida de lo posible, el deterioro cognitivo. La actividad artesanal, es decir, actividades ocupacionales significativas y con propósito, tienen fines terapéuticos.

Tabla 3.
En Terapia Ocupacional se conocen tres áreas de ocupación Según Millán, 2006 (APTONA) (2004):

<p style="text-align: center;">1.AREA OCUPACIONAL DE AUTOMANTENIMIENTO</p>	<p>- Actividades de la vida diaria básicas (A.V.D.b): actividades de autocuidado (vestirse, alimentarse, asearse,...) Indispensables para sobrevivir.</p> <p>- Actividades de la vida diaria instrumentales (A.V.D.i): son actividades más complejas que las anteriores e indicarían la capacidad del individuo para vivir de forma autosuficiente en su entorno habitual (control de la medicación, de los asuntos económicos, de las cuestiones administrativas, de la dieta, de la tecnología existente a nuestro alrededor,...) necesarias para vivir de manera independiente.</p> <p>- Actividades de la vida diaria avanzadas (A.V.D. a): no son indispensables para el mantenimiento de la independencia y están en relación con el estilo de vida del sujeto. Son actividades que permiten al individuo desarrollar sus papeles: ocio, participación en grupos, contactos sociales, viajes, deportes,...necesarias para una vida socialmente satisfactoria.</p>
--	---

<p>2. AREA OCUPACIONAL PRODUCTIVA</p>	<p>Actividades remuneradas o no, que proporcionan un servicio a la comunidad.</p> <p>Estas actividades están relacionadas con el cuidado del hogar (trabajos domésticos, jardinería, mantenimiento de la propiedad y del coche,...), con el cuidado de la familia (preparación de la comida, cuidado de los miembros de la familia, compras, atención a los animales de compañía,...) y con el trabajo (remunerado, no remunerado, estudios,...).</p> <p>Estas actividades proporcionan sentimiento de utilidad, de confianza personal e identidad social.</p>
<p>3. AREA OCUPACIONAL DE OCIO</p>	<p>Conjunto de ocupaciones (actividades, tareas o roles) a las que el individuo puede dedicarse de manera libre y voluntaria cuando se ha librado de sus obligaciones profesionales o sociales, sea para descansar o para divertirse, sea para desarrollar su información o su formación desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad creadora.</p>

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Tipo de Propuesta: Manual para la atención del Adulto Mayor en México.

INTRODUCCIÓN

Para el año 2050, se espera que México complete su proceso de transición demográfica, lo cual implicara que aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos tenga 60 años y más (OMS, 2000).

Como se sabe, el envejecimiento de la población exige la intervención social en múltiples áreas; sanitaria, legislativa, laboral, de tiempo libre y ocio, etc., lo cual a su vez, requiere la creación de medios humanos y técnicos para hacer frente a tales necesidades de atención e intervención.

En este sentido, distintos organismos internacionales como Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud o la Unión europea, han formado constantes recomendaciones a sus países asociados sobre la necesidad de preparar y promover la especialización de profesionales para una mejor atención de las personas mayores (ONU, 2007).

Las estrategias de atención y servicios especializados para adultos mayores en México son escasas.

La OMS define los cuidados de tiempo prolongado, aquellos en donde la persona no es capaz de realizar, de manera independiente, sus actividades básicas de la vida diaria como son; el bañarse, alimentarse, trasladarse, manejar sus medicamentos, etc., y requiere de apoyo para su autocuidado. Estos cuidados pueden ser realizados ya sea por los cuidadores formales-profesionales o cuidadores informales (familia, amigos, vecinos, etc.), e incluye una gran variedad de servicios como cuidados personales, apoyo con actividades instrumentales de la vida diaria, cuidados médicos especializados, entre otros (OMS, 2002).

Tomando en cuenta esta definición, es claro que los servicios públicos de este tipo en México son escasos. Por otro lado, gran parte de la responsabilidad y carga de servicios personales, apoyo en actividades instrumentales e incluso servicios

médicos básicos se realiza en los hogares por familiares, vecinos o amigos. Si bien este apoyo ha resultado fundamental en la salud y bienestar de los adultos mayores, es probable que factores sociales tales como los cambios en la estructura de los hogares y la migración ocasionen que el futuro cercano muchos adultos mayores no cuenten con el apoyo que requieren (Zuñiga Herrera y García, 2008).

Por lo anterior, es claro que en México resulta indispensable comenzar la planeación de estrategias de atención para los adultos mayores. Es por ello que la propuesta de intervención pretende ser un manual que proporcione información que ayude a la atención del adulto mayor en la vida diaria y tenga a su vez una calidad de vida satisfactoria.

Durante los últimos años, a causa del crecimiento de la población adulta, disciplinas como psicología, medicina, gerontología, sociología, entre otras, se han preocupado por estudiar diversas variables en esta etapa del ciclo vital y por contribuir al desarrollo de teorías e instrumentos que permitan un acercamiento integral al adulto mayor.

Específicamente, en el caso de la psicología, se pretende que los psicólogos contribuyan con el diseño de medidas fiables que permitan una evaluación y seguimiento de los programas de intervención y que se preocupen por emplear estrategias que contribuyan al cambio conductual y a la promoción y prevención de la enfermedad, optimizando el proceso de adaptación con intervenciones que apunten a necesidades propias de la población y del contexto familiar y social que lo rodea (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

OBJETIVOS

El objetivo es plantear una propuesta de intervención dirigida a instituciones o en el hogar, hacia la atención y cuidado del Adulto Mayor en México. Para ello se tomó como referencia la situación actual del adulto, los estudios realizados en esta etapa y la escasa información sobre la atención.

La propuesta de intervención pretende no solo mejorar la calidad de vida del adulto mayor, sino abarcarlo desde sus diversas áreas de funcionamiento.

- Reflexionar sobre la atención a los adultos mayores, con respecto a los cuidados que les brindan.
- Identificar los conceptos y cambios relacionados con el proceso de envejecimiento para fomentar la calidad de vida en el adulto Mayor.
- Analizar la información investigada para conocer la importancia del Adulto Mayor en la sociedad en nuestro país.
- Identificar las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del Adulto Mayor para brindar una atención de calidad.
- Concientizar a las personas sobre el trato digno que se le debe brindar al adulto Mayor.

POBLACIÓN

Dirigido a las personas interesadas (familiares, cuidadoras, enfermeras, trabajadores sociales, médicos, psicólogos, abogados, terapeutas, etc.) en la atención del adulto mayor y/o que están en contacto, desde el círculo familiar hasta instituciones dedicadas al cuidado del adulto mayor en México.

MATERIALES

Información Bibliográfica

INSTRUMENTOS

HOJA DE CUESTIONARIO

Consta de preguntas abiertas las cuales tienen la función de recolectar la opinión de los lectores sobre el tema del proceso de envejecimiento y temas relacionados con el adulto mayor; su percepción y atención, hacia él.

El objetivo es que las personas que están a cargo de un adulto mayor tengan;

- Conocimiento de que es la vejez.
- El identificar las características del proceso de envejecimiento.
- Eliminar y aclarar temas tabúes sobre el envejecimiento.
- Tratar con dignidad y cariño al adulto mayor.
- Conocer los derechos del adulto mayor y respetarlos.
- Conocer las Instituciones que brindan apoyo y servicio al adulto mayor.
- Realizar los cuidados necesarios en este proceso

Todo con la finalidad de que el adulto mayor tenga una calidad de vida en esta etapa y en nuestro país.

Dentro del cuestionario se plantea una serie de preguntas abiertas que tienen el objetivo de medir que tan informados están acerca del tema sobre la vejez, el proceso del envejecimiento y sus características. Y posteriormente al finalizar la lectura del manual se aplicaría nuevamente el cuestionario para comparar si hubo un cambio en la percepción y conocimientos del proceso de envejecimiento.

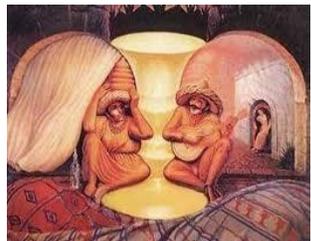
CUESTIONARIO

Edad:

Sexo: Hombre Mujer

1. ¿Cree que actualmente hay más adultos mayores que hace 50 años?
2. ¿Qué es la vejez?
3. ¿Qué cambios conoce que se producen en el proceso de envejecimiento?
4. ¿Qué es la Depresión en el adulto Mayor?
5. ¿Sabe cuáles son los síntomas? Menciónelos.
6. ¿Sabe que es lo que puede ocasionar la Depresión en el Adulto Mayor?
7. ¿Cómo podemos ayudar a nuestro adulto mayor con posible Depresión?
8. ¿Conoce los tratamientos en la depresión?
9. ¿Sabe que es la violencia contra el adulto mayor?
10. ¿Identifica cuáles son los diferentes tipos de maltrato hacia el adulto mayor? Menciónelos.
11. ¿Qué debemos hacer cuando un adulto mayor es maltratado?
12. ¿Sabe que es una red de apoyo? ¿Y cuál es su función?
13. ¿Cuáles serían las redes de apoyo del adulto Mayor?
14. ¿Qué es para ti la Familia?
15. ¿Para ti, cuál es la causa de que la familia cada día se haga menos responsable de su adulto mayor?
16. ¿Qué papel debe desempeñar la comunidad con los adultos mayores?
17. ¿Cuál es la importancia de las Instituciones en la etapa de la vejez?
18. ¿Qué es la jubilación?
19. ¿Cuál es el impacto de la jubilación en el adulto mayor?
20. ¿Qué puede hacer el adulto mayor en la etapa de la jubilación para una mayor calidad de vida?
21. ¿Cuál es el papel de la espiritualidad en el adulto mayor?
22. ¿Qué significa Proyecto de Vida en el Adulto Mayor?
23. ¿Qué factores propician una calidad de vida en el adulto mayor?
24. ¿Sabe que es la Terapia Ocupacional? Y ¿Cuál es la función en la etapa de la vejez?

25. ¿Conoce cuáles son los derechos del Adulto Mayor? Mencione cuales.
26. ¿Conoce alguna Institución que esté a cargo del adulto mayor? Mencione cual.
27. ¿Qué cuidados debemos tener con un adulto mayor?
28. ¿Qué significa ser un adulto mayor?
29. ¿Ser un adulto mayor, es ser una persona inútil?
30. ¿Cómo le gustaría vivir su vejez?



MANUAL PARA LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN MÉXICO



INDICE DEL MANUAL

	PAG
PRIMERA PARTE	
Situación del Adulto Mayor en el Mundo.....	5
En México.....	5
En el Distrito Federal.....	6
SEGUNDA PARTE	
Vejez.....	7
Clasificación de la vejez.....	7
Proceso de envejecimiento	8
Cambios en el adulto Mayor.....	9
- Físicos.....	9
- Cognitivos.....	9
- Psicológicos y Emocionales.....	10
- Sociales.....	11
- Sexualidad.....	12
TERCERA PARTE	
Depresión.....	14
Sintomas de la Depresión.....	15
Posibles causas de la Depresión.....	16
Recomendaciones para el Adulto Mayor con Depresión.....	17
Diagnóstico de la Depresión.....	18
Tratamiento de la Depresión.....	19
CUARTA PARTE	
Violencia Y Maltrato.....	21
Tipos de Maltrato.....	22
Características del Agresor.....	23
Características de la Víctima.....	23
Señales de Maltrato.....	23
¿Qué hacer cuando detectas maltrato en el Adulto Mayor?.....	24

QUINTA PARTE

Relaciones con los demás.....	24
El papel de la Familia con los Adultos Mayores.....	26
Comunidad.....	28
Instituciones.....	29
Jubilación.....	30
Espiritualidad.....	31
Proyecto de vida.....	32
Tipos de Proyecto que elaboran los Adultos Mayores.....	33
Obstáculos para la elaboración de Proyectos.....	34
Calidad de vida.....	34

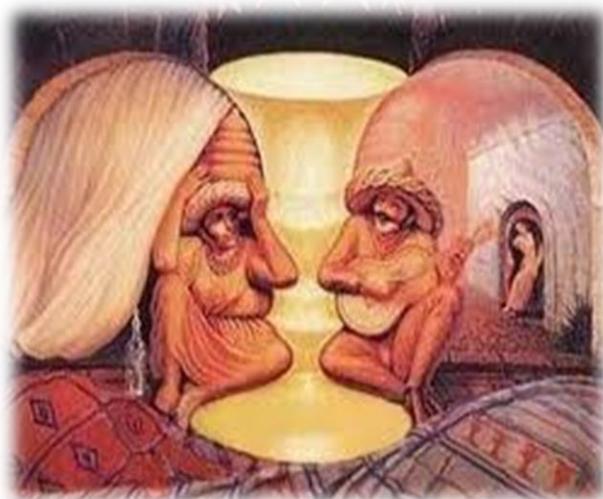
SEXTA PARTE

Terapia Ocupacional.....	35
1. Área Ocupacional de Automantenimiento.....	36
2. Área Ocupacional Productiva.....	36
3. Área Ocupacional de Ocio.....	36

SEPTIMA PARTE

Derechos del Adulto Mayor.....	37
Cuidados y Recomendaciones.....	39
Instituciones de Atención y Servicios al Adulto Mayor.....	41

***“Saber envejecer es una obra maestra de la sabiduría,
y una de las partes más difíciles del gran arte de vivir”
Henry Frederick Amiel***



COMO AMAR AL ADULTO MAYOR

DÉJALO HABLAR... porque hay en su pasado un tesoro lleno de verdad, de belleza y de bien.

DÉJALO VENCER...en las discusiones, porque tiene necesidad de sentirse seguro de sí mismo.

DÉJALO IR A VISITAR...a sus viejos amigos porque entre ellos se siente revivir.

DÉJALO CONTAR...sus historias, porque se siente feliz cuando lo escuchamos.

DÉJALO TOMAR UN PUESTO...en el automóvil de la familia cuando van de vacaciones, porque el próximo año tendrás remordimientos de conciencia si ya no existe más.

DÉJALO ENVEJECER...con el mismo paciente amor con que dejas crecer a tus hijos, porque todo es parte de la naturaleza.

DÉJALO VIVIR... entre las cosas que ha amado, porque sufre al sentir que le arrancamos pedazos de su vida.

DÉJALO REZAR...como él sabe; como él quiere, porque el adulto mayor descubre la sombra de Dios en el camino que le falta recorrer.

DÉJALO GRITAR...cuando se ha equivocado porque los ancianos como los niños tienen derecho a la comprensión.

DÉJALO MORIR...entre brazos llenos de piedad, porque el AMOR de los hermanos sobre la tierra, nos hace presentir mejor el torrente infinito de amor del PADRE EN EL CIELO.

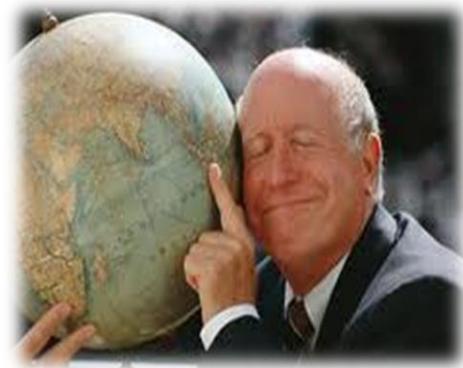


PRIMERA PARTE

SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL MUNDO

El envejecimiento es un tema mundial que tiene un impacto en nuestra sociedad y afecta a nuestro planeta. La población global está envejeciendo de manera acelerada. “Durante el 2000, la población anciana del mundo creció más de 795 000 cada mes y se espera que aumente a más del doble en el 2025. Para entonces, habrá más de 800 millones de personas mayores de 65 años, dos terceras partes de ellos en los países en desarrollo”.

La reducción del número de muertes y de nacimientos ha contribuido al aumento de la población adulta mayor.



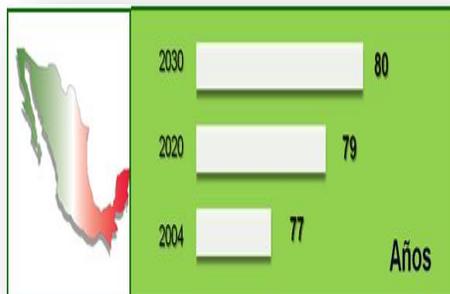
El envejecimiento repercute en el medio económico, social y de salud del mundo.

EN MÉXICO

México atraviesa una situación en la que la vejez es un tema importante y por ello se piensa que todos los mexicanos pueden alcanzarla y deben tener una buena calidad de vida en esta etapa y además asegurada.

En México existe un rápido crecimiento de la población adulta mayor. Para el año 2050, se espera aproximadamente que uno de cada cuatro mexicanos tenga 60 años y más; debido a factores como la reducción en la fecundidad, el alto índice migratorio y una mayor esperanza de vida de la población.

La esperanza de vida en el año 2004 era de 77 años y se espera que para el año 2030 aumente poco más de 80 años; mientras que en el año de 1930 era de 34



Algunas entidades federativas tienen un ritmo mucho más acelerado de envejecimiento; hay mayor número de personas de 60 años y más en algunos estados. En México, 40% de la población está concentrada en cuatro entidades federativas: Jalisco, el Estado de México, el Distrito Federal y Veracruz, que son además las que tienen una mayor cantidad de población anciana; uno de cada cinco adultos mayores vive en el Distrito Federal y el Estado de México. Por otra parte, hay estados realmente jóvenes, como Baja California Sur y Quintana Roo.

En algunas localidades, por la calidad de vida tan deprimida, el nivel de consumo tan bajo, la nutrición insuficiente, el trabajo excesivo y el desgaste físico tan grande, el envejecimiento biológico se da cronológicamente antes. El desgaste en las personas de las zonas rurales es diferente al de las personas de las zonas urbanas.

EN EL DISTRITO FEDERAL



En el Distrito Federal es una identidad con una alta concentración poblacional y por ello tienen el mayor índice de población mayor de 60 años.

Por parte de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal (2000), indica que más de 580 mil personas mayores de 60 años viven en la capital del país en condiciones de abandono familiar, desempleo, maltrato, enfermedad o indigencia.

En Salud, los adultos mayores tienen problemas de desnutrición o de mala alimentación que puede provocar obesidad, en conjunto con enfermedades degenerativas como arteriosclerosis, hipertensión, varices, tromboflebitis, esclerosis, gota y diabetes.

SEGUNDA PARTE

VEJEZ

Fernández (2000), menciona el concepto de “**vejez** derivado de viejo procede del **latín veclus, vetulusm**, que a su vez se define por la **persona de mucha edad**” (p.39).



CLASIFICACIÓN DE LA VEJEZ

Cuatro clasificaciones de la vejez, las cuales en cada una de ellas hay cambios biopsicosociales que forman parte de las pérdidas y ganancias en el ciclo de vida.

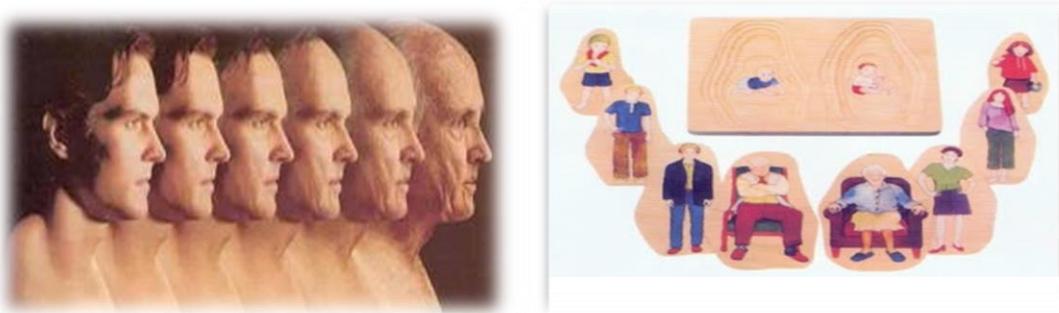
- **60 a 74 años.** Adultos mayores, ancianos jóvenes, viejo joven (por lo general se refiere a personas que usualmente son activas, vitales y vigorosas).
- **75 a 84 años.** Adultos Mayores o ancianos, viejo - viejo. (el adulto se vuelve frágil, enfermizo tienen en la mayoría dificultad para controlar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)).

- **85 a 99 años.** Adultos Mayores o ancianos, viejo de edad avanzada (debe hacer frente a una serie de problemas; como pérdidas significativas en el potencial cognitivo y en la capacidad de aprender, aumento del estrés crónico, una incidencia evidente de las discapacidades físicas y mentales, altos niveles de debilidad y aumento de soledad).
- **Mayores de 100 años.** Centenarios (La población que se encuentra en esta clasificación en nuestro país es escasa, muestran un deterioro significativo en todas sus capacidades físicas, psicológicas y sociales; pueden ser parte de casas residenciales

PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

La vejez es una etapa de la vida y el envejecimiento es un proceso en la vida del ser humano que se inicia desde su nacimiento.

Es un **proceso gradual, adaptativo e individual**. Y que implica un proceso de cambios y modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas propiciadas por los cambios de la edad y al desgaste acumulado a los largo de la historia del individuo en un ambiente determinado.



En este periodo la persona ve disminuida sus capacidades físicas y mentales. La vejez no equivale a la enfermedad, aunque el riesgo de padecer ciertas enfermedades se incrementa con la edad. El envejecimiento biológico se empieza a notar de manera progresiva a partir de los 30 años de edad.

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

CAMBIOS EN EL ADULTO MAYOR FISICOS.

- ❖ Aparecen las arrugas
- ❖ Cambia el color del cabello (canas)
- ❖ Se adelgaza y pierde elasticidad la piel
- ❖ Disminuye la talla corporal
- ❖ Los sentidos pierden eficacia
- ❖ Se debilita el sistema inmunológico
- ❖ La capacidad y fuerza física disminuye
- ❖ Se presentan enfermedades como: hipertensión, diabetes , reuma, incontinencia urinaria, artritis, reumatismo, arterioesclerosis



Estas alteraciones no se dan de la misma forma o con la misma intensidad en todas las personas adultas mayores. En los cambios físicos y mentales, influyen factores como la herencia, el sexo y la alimentación entre otros.

COGNITIVOS

- ❖ **Atención.** La cual disminuye por el deterioro de los sentidos sensoriales los cuales originan distracción y mal entendimiento de la información.
- ❖ **Lenguaje.** Es disminuida por aspectos físicos, biológicos y sociales.
- ❖ **Habilidades constructivas.** Abarcan la habilidad para dibujar, construir y manipular formas y dimensiones, debemos tener en cuenta que se requiere de los sentidos para el desarrollo de las habilidades, y es por ello que disminuyen por el deterioro cognitivo.
- ❖ **Inteligencia.** El deterioro de la inteligencia en el adulto mayor es relacionado con el estado funcional cerebral más que con la edad cronológica. Los dos tipos de inteligencia propuestos por Cattell y Horn; la inteligencia **fluida** (capacidad de resolver problemas nuevos sin la influencia de aprendizajes previos) y la **crystalizada** (aplicación a la situación presente la acumulación de las experiencias anteriores).

- ❖ **Capacidad de Resolución de Problemas.** Kalish (1983), opina que en la vejez hay una gran capacidad para aprender nuevas ideas y técnicas; lo que cambia es la velocidad de asimilación, Belando 2001.
- ❖ **Memoria.** Es un rasgo común en las personas adultas mayores, que se presenta con mayor frecuencia en donde hay un deterioro cognitivo, sin embargo el resultado puede ser influida por factores como son; la educación, el nivel de actividad y los factores genéticos.



Las capacidades como (pintar, tocar el piano, etc.) no se pierden.
Lo que disminuye es la capacidad de aprendizaje y la memoria fluida (enfrentarse a problemas, usar nuevos aparatos...)



Como consecuencia de la declinación biológica, y por factores ambientales, también se van deteriorando las funciones **intelectuales** (inteligencia, memoria, pensamiento, etc.).



Deterioro Mental
Disminución de las funciones mentales superiores, que son:
-Juicio
-Memoria
-Orientación
-Atención
-Inteligencia

La memoria primaria y de evocación (de registro almacenados largo tiempo) no se pierde.
Empeora la memoria de fijación (registros nuevos). Se produce disminución de la percepción, de la capacidad de decisión, de la memoria sensorial, del aprendizaje.
Todos esto hace que haya una menor adaptabilidad al medio y que el tiempo de reacción se enlentece.



PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES

- ❖ Depresión o desgaste emocional por hacer frente a múltiples pérdidas: de la capacidad productiva, de la pareja (viudez), de hermanos, amigos, de seres amados lo que les deja una gran soledad.
- ❖ El adulto mayor entra en crisis de identidad
- ❖ Progresivamente se va volviendo solitario

- ❖ Pierde contacto con el mundo exterior, aislándose
- ❖ El envejecer es confrontarse a una sucesión de pérdida, que lo deja cada vez más solo, pérdidas sucesivas que a menudo provocan una sensación de desamparo.
- ❖ La **ansiedad** en el adulto mayor disminuye las relaciones a su alrededor, donde solo ve amenazas y provoca una desconfianza e incluso piensa que los demás quieren manejar sus vidas
- ❖ Se observa **cambios drásticos de humor** ya que manifiestan sus emociones en mayor frecuencia y lloran con facilidad.
- ❖ La motivación de la persona adulta mayor para establecer nuevas relaciones, disminuye así como la autonomía y la autoestima, lo que provoca aislarse y refugiarse en una soledad en la que creen sentirse seguros.



SOCIALES

- ❖ La pérdida de relaciones sociales con lleva también la pérdida de roles, de recuerdos, incluso de la propia identidad; con la desaparición de las personas significativas también desaparecen las relaciones a lo largo de la vida personal.
- ❖ La disminución o ausencia de actividad social, se va reduciendo paulatinamente con el paso del tiempo.
- ❖ Al reducirse la frecuencia de las relaciones sociales, se refuerza su valor y se hacen más gratificantes, dedicando más tiempo a su mantenimiento.
- ❖ Se observa que la *calidad* de la interacción resulta ser más determinante que la *cantidad*.

- ❖ El término *muerte social* aplicado a las personas mayores se refiere a la situación de aislamiento, a la sensación de soledad y a la limitación de la independencia que acompañan a la vejez.
- ❖ Se forman con frecuencia lazos afectivos con los nietos.



SEXUALIDAD

La sexualidad llega a ser una relación de pareja o de amistad. La vivencia sexual de los mayores está condicionada por influencias sociales relacionadas con las creencias religiosas, la educación recibida y por la actitud de las otras personas (familia, amigos, compañeros) hacia este aspecto. Las actitudes sociales y familiares, así como los modelos culturales rígidos, la censura, el reproche y el miedo, propician en las personas de la tercera edad desinformación y represión hacia su sexualidad.

El concepto de sexualidad se basa en la calidad de la relación más que en la cantidad y se completa en relación con los aspectos de personalidad, el género, la intimidad, los pensamientos, sentimientos, valores, intereses, creencias; entre otros. Pedregal, et al. (2003).



El carácter explosivo y exuberante del sexo y el amor, en la vejez suele ser de manera tierna y con cariño; “La respuesta sexual no se ve alterada con la edad” y “puede mantenerse durante la vejez”, ya que depende de otros factores como los cambios físicos, emocionales y sociales en el “proceso de envejecimiento”.

¿Qué cambios físicos se presentan en el adulto mayor?

En este periodo, los adultos mayores experimentan cambios en su organismo, los cuales presentan modificaciones hormonales, la menopausia en la mujer representa el cese de la fertilidad, mientras que en los hombres la constituye la andropausia, esta etapa en los varones se determina “más por factores psicosociales que físicos”, ya que la cantidad de espermatozoides solo se reduce y su producción “persiste hasta la octava o novena década de vida”.

Algunos cambios fisiológicos son:

CAMBIOS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD EN LA MUJER ADULTA MAYOR

- Disminución del tamaño de ovarios, trompas y útero y atrofia de la mucosa de endometrio, cuello uterino y vagina.
 - Tras la menopausia, reducción de los niveles estrógenos y androgénicos.
 - Enlentecimiento de la fase de excitación sexual.
 - Menor y más lenta secreción de moco cervical, provocando dificultad en la penetración y, posiblemente, dolor. La vagina se hace más vulnerable a posibles lesiones por roce.
 - Menor grado de acidez del medio vaginal, aumentando el riesgo de infecciones.
 - Vagina más corta y menos elástica.
 - Disminución en frecuencia e intensidad de las contracciones orgásmicas.
 - Menor rubor cutáneo y más limitado, tensión muscular en el coito y tensión mamaria.
 - Aceleración del descenso postcoital.
 - Disminución del deseo sexual, fuertemente condicionado por la apariencia física y la autoestima.
 - La prevalente incontinencia urinaria inhibe el deseo de contacto íntimo, por prejuicios adquiridos.
 - Se mantiene la capacidad multiorgásmica, pero de menor intensidad.
-

CAMBIOS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD EN EL HOMBRE ADULTO MAYOR

- Reducción de los niveles de testosterona.
 - Menor sensibilidad pene.
 - Disminución del número de erecciones nocturnas involuntarias.
 - Enlentecimiento de la erección.
 - La eyaculación se retrasa y también la sensación de que la eyaculación es inevitable, lo que se convierte en una ventaja para los eyaculadores precoces.
 - Menor necesidad física de eyacular, menor producción del líquido pre-eyaculatorio, menos volumen y calidad funcional de espermatozoides eyaculados.
 - Menor número e intensidad de las contracciones orgásmicas.
 - Aumenta mucho el periodo refractario tras la erección, lo que puede hacer necesario el transcurso de varios días antes de conseguir otra erección completa.
 - Menor deseo sexual.
 - Cambios en la respuesta sexual.
 - Coitos de mayor duración.
 - Necesidad de caricias directas en los genitales.
 - Disfrute del coito sin necesidad de llegar a la eyaculación.
-

TERCERA PARTE

DEPRESIÓN

La Depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. Aproximadamente uno de cada tres pacientes mayores de 60 años sufre de síntomas de depresión.

La depresión se refiere a los desórdenes emocionales que se presentan con frecuencia en una persona, tales como angustia, agitación, desesperanza, trastornos del sueño cambios drásticos del humor.



Algunas de las variables asociadas con la depresión en la tercera edad son: ser mujer, estar separado (a), la viudez, el nivel socioeconómico bajo, insuficiente apoyo social, y cuando ocurren eventos vitales recientes adversos e inesperados. Un factor de riesgo importante es la discapacidad producida por enfermedades físicas y crónicas.

SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

La depresión se caracteriza por síntomas como:

- Tristeza, irritabilidad y/o ansiedad, desánimo persistente o mal humor.
- Pensamiento de muerte o suicidio.
- Sentir cansancio frecuentemente.
- Sentimientos de desesperanza, pesimismo e inutilidad.
- Problemas con la comida (por comer mucho o no tener apetito).
- Dificultad para concentrarse, recordar o para tomar decisiones.
- Incapacidad para disfrutar de la vida, incluso en actividades que eran placenteras para la persona.



Causas orgánicas que pueden ocasionar la depresión.

- Enfermedades Neurológicas: Demencia, accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson.
- Enfermedades Endocrinas: Hipotiroidismo.
- Tumores: Cáncer de páncreas, tumores cerebrales.
- Enfermedades Cardiovasculares: Insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial.



POSIBLES CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

Posibles causas de la depresión

- **Jubilación.** Es un proceso que lo lleva a su vez a otras pérdidas: del poder, de la autonomía económica y del rol que venía ocupando dentro de la sociedad.
- **Muerte del cónyuge.** Con mayor frecuencia hay más viudas que viudos; en el caso que ocurra primero la muerte la esposa, hay mayor dificultad de los varones para adaptarse a vivir solos. Si esto sucede en edades tempranas de la vejez, el hombre se casa nuevamente, o vive frecuentemente en soledad y depresión. Si esto ocurre en edades más avanzadas, la depresión lo puede llevar a la muerte, sobre todo si no recibe atención o apoyo por parte del resto de la familia, o en los casos que así lo requiere, de ayuda profesional.
- **Pérdida de los hijos.** En caso de muerte de algunos de los hijos, significa una pérdida muy significativa, donde los sentimientos son devastadores. Los padres esperan morir antes que los hijos, es el orden natural de la vida.

El duelo después de la muerte de un hijo es uno de los más prolongados y una de las pérdidas con las que es más difícil vivir.

- **Soledad.** A muchos les resulta difícil adaptarse a estar solos, sobre todo cuando perdieron a la pareja y los hijos se van del hogar, lo importante es que no continúen en la cadena de la soledad que los lleva al aislamiento y posteriormente a la depresión.
- **Falta de Oportunidades.** Al adulto mayor muchas de las veces ya no se le hace participe en muchas de las actividades tanto dentro de la familia como fuera de ella, ya que el no hacerlo sentir útil, disminuye su autoestima.
- **Frustración de toda la vida.** El adulto mayor en ocasiones ve en su vida pasada un mundo gris, lleno de vacíos y pocas satisfacciones.

RECOMENDACIONES PARA EL ADULTO MAYOR CON DEPRESION

- Mantener un régimen de vida variado, que incluya paseos, caminatas y diversiones, alternando actividades físicas con recreativas y de reposo, eligiéndolas según sus gustos y aptitudes.
- Buscar una actividad que le agrade al adulto mayor y hacerla parte su vida, porque sentirse útil ayuda a emplear el tiempo de una mejor manera.
- Mantener la independencia que la salud y su situación económica le permitan al adulto, sin aislarse.
- Realizar ejercicio con regularidad, ayuda a reducir la tensión y la ansiedad, además produce una sensación de logro y cumplimiento.
- Leer periódicos y libros; ver programas interesantes de televisión.
- Formar parte de un grupo, para intercambiar y generar opiniones, platicar, tejer, compartir experiencias.
- Mantener la relación con los hijos y los nietos.
- Cuidar el aseo y arreglarse todos los días, dentro de las posibilidades del adulto.
- Entre otros.



DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN.

Los pacientes que generalmente acuden a consulta con el médico se quejan de presentar síntomas físicos vagos y/o algún tipo de dolor, disminución de peso, trastorno de sueño o nerviosismo.

Por otra parte cuando la familia del adulto mayor busca la ayuda es porque percibe en la persona incapacidad funcional y/o falta de energía para seguir viviendo.

Después de que se realiza un diagnóstico clínico, es necesario indagar:

- Si la persona o la familia percibe que los síntomas depresivos están asociados a factores psicosociales, como algún suceso en la vida diaria, problemas familiares o sociales.

- Si la persona o la familia percibe que la sintomatología depresiva está asociada a diagnóstico o agravamiento de enfermedad física.
- Si la persona tiene antecedentes familiares de enfermedad depresiva, demencia o de algún trastorno psiquiátrico.
- El riesgo de suicidio.
- Si hay consumo del alcohol o alguna droga.
- Si la persona sufrió la muerte de una persona cercana u otra pérdida significativa en los dos meses previos, puede tratarse de un duelo.
- Si existen síntomas de un marcado deterioro cognitivo, se debe evaluar la posibilidad de una demencia y eventualmente llevar a cabo una prueba diagnóstica con medicación antidepresiva.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

La depresión aun en casos más graves, es un trastorno tratable, y para su atención requiere una valoración médica a través de estudios y pruebas, ligado con especialista de la salud mental; para determinar el tratamiento con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de ambos. Little et. al., (1998).

- Farmacológico

Los medicamentos antidepresivos normalizan las sustancias químicas en el cerebro llamadas neurotransmisores; (serotonina, norepinefrina y dopamina principalmente) ya que estas sustancias participan en la regulación de los estados de ánimo (Nance, 2010).



Nance 2010, menciona que los adultos mayores deben tomar dosis regulares durante al menos tres o cuatro semanas, para tener un efecto terapéutico completo. Algunos de los medicamentos deben suspenderse gradualmente para que el organismo tenga tiempo para ajustarse.

- No Farmacológicos

Gutiérrez (2010), divide a los tratamientos no farmacológicos en los siguientes:

a) Terapia Electroconvulsiva. Llamada también terapia de choque, administrada a personas con depresión refractaria, riesgo suicida, depresión psicótica; y requieren de 2 a 3 aplicaciones a la semana y otros de terapias de mantenimiento; sus efectos secundarios son la desorientación, confusión o pérdida de la memoria, los cuales pueden desaparecer después de terminar la terapia.



b) Intervención Psicoterapéutica. Es utilizada en la depresión leve o moderada y actualmente es utilizada de manera combinada (terapia farmacológica e intervención psicoterapéutica) y es más efectiva en depresión grave.



c) Intervención psicosocial. Su función es mejorar el entorno, manteniendo sus relaciones con los demás, así como las redes sociales. Una técnica utilizada es la integración a grupos de ayuda o clubes de adultos mayores.



CUARTA PARTE

Violencia y Maltrato

¿Qué es violencia?

Es cualquier acto de poder, cuyo objetivo es ejercer un dominio absoluto sobre la persona adulta mayor. Anteriormente estos actos de violencia eran aceptados bajo la justificación de que este era el medio más apropiado para resolver cualquier problema que se presentara dentro del núcleo familiar.

La violencia contra los adultos mayores. Se presenta por no considerarlos como miembros respetables e importantes dentro de la sociedad, son objeto de maltrato en su mayoría por su familia, teniendo mayor riesgo, quienes se encuentran física y/o mentalmente deteriorados, y la sufren principalmente de aquella persona que se encarga de su cuidado.



TIPOS DE MALTRATO

Físicos: Daño corporal, dolor o deterioro físico, producidos por fuerza física o violencia no accidental; golpes, quemaduras, tirar del pelo, alimentación forzada, utilización injustificada de restricciones físicas, uso inapropiado de fármacos, etc.

Psicológicos: Causar intencionadamente angustia, pena, sentimientos de indignidad, miedo o estrés mediante actos verbales o no verbales; amenazas, insultos, burla, intimidación, humillaciones, infantilización en el trato, indiferencia hacia su persona, darle tratamiento de silencio, aislamiento, no respetar sus decisiones, ideas o creencias, etc.

Sexuales: Comportamientos (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc.) o contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento; acoso sexual, tocamientos, obligar a la víctima a realizar actos sexuales al agresor, violación, realización de fotografías, etc.

Financieros: Utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades, o recursos de una persona mayor; tomar sin permiso dinero, joyas, etc., falsificación de firmas, obligarle a firmar documentos o testamento, uso inapropiado de la tutela o curatela (representación legal que son incapaces por demencia), ocupación del domicilio, etc.

Negligencia y abandono: Rechazo, actitud negativa o falta para iniciar, continuar o completar la atención de las necesidades de cuidado de una persona mayor, ya sea voluntaria o involuntariamente, por parte de la persona responsable (de forma implícita o acordada) de su cuidado; no aportar medidas económicas o cuidados básicos.

Obstinación terapéutica: Utilización de medios desproporcionados para prolongar artificialmente la vida biológica de un paciente con enfermedad irreversible o terminal.

Por lo regular el maltrato al adulto mayor en la familia es causado por uno de los miembros que suele ser el principal cuidador. El maltrato doméstico suele ocultarse, y no son fáciles de detectar, por tal motivo no se denuncia.

CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR

- × Familiar / persona que realiza las tareas de “cuidador”, el cual tiene una sobrecarga-estrés.
- × El Adulto Mayor tienen una gran dependencia física, económica, emocional hacia este.
- × Transmisión intergeneracional de comportamiento violento-violencia se aprende
- × Un marcado aislamiento social.

CARACTERÍSTICAS DE LA VICTIMA

- × Edad avanzada
- × Fragilidad física o psíquica
- × Dependencia Física
- × Autoestima, aislamiento social
- × Situación patrimonial como estado civil: viudos (as).
- × Genero principalmente femenino.

SEÑALES DE MALTRATO

- Lesiones como: torceduras, huesos rotos; arañazos, etc.
- Señales de haber estado amarrado.
- Señales de abandono: llagas por permanecer en cama durante mucho tiempo, ropas de vestir o de cama sucias, desnutrición, deshidratación o pérdida de peso inexplicable.
- Lesiones en los genitales o pechos.
- Cambios en el comportamiento: depresión, introspección, ansiedad, tembloroso, evitar mirar a los ojos.

- Discusiones frecuentes entre el adulto mayor y el que presta el cuidado.
- Invasión de la privacidad del adulto mayor: impedir que hable con otras personas, retirar las puertas de los dormitorios, leer su correspondencia, impedir prácticas religiosas.
- Cambios en la situación financiera: cuentas sin pagar, condiciones de vida que no corresponden con los medios económicos.
- El adulto mayor dice que está siendo explotado o maltratado.

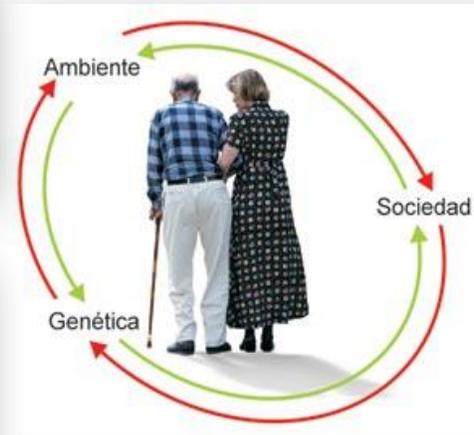
¿QUÉ HACER CUANDO DETECTAS MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR?

- ✓ Escuchar y no tomar una decisión apresurada.
- ✓ Asegurarse de lo que el adulto mayor argumenta es cierto
- ✓ Generar un ambiente de confianza que le permita a la persona adulta mayor decir lo que le está pasando.
- ✓ Hacerle ver que está viviendo bajo una situación de maltrato o negligencia.
- ✓ Preguntar de manera directa sobre si hay presencia de golpes, amenazas, u otro tipo de acciones de maltrato.
- ✓ Reconocer que la violencia familiar es un delito, y que tienen la libertad de denunciar o levantar una constancia que registra los hechos de violencia.
- ✓ Orientar sobre su situación de maltrato, para hacer acto seguido e de la denuncia.

QUINTA PARTE RELACIONES CON LOS DEMÁS

La sociedad está constituida por las redes sociales que están integradas por Instituciones, grupos o personas independientes que están en contacto para apoyar al Adulto Mayor.

Con relación a los adultos mayores es necesario desarrollar fuertes lazos o redes de apoyo social y familiar, para que estos logren mejorar su calidad de vida.



Las redes de apoyo, en este caso, pueden estar formadas por parientes directos, amistades, vecinos o personas interesadas en ayudar al adulto mayor.



Esta red resulta necesaria para intercambiar experiencias y mejorar los métodos en los cuidados de los adultos mayores en casa, o bien, con los que viven cerca pero se encuentran solos.

Es importante que el adulto mayor, que aún es independiente física y mentalmente, realice acciones recíprocas, como fomentar una mayor

comunicación entre sus familiares y sus redes de amistades, vecinos, compañeros de trabajo, de estudio, y de aquellas personas en contacto con él. Este tipo de relaciones le van a permitir prepararse y asumir las distintas facetas que se presentan en el futuro.

El contacto entre vecinos, compañeros de trabajo y familiares se vuelve más importante cuando el adulto mayor tiene algún problema físico, mental, económico, social, jurídico u otro de cualquier índole. La información y colaboración que puede obtener de la relación y comunicación entre estas personas puede ayudarlo a resolver sus problemas y necesidades.

EL PAPEL DE LA FAMILIA CON LOS ADULTOS MAYORES

La mayoría de las personas adultas mayores consideran a la familia como la principal fuente de satisfacción vital. Para los adultos mayores la familia es prácticamente todo cuanto tienen y, por eso, rehúsan abandonarla. Es preferible permanecer allí, no obstante los malos tratos que en ocasiones pueden recibir, antes que ir a un asilo.

“La familia mexicana, que tradicionalmente fungía como un seguro del desempleo y la vejez y que veía en el anciano, además de una guía y consejero, un elemento de cohesión, ha sufrido cambios culturales del país. El núcleo familiar, principalmente el de los sectores populares, se ha visto desquebrajado por el deterioro general de las condiciones de vida, al grado 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 juega un papel decisivo en la vida del adulto mayor, lo afecta tanto positiva como negativamente. Si una persona de edad, con todos los cambios físicos, biológicos y sociales a los que tiene que hacer frente, se siente aceptado, apoyado y querido en el seno familiar, tendrá una actitud muy diferente a la de aquel que se ve solo, rechazado y alejado de hijos y nietos.

En Ocasiones, la familia manifiesta actitudes de rechazo hacia el viejo por desconocer sus necesidades específicas, tanto físicas como emocionales y sociales, generadas en el propio proceso de envejecimiento. A pesar de que el artículo 304 del Código Civil en el Distrito Federal señala que los “hijos están obligados a dar alimentos a los padres, y a que falta o por 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, aún más, de aquellos que no cohabitan con hijas (os) o algún pariente.

Pero no es suficiente que se les proporcione la comida, también es de gran valor que la familia platique o se comuniquen con ellos, que les brinde afecto y respeto a su estilo de vida, forma de vestir y de pensar, lo cual los hace sentir bien de salud y mantener el equilibrio emocional.

Cuando el adulto mayor muestra un alto deterioro físico y mental, los familiares tienen que organizarse en tiempo y forma para ayudarlo en ciertas tareas como: compras, pagos, manejo de finanzas, trasporte al médico y tratamiento, diversión; además de apoyarlo en las labores del hogar como limpieza, elaboración de alimentos, asistencia en la higiene personal, administración de medicamentos y movilización, por mencionar algunas acciones en las que la familia debe intervenir para ayudarlo.



COMUNIDAD

En ocasiones, cuando la familia no puede responder o atender dichos problemas, el adulto mayor encuentra en los amigos y vecinos de su colonia la solución o, por lo menos, la orientación y el respaldo para buscar a las organizaciones o instituciones que le pueden ayudar,

Por ello, las personas de la comunidad pueden convertirse en una red importante en su vida, principalmente cuando el adulto mayor no cuente con estudios o estos son mínimos, cuando le falta una remuneración constante para poder subsistir, cuando se encuentra enfermo y sin acceso a los servicios de salud; y por otra parte, sin familia que asuma su cuidado y protección.

La comunidad puede entonces convertirse en un ambiente donde el adulto mayor encuentre espacios para continuar desarrollándose, aprendiendo y enseñando, donde se siente respetado y valorado; y en caso de necesitar ayuda, encontrar personas y lugares adecuados para tener una mejor calidad de vida.

Lamentablemente, en la gran mayoría de las colonias, barrios y pueblos del Distrito Federal se han perdido valores y los problemas del anciano parecen aumentar. Por ello, es necesario comenzar con la educación de niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, orientada a fomentar la imagen positiva de la vejez, lo que ayudaría en gran medida a eliminar los estereotipos negativos que se tienen del adulto mayor.



INSTITUCIONES

En el distrito Federal, el incremento en el número y proporción de personas con más de 60 años tiene implicaciones en las estructuras económica, social y de salud. Las instituciones deben hacer frente a un grupo poblacional cada vez más numeroso y con necesidades distintas a las del resto de la población; 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 gubernamentales (INAPAM, Instituto de Geriátrica, DIF, Delegaciones Políticas, IMSS, ISSSTE... entre otras) 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.

Otras instituciones de gobierno han contemplado recientemente a los adultos mayores dentro de sus programas de atención y servicio; entre ellas se encuentran la Procuraduría General de Justicia (PGJ), la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), el Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA), la Dirección General de Desarrollo del Deporte (CONADE), entre otras; no obstante, los esfuerzos han sido aislados y desarticulados, notándose un mínimo impacto en los beneficios.

Con el propósito de dar respuesta a las necesidades de los adultos mayores, las organizaciones civiles, como parte de esta sociedad, se han dado a la tarea de impulsar y realizar acciones de asistencia, promoción y desarrollo, así como también acciones en defensa de los derechos humanos.

Un gran número de organizaciones civiles constituidas legalmente son privadas, y la mayoría no persiguen fines de lucro para desarrollar sus actividades. Un considerable número de ellas tiene vínculos con la iglesia o con la iniciativa privada. Otras se mantienen unidas a algún partido político, universidad o sindicato.

Un individuo útil, activo e integrado es un ideal en la vejez, y lograr esto, es lograr que la sociedad reconozca una parte de la vida del viejo.

JUBILACIÓN

De acuerdo a Tuirán 2003, el elemento integrador por excelencia en la sociedad moderna es el trabajo, del cual surgen el prestigio social, los ingresos económicos, el nivel de vida, buena parte de las relaciones sociales y de los grupos de pertenencia y otros referentes básicos para la vida y la identidad de las personas.

El retiro o el abandono definitivo de la actividad económica, que marca el paso a la vejez, es un evento que, vive un proceso de institucionalización parcial en México. Para una minoría, el retiro del trabajo con la protección de una pensión es un evento posible, en tanto que la gran mayoría, ante la necesidad de obtener ingresos para subsistir, se ve obligada a seguir en la actividad económica mientras sus fuerzas y capacidades se lo permitan.

Según Villa, 2005 la jubilación es un impacto importante en la población adulta mayor ya que durante años se desarrolló una actividad laboral en la que creció profesional, social y económicamente; sin embargo los trabajadores en general no están preparados para aceptar ni enfrentar ciertos cambios ya que dependen económicamente de sus ahorros personales.

Según Villa (2005); menciona que:

El termino jubilación se define como el “cumplimiento de un pacto obrero patronal que reconoce que a determinados años de antigüedad laboral el trabajador adquiere el derecho a una pensión jubilatoria, es decir, la jubilación es por antigüedad en el trabajo” (p.19)

La jubilación se considera como una oportunidad para el desarrollo personal y/o social y para la implicación en diversos tipos de actividades de acuerdo a la personalidad y las preferencias. Sin embargo el hecho de disponer el tiempo libre no quiere decir que se escape en actividades gratificantes o que permitan un desarrollo personal; ya que la mayoría de las actividades del adulto mayor son sedentarias y las realizan solos.

¿Por qué es importante realizar distintos tipos de actividades tras la jubilación?

Por los efectos físicos y mentales que generan. La actividad desarrollada durante la vejez se ha relacionado con la mortalidad y la supervivencia de las personas. También se sabe que las actividades de tipo físico (ej. Caminar), las productivas (ej. Voluntariado) e intelectuales (ej. Leer o asistir a actos culturales) reducen estados depresivos, están más satisfechos con su vida y tienen mejor estado de ánimo.



ESPIRITUALIDAD

La Espiritualidad es un sentimiento que tiene el ser humano y que interactúan aspectos como son; los biológicos, emocionales, mentales y sociales en la etapa de la vejez tiene un significado importante, el cual orienta a pertenecer a un grupo y darle sentido a la vida, al espacio y entorno que rodea al adulto mayor, Zatyryka (2010).

Se suele llamar espiritualidad o vida espiritual a una serie de prácticas que le permiten al ser humano entrar en contacto con lo más profundo de sí mismo. Es importante mencionar que el aspecto espiritual no necesariamente tiene que identificarse con una religión, ya que se puede tener espiritualidad y no pertenecer a una comunidad religiosa, Zatyryka (2010).

Algunas investigaciones muestran que cosas como las creencias positivas, el alivio y la fuerza que da la religión, meditación y el rezo pueden contribuir a la curación y a un sentido de bienestar.

Zatyryka (2010), menciona que:

El adulto mayor puede llegar a esta etapa de su vida con una espiritualidad bien cimentada que lo ayudara a vivir con alegría, paz y generosidad. Quienes están en esta etapa pueden ser grandes maestros para las nuevas generaciones compartiendo su sabiduría y el auténtico arte de vivir, a través de lo que se llama “modelaje” una especie de transmisión de saberes-experiencias-actitudes (sabiduría), que son contagiados a los que se acercan. Ese es uno de los principales servicios que los adultos mayores prestan a cualquier sociedad.



PROYECTO DE VIDA

Proyecto significa de acuerdo al diccionario: Proyección en perspectiva, sinónimo de asunto, apunte, bosquejo, esbozo, esquema, maqueta.

El proyecto se asocia a objetivos, a corto, mediano y largo plazo. Dentro de la tendencia de la administración moderna se considera un rubro importante el tener un proyecto con objetivos alcanzables, medibles y evaluables. Esto por supuesto requiere un conocimiento y análisis de la realidad, de su entorno, recursos y limitantes y es la clave del éxito de toda empresa que se precie de ir a la vanguardia del proceso administrativo.



TIPOS DE PROYECTOS QUE ELABORAN LOS ADULTOS MAYORES

Tipos de Proyectos propuestos por Ciano (2010):

-Proyectos Educativos: Obtención de conocimientos, integrarse de manera activa a grupos o clubes de la tercera edad y estimular las funciones cognitivas.

-Proyectos Sociales: Generar beneficios para la sociedad principalmente la construcción y fortalecimiento de espacios para adultos mayores en Instituciones.

-Proyectos Personales: Relacionados con la familia, pareja y amistades.

-Proyectos Laborales: Actividad en donde aporten su experiencia laboral.

OBSTÁCULOS PARA LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS.

No contar con recursos económicos

- Estado de Salud (Patologías físicas y/o psicológicas)
- Cuidados hacia los nietos y padres, volviéndose incluso dependientes de sus hijos.
- Falta de apoyo por familiares y amistades para llevar a cabo sus proyectos.
- Prejuicios hacia la vejez limitando la elaboración de nuevos proyectos.
- Baja Autoestima, desvalorización y el no reconocer habilidades y capacidades.

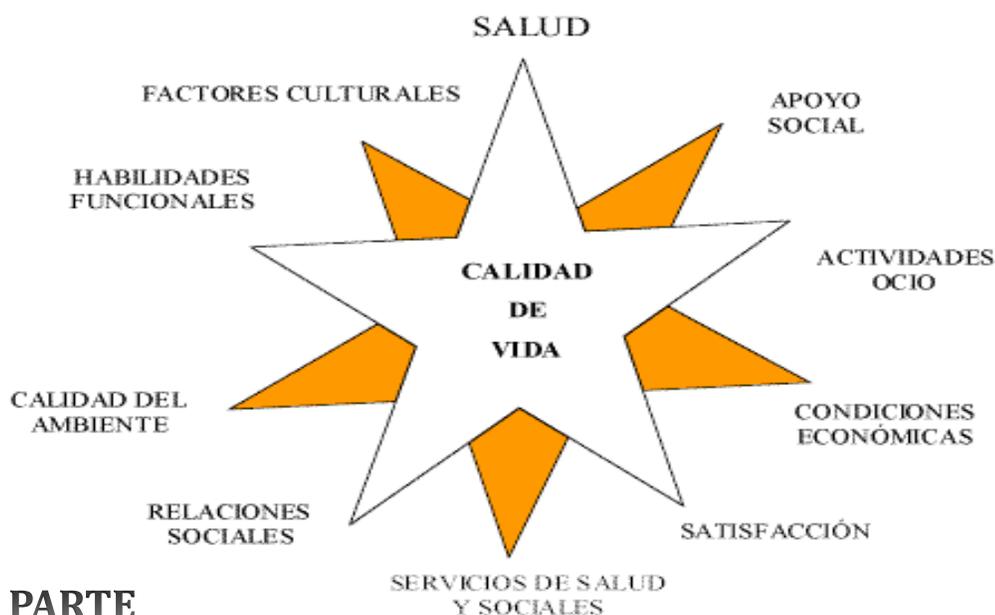
CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida es un concepto que involucra aspectos físicos, psicológicos, ambientales, sociales y culturales. La satisfacción de las necesidades es lo que determina la calidad de vida como el bienestar social, la salud, la vivienda, la alimentación y la educación (Gonzalo, 2002).

Factores que determinan la calidad de vida;

- ✓ Salud (ej., tratamiento y asistencia de enfermedades)
- ✓ Apoyo Social (ej., Familiar, Comunidad e Instituciones)
- ✓ Actividades de Ocio y/o Tiempo Libre (ej., Clubes de la Tercera Edad)
- ✓ Condiciones Económicas (ej., seguridad social, programas de apoyo)
- ✓ Satisfacciones (ej., logros, metas, objetivos en la vida)
- ✓ Servicios de Salud y Sociales (ej., Instituciones de salud y actividades recreativas)
- ✓ Relaciones Sociales (ej., Familiares, vecinos, cuidadores, amistades etc.,)
- ✓ Calidad del Ambiente (ej., Cubrir las necesidades básicas)
- ✓ Habilidades Funcionales (ej., físico, mental y sociales)
- ✓ Factores Culturales (ej., paseos, teatro, cine etc.,)

Estos factores se interrelacionan y van en conjunto para crear una calidad de vida en donde el adulto mayor tenga una satisfacción de bienestar y desarrollo en esta etapa.



SEXTA PARTE

Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional consiste en intervenir o rehabilitar por medio de actividades. Se aplica la actividad como medio de intervención para mejorar de manera holística, las áreas de ocupación del individuo.

AREAS DE OCUPACIÓN

1. Área Ocupacional de Automantenimiento
2. Área Ocupacional Productiva
3. Área Ocupacional de Ocio



1. Área Ocupacional de Automantenimiento

La base de esta área son las actividades de la vida diaria (AVD) que son todas las acciones que realizamos a lo largo del día sin excepciones.

- Actividades Básicas de la Vida Diaria. (ABVD) (ej., bañarse, comer, asearse etc.)
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. (AIVD) (ej., control de medicación, manejo económico, traslado, etc.)
- Actividades Avanzadas de la Vida Diaria. (AAVD) (ej., clubes, viajes, deportes, etc.)

2. Área Ocupacional Productiva

Esta área hace referencia a las actividades que prestan un servicio a la comunidad, ya sean con fines remunerativos o no. Aportan sentimiento de ser útil a los demás, rol social y aumenta su confianza en sí mismo. Es importante el manejo del proceso de jubilación.

3. Área Ocupacional de Ocio

El concepto de ocio está íntimamente relacionado, con el concepto de tiempo libre, libre de obligaciones profesionales o sociales, tiempo en el que se elegirá libremente que hacer con él.

- Se genera un desarrollo personal que no se genera en otras áreas ocupacionales.
- Se generan y fomentan las relaciones sociales a través de grupos con afinidades paralelas.

En el tratamiento de una persona es preciso e imprescindible tener una visión global, intentando, mantener el equilibrio entre las tres áreas de ocupación:

1. Entre la capacidad de cuidar de sí mismo, (área ocupacional de mantenimiento)
2. Entre la capacidad de mantener independencia en el entorno económico y social. (Área ocupacional productiva)

3. Y entre la capacidad de disfrutar del tiempo libre (Área ocupacional del ocio)

La Terapia Ocupacional enfoca sus objetivos hacia la funcionalidad, para hacer a la persona lo más Independiente posible, delegando todas las capacidades que aún no se han perdido y dotando a la persona de otros tipos de herramientas para desarrollar las funciones diarias.

Su objetivo fundamental:

- Es mejorar la calidad de vida del individuo y fomentar la independencia funcional a través del reentrenamiento de ABVDs:
 - ❖ Vestido.
 - ❖ Volteos y transferencias.
 - ❖ Alimentación.
 - ❖ Aseo personal.
- Estimular los aspectos cognitivos de la persona, previniendo y enlenteciendo, en la medida de lo posible, el deterioro cognitivo.
- La actividad artesanal, es decir, actividades ocupacionales significativas y con propósito, tienen fines terapéuticos.

SEPTIMA PARTE

Derechos del adulto Mayor

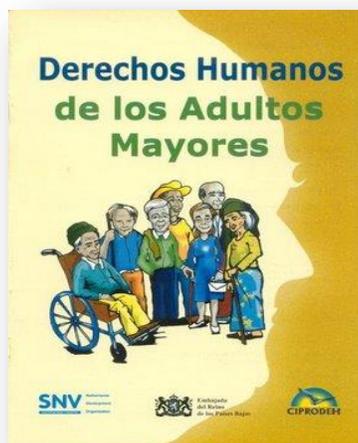
IIAM-DF (Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el D.F.) Gracias a la **Ley de los Derechos de las Personas Adultos Mayores en el Distrito Federal**, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de marzo del año 2000, los adultos mayores cuentan con los siguientes derechos en la Ciudad, y que deben de ser respetados por todos sus habitantes y el gobierno:

- **A una vida con calidad.**
- **A la no discriminación.**
- **A una vida libre de violencia**
- **A ser respetado en su persona.**
- **A ser protegido contra toda forma de explotación**

- A recibir protección por parte de su familia, la sociedad y las instituciones. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del DF 2000

Los Derechos humanos en la tercera edad CNDH

- A gozar de oportunidades
- A vivir en entornos seguros, dignos y decorosos
- A vivir en el seno de una familia.
- A expresar sus ideas libremente
- A recibir por parte de las policías, ministerio público, jueces, un trato digno y apropiado
- A recibir el apoyo de órganos locales de Gobierno
- A contar con un representante legal y con asesoría jurídica gratuita,
- Tener acceso a los bienes y servicios
- A tener acceso a los servicios de salud,
- A recibir orientación y capacitación en materia de salud,
- De asociarse y reunirse...
- A recibir información.
- A recibir educación.
- A la recreación.
- Al trabajo.
- A la asistencia social.



CUIDADOS Y RECOMENDACIONES



Según, IIAM-DF (Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el D.F.); los factores que influyen para que un adulto mayor deba recibir atención por parte de un cuidador son:

Físicos

- Asociados a la edad, deterioro del cuerpo por envejecer.
- Asociados a enfermedades o inmovilidad.
- Disminución de la visión y audición. Secuelas neurológicas.
- Por efectos secundarios de uno o varios medicamentos.

Psicológicos

- Depresión.
- Alteraciones de la memoria o de la conducta.

Sociales

- Escasos recursos económicos.
- Pobre red de apoyo familiar o social, por abandono.
- Barreras arquitectónicas.

Un adulto mayor necesita cuidados y ayuda para:

- Realizar sus actividades diarias de la mejor manera posible.
- Mantener buen estado de salud y mejorar su calidad de vida.
- Tomar sus alimentos y medicinas.

- Asearse e ir al baño.
- Trasladarse de un lugar a otro. Socializar con los demás.
- Disfrutar de un descanso adecuado y dormir bien.
- Prevenir accidentes y caídas.

Los cuidados incluyen:

Supervisar o ayudar para que:

- Tomen los alimentos a sus horas y en cantidades adecuadas.
- Ingerir sus medicinas según las dosis y los horarios indicados por el médico.
- Practiquen los ejercicios recomendados por el médico.
- Se asean adecuadamente.

Conforme con las indicaciones del médico, llevar un registro, por ejemplo, de:

- Su presión arterial.
- Su temperatura. Su frecuencia cardiaca.
- El nivel de glucosa en la sangre (si es necesario).

Observar e informar al médico y familiares los cambios que los adultos mayores muestren en:

- La piel.
- El comportamiento en general y en la conducta hacia sus familiares.
- Una mayor dificultad de sus movimientos.

Auxiliar a los adultos mayores para que:

- Cuiden de sí mismos con la menor ayuda posible.
- Lleven una vida en condiciones lo más satisfactorias.
- Se sientan acompañados y socialicen con sus familiares y vecinos

Las enfermedades crónicas-degenerativas más frecuentes en los Adultos

Mayores son:

- Presión alta.
- Fallas de corazón.
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- Bronquitis crónica.

- Tos crónica o falta de aire.
- Artritis o reumas.
- Osteoporosis o huesos débiles.
- Incontinencia urinaria (salida involuntaria de orina).
- Infecciones urinarias frecuentes.
- Problemas de próstata.
- Cáncer de próstata, mama o colón.
- Diabetes mellitus.
- Estreñimiento.
- Gastritis.
- Disminución de la visión.
- Disminución de la audición.
- Trombosis o Embolias.
- Parkinson y demencias.

INSTITUCIONES DE ATENCIÓN Y SERVICIOS AL ADULTO MAYOR

En el Distrito Federal, tiene un índice alto en población adulta mayor, es también donde se encuentra el mayor número de Instituciones gubernamentales y privadas en el área de la vejez. A continuación se mencionan algunas de estas instituciones dedicadas al proceso del envejecimiento.

1. www.inapam.gob.mx/



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 procurará 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.

2. www.adultomayor.df.gob.mx <http://www.adultomayor.df.gob.mx/iaam/>



Instituto para la Atención
de los Adultos Mayores
en el Distrito Federal

El Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal (IAAM-DF) es el órgano del Gobierno de la Ciudad de México encargado de promover el bienestar de las personas adultas mayores en el Distrito Federal, cuyo objetivo es:

Garantizar el cumplimiento de la Ley que establece el Derecho a la Pensión Alimentaria para los Adultos Mayores de Sesenta y Ocho Años residentes en el Distrito Federal promoviendo políticas públicas, implementando programas de atención integral, impulsando el ejercicio pleno de sus derechos, y fomentando una cultura del envejecimiento activo.

El **IAAM-DF** se creó por Decreto del Jefe de Gobierno, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 29 de junio de 2007, si bien tiene antecedentes en el "Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 Años residentes en el Distrito Federal" en febrero de 2001 y en la aprobación de la entonces Ley que establece el Derecho a la Pensión Alimentaria para los Adultos Mayores de Setenta Años residentes en el Distrito Federal en 2003.

La sede del **IAAM-DF** se encuentra en Venustiano Carranza no. 49, entre Bolívar e Isabel la Católica, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, CP 06000 (cerca de

las estaciones Zócalo, San Juan de Letrán e Isabel la Católica de las líneas 2, 8 y 1 del Metro) donde con gusto le atenderemos.

3. www.consejociudadanodf.org.mx/lineaplateada.php



Una sociedad debe ser evaluada por el cuidado y el respeto que otorga a sus adultos mayores.

El trato digno que se les da tiene que ser una acción permanente para este sector que merece nuestra atención como sociedad civil organizada. Por ello, el Consejo Ciudadano lanzó, junto con el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del DF, la Línea Plateada, un servicio telefónico específico para apoyarlos en momentos de crisis psicológica o cuando requieran orientación legal.

En la Línea Plateada especialistas en Psicología y Derecho, capacitados para atender a los adultos mayores, reciben las llamadas por problemas como abandono, maltrato, intento de extorsión y abuso de autoridad.

También es posible apoyarlos y canalizarlos en casos de intento de extorsión, robo a casa habitación, extravío de documentos oficiales, delitos no graves como abuso de confianza, daño en propiedad ajena o despojo, entre otros.

El servicio se proporciona las 24 horas del día los 365 días del año, en la Línea Ciudadana 5533-5533. Cada 4 horas un adulto mayor acude al servicio para resolver sus necesidades por esta vía.



4. www.inmujeres.gob.mx

El Instituto de las Mujeres del Distrito Federal es un organismo público descentralizado del Gobierno de la Ciudad de México, cuyo objetivo fundamental es trabajar porque las mujeres accedan al pleno goce de sus derechos humanos, así como a los beneficios del desarrollo, en un contexto de equidad de género e igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

Desde su creación, el Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México ha sentado las bases para el fortalecimiento de un proceso de transversalización de la perspectiva de género en todas las acciones de gobierno, el cual garantice la eliminación de todo tipo de discriminación, así como la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres, a través de la promoción, el conocimiento, la defensa y el ejercicio de los derechos de las mujeres de la Ciudad de México.

5. www.geriatria.salud.gob.mx



El Instituto de Geriatria fue creado el 29 de julio de 2008. Es un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, dotado de autonomía operativa, técnica y administrativa. Su propósito es coadyuvar en el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, mediante acciones de desarrollo, fomento y promoción en materia de investigación y formación de recursos humanos en geriatría.

Para el cumplimiento de su objetivo, el Instituto de Geriatria tiene las siguientes funciones:

Fomentar la creación y capacitación de recursos humanos especializados en materia de geriatría y en aquellas complementarias y de apoyo, mediante la creación e implementación de programas y cursos especializados.

- Desarrollar e impulsar estudios e investigaciones en materia geriátrica.
- Apoyar a la Secretaría de Salud en su carácter de dependencia coordinadora de sector, para la elaboración y ejecución de los programas anuales, sectoriales, especiales y regionales de salud en el ámbito de sus funciones, así como promover la concertación de acciones con los sectores social y privado en su ámbito de competencia.
- Fungir como órgano de consulta nacional sobre temas relacionados con su objeto.

- Difundir y publicar los estudios e investigaciones que en materia de geriatría elabore, así como de aquellas materias afines o complementarias a ésta.
- Llevar a cabo el intercambio de estudios científicos, de carácter nacional e internacional, a través de la celebración de reuniones, eventos y convenios con instituciones afines.
- Desarrollar las demás actividades necesarias para el cumplimiento de su objeto, de conformidad con el Decreto que le dio origen y demás disposiciones jurídicas aplicables.

6. CENTRO NACIONAL MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN GERONTOLÓGICO “ARTURO MUNDET”.

<http://web.dif.gob.mx/>

Atención integral a personas adultas mayores sujetas de asistencia social. Tiene el propósito de brindar una atención integral a los adultos mayores en los centros gerontológicos del DIF, a través de servicios médicos, odontológicos, recreativos y culturales. También se busca fomentar la corresponsabilidad de instituciones civiles, públicas y privadas para la atención de los adultos mayores.

Av. Revolución No. 1445 Col. Campestre c. p. 01040, México, D.F.



7. www.cdh.org.mx

A través de la Comisión de Derechos Humanos se lleva acabo los derechos de las personas adultas mayores y ofrecer posibles líneas de atención. Se realizó en el año 2007 un Informe especial sobre la situación de los derechos Humanos de las personas adultas mayores institucionalizadas en el D.F.

8. Escuela Nacional de Trabajo social

<http://www.trabajosocial.unam.mx/>



Formar especialistas en Trabajo Social de alta calidad, capacitados para el diseño y la aplicación de modelos de intervención con jóvenes a nivel individual, grupal, comunitario y de la sociedad en general, que contribuya a prevenir y plantear alternativas de solución a los problemas que enfrentan los adultos mayores; además de iniciarlos en la docencia y la investigación.

9. www.jap.org.mx



¿Qué son las Instituciones de Asistencia Privada?

Son entidades con personalidad jurídica y patrimonio propio, sin propósito de lucro, que con bienes de propiedad particular ejecutan actos de asistencia social.

Las IAP se encuentran reguladas por la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal (LIAPDF). Es la Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal quien las supervisa para que cumplan con la voluntad para la que fueron fundadas, y garantizar la permanencia y la adecuada administración del patrimonio destinado a la labor asistencial.

10. www.caritas-mexico.org.mx/



En la Fundación Cáritas para el Bienestar del Adulto Mayor, I.A.P., nos dedicamos a la operación y multiplicación de un Programa Educativo No Formal con adultas/os mayores en situación de pobreza. A través de dicho programa se promueve el desarrollo individual y social de los mayores, así como al fortalecimiento de capacidades y habilidades que permitan a las personas

mayores envejecer de manera activa, participar, mantenerse autónomas, independientes y autorrealizadas, involucrando a la familia y a la comunidad desde una perspectiva intergeneracional.

11. www.comunidadesiap.org.mx



FUNDACIÓN PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR, IAP,

La Fundación para el Bienestar del Adulto Mayor, IAP, ha generado e instrumentado un Programa Educativo no Formal (PENF), a través del cual se promueve la organización autónoma, la cultura de la vejez positiva, así como un proceso educativo no formal que permite a las personas mayores adquirir e intercambiar aprendizajes, fortalecer capacidades y habilidades básicas.

Desde su implementación, el PENF ha beneficiado aproximadamente a 32 mil personas mayores, organizadas en alrededor de 1,250 grupos educativos, así como a 20 mil familiares. Se ha aplicado en la Ciudad de México y en 5 entidades del interior del país.

El PENF que aplica la Fundación para el Bienestar del Adulto Mayor, IAP, contribuye a modificar actitudes en este sector poblacional, así como clarificar y aplicar valores para la convivencia respetuosa, incrementar su autoestima, reforzar su autonomía, modificar la visión fatalista y negativa que han internalizado acerca de la vejez, encontrar el sentido de la vejez y crecer interiormente, preservar la salud física y mental, mejorar la alimentación, participar organizadamente, prevenir y erradicar la violencia, el abuso y la discriminación, además de promover y ejercer los derechos en la vejez.

12. ASOCIACION MEXICANA DE ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE PARA ADULTOS Y ANCIANOS A.C.



Asociación Mexicana de Actividad Física y Deporte para Adultos y Ancianos, A.C.

La Asociación Mexicana de Actividad Física y Deporte para Adultos y Ancianos, A. C. fue fundada en el año 1998 bajo el amparo de la Escritura No. 17195, siendo la presidenta fundadora la Lic. Elena Subirats Simón. En el primer lustro de trabajo se buscó una vinculación con la Secretaría de Salud federal así como algunas Federaciones nacionales deportivas, destacando entre otras acciones las conferencias, las asesorías a estudiantes de las licenciaturas de Educación Física, Entrenamiento deportivo, Trabajo Social en la elaboración de sus tesis relacionadas con el ejercicio físico de los adultos mayores; se realizaron varios cursos taller con el fin de orientar a los monitores, entrenadores que de manera empírica venían administrando actividad física en los mayores.

INSTITUCIONES DE ATENCION	DIRECCION Y TELEFONOS
Instituto para la Atención de los Adultos Mayores Brinda la pensión alimentaria a personas mayores de 68 años. Atención medica domiciliaria Brinda aparatos auditivos y anteojos Asesoría a cuidadores de personas a.m. Actas de nacimiento con el Registro civil	Rio Volga 77, Col. Cuauhtémoc Del. Cuauhtémoc Tel 52083583 de las 9 a las 3 pm
Procuraduría General de Justicia del D.F. Atiende quejas sobre irregularidades en la integración de una averiguación previa	Llamar las 24 hrs y los 365 días tel. 5200-9000
Centro de Atención a Riesgos Víctimas y adicciones CARIVA Brinda atención integral y preferencial a las personas adultas mayores víctimas de violencia familiar	Dr. Lucio 220, col Doctores, Del. Cuauhtémoc tel. 5242 6141 al 42 Fax 5761 7016 cariva@pgjdf.gob.mx
Agencia Especializada para la atención de Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Proporcionará asesoría jurídica en asuntos del orden familiar a las personas adultas mayores que lo soliciten	Gral. Gabriel Hernández 56, Esq. Dr. Lavista Col Doctores Tel. 5345 5111 y 12
Secretaría de Seguridad Publica	Teléfono CAS : 5208 9898
Comisión de Atención a Grupos Vulnerables Asamblea Legislativa del Distrito Federal Es un espacio en el que las personas adultas mayores y la población en general pueden expresar sus demandas y sugerencias.	Plaza de la constitución 7 Col.Centro Del Cuauhtémoc Conmutador 5130 1900 Recinto Legislativo Donceles esp. Allende s/n col. Centro Histórico Conmutador 5130 1980 aldf@df.gob.mx
Dirección General de Igualdad y Diversidad Social (DGIDS) Registro extemporáneo de nacimiento para personas adultas mayores residentes en el D.F.	Donceles 94, col. Centro Del. Cuauhtémoc Tel. 5518 4174 ext. 303 equidad@df.gob.mx
Unidades de atención y Prevención de la Violencia Familiar UAPVIF de la DGIDS Asesoría, orientación y acompañamiento jurídico, terapia psicológica	Hay una UAPVIF en cada delegación. Para su ubicación llamar al 5518 8001 ext. 120 0 a LOCATEL 5658 1111 www.uapvif.df.gob.mx www.equidad@df.gob.mx
Locatel	Tel 5658 1111 www.locatel.df.gob.mx
Fondo para el Desarrollo Social del D.F.(Fondeso)	Tepozteco 36 col, Verti- Narvarte, del. Benito upares Tel. 9180 0788 y 98 ext. 14 Cuenta con oficinas en todas las delegaciones www.fondeso.df.gob.mx
Coordinación de atención a Población Vulnerable de la Secretaria de Trabajo y Fomento al Empleo del Distrito Federal Brinda atención especial a la personas adultas mayores alternativas para su inserción en el mercado de trabajo.	José Ma. Izazaga 89 4º piso, Col. Centro Tel 5709 4145 Fax 5709 3222 www.styfe.df.gob.mx www.dgefc.df.gob.mx
Procuraduría Social del D.F. (PROSOC) Asesoría en los tramites que se tienen que hacer ante las autoridades	Colima 161 1er piso, Col. Roma Tel 5209 6665 www.prosoc.df.gob.mx
Instituto de Asistencia e Integración Social Respalda a las personas a.m. por los actos u omisiones cometidas por autoridades.	Xocongo 235 col. Transito Del. Cuauhtémoc Tel 5132 1130 y 5741 2083

Programa de defensoría de Oficio y Orientación Jurídica de la consejería Jurídica y de Servicios Legales Servicios de conciliación de problemas vecinales, familiares y conyugales.	Doctor Liceaga 113 col. Doctores del. Cuauhtémoc Tel. 5134 1400 y 5709 6500 ext. 2001 y 2002 www.consejeria.df.gob.mx
Dirección General de regularización Territorial y El Colegio de Notarios Programa universal testamentario a los a.m.	Para testamentos llamar a los teléfonos 5709 3662 y 57097058
Dirección Ejecutiva de asuntos Jurídicos del DIF-DF Defiende y brinda representación legal a los adultos mayores.	Xochicalco 1000 col. Santa Cruz Atoyac Del. Benito Juárez Tel. 5604 6700 ext. 6000, 6001 www.dif.df.gob.mx/transparencia/FXIV/asuntos jurídicos
Dirección Ejecutiva de asistencia Alimentaria del DIF-DF Programa de Espacios de alimentación.	Xochicalco 929, col. Santa Cruz Atoyac del Benito Juárez Tel. 5604 0127 ext. 4000 y 4001 www.dif.df.gob.mx/dif/alimentaria/espacios
Sistema de Transporte Colectivo del DF Tarjeta Inteligente de cortesía Otorga acceso gratuito a personas mayores de 60 años.	Balderas 58 col. Centro Del Cuauhtémoc Tel. 5709 1133 ext. 1807 y 1809 www.metro.df.gob-mx/servicios/index.html
Metrobus Otorga acceso gratuito a personas mayores de 60 años	Tel. 5761 6860 y 6870 ext. 121 www.metrobus.df.gob.mx http://www.metrobus.df.gob.mx/gratuidad.htm
Instituto de las mujeres del D.F. Organización y participación de las mujeres de todas as edades.	Tacuba 76 col. Centro Tel. 5512 2836 y 02 www.inmujeres.df.gob.mx
Comisión de Derechos Humanos del D.F. CDHDF	Tel. 5229 5600 www.cd hdf.org.mx
Tesorería de la Secretaría de Finanzas del Distrito Federal Descuentos en Predial a adulto mayores de 60 años.	Izazaga 89 Col.Centro Del. Cuauhtémoc Tel. 5709 1286 y 5609 0098 ex.168 www.finanzas.df.gob.mx
Instituto del Deporte del DF Cuenta con un programas de ejercicios y actividad física dirigidos a personas adultas mayore.	Calzada del hueso 400 Col. Los Girasoles Del. Coyoacán Tel. 56792983 ext. 10 www.iddf.df.gob.mx contactoiddf@df.gob.mx
Subsecretaria de Participación Ciudadana de la Secretaría de Desarrollo Social, en conjunto con la Secretaria de seguridad Publica	Tel. 5629 2772 fax 5659 2675 www.participacionciudadana.df.gob.mx
Secretaria de cultura Ofrecen visitas a distintos lugares turísticos y eventos culturales.	Av. De la Paz 26 Col.Chimalistac Del. Álvaro Obregón Tel. 1719 3000 www.cultura.df.gob.mx
Secretaria de turismo del DF Ofrecen visitas a distintos lugares turísticos y eventos culturales.	Av. Nuevo León 56 Col. Hipódromo Del Cuauhtémoc Tel. 5286 7072, 5286 9077 ext. 2904 y 2906 www.mexicocity.gob.mx
Dirección General de Desarrollo Social en cada Delegación Política Información y vinculación con todos los grupos de personas adultas mayores en cada delegación Espacios con actividades recreativas, artísticas y culturales Servicios funerarios para personas de escasos recursos.	Comunicarse a la dirección General de Desarrollo Social de cada Delegación , para tener los teléfonos puedes llamar a LOCATEL al 5658 1111 o consultar la pagina www.df.gob.mx/wb/gdf/delegaciones.dir

Lecturas Recomendadas

Ariztizabal V. Nidia 1991. Preparandose para una vejez... activa, alegre, autónoma y sana, Santa Fe de Bogotá, Graficas Chía,

Ciano, N. (2010). Elaboración de proyectos en adultos Mayores: Aportes de la Orientación. Universidad Nacional de la Plata: Facultad de Psicología. V.10

Nance., D. (2010). Envejecimiento humano una visión interdisciplinaria. Instituto de geriatría depresión en adultos mayores. Pp239-248.

Pedregal S, Rodríguez Suarez, Rodríguez Pérez (2003) (2003) Manual del Técnico Auxiliar de Geriatría. España: Editorial Mad, S.L. En Pérez Santana J. M. La sexualidad en la vejez Unidad didáctica 18. p532

Villa, C. C. (2005). La vida en la Jubilación, México: Trillas: Universidad Anáhuac.

Zatyorka P., A. (2010). Espiritualidad en el adulto mayor. En Aguilar n., G., Picardo M., P. 10 Hábitos efectivos para la salud del adulto mayor Tomo II (pp.50-). México: Instituto Nacional de Geriatría.

ALCANCES

- ❖ El manual contribuye al mejoramiento integral de las condiciones de vida y bienestar de la población adulta mayor, con el fin de que las personas que se encuentran cerca de ellas tengan los elementos básicos que les permitan el desarrollo pleno en la vejez.
- ❖ Facilitar situaciones de aprendizajes para que las personas adultas mayores se apropien de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores que les permitan acceder a una mejor calidad de vida, mas enriquecida, gratificadora y plena.
- ❖ Este manual es parte de un conjunto de materiales preparados con la finalidad de apoyar el trabajo educativo no formal que impulsan los familiares, cuidadores, y personas profesionales con los adultos mayores.
- ❖ El manual es un instrumento de apoyo fundamental para obtener información necesaria y suficiente, que permita a la familia, cuidador y personas profesionales realizar la orientación y promoción de una nueva cultura de la ancianidad de manera continua.
- ❖ Aumentar el nivel de calidad de vida del adulto mayor, a través de conocimientos del proceso de envejecimiento.
- ❖ Propiciar la Interacción del familiar o/y cuidador con el adulto mayor para desarrollar un bienestar físico, social y mental conforme a sus necesidades.
- ❖ Proporcionar información básica que permita sensibilizar a nuestra sociedad sobre la etapa de la vejez.

LIMITACIONES

- ❖ Falta de material adecuado para personas adultas mayores que tienen una discapacidad.
- ❖ Falta de material didáctico o de apoyo para dirigir y promover la enseñanza-aprendizaje.
- ❖ Falta de cultura e interés por parte de la sociedad y diferentes disciplinas, lo que propiciaría que no leyeran el manual completo.
- ❖ Falta de Interacción del familiar o/y cuidador con el adulto mayor para desarrollar un bienestar físico, social y mental conforme a sus necesidades.
- ❖ Falta de atención profesional dirigida a los familiares y cuidadores con sobrecarga de trabajo.
- ❖ Falta de profesionales en el área Psicogerontológica, para la atención del adulto mayor.

ANEXOS

Escalas utilizadas para diagnosticar la Depresión en el Adulto Mayor

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA		
INSTRUCCIONES:	SI	NO
Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA		
1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o Actividades previas?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	1	0
5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	0	1
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?	1	0
9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	1	0
11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	0	1
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	1	0
13. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	1	0
15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	1	0
TOTAL:		
Nota: 0-5, normal; 6-9, depresión leve; 10 o más, depresión establecida		

ESCALA DE GOLDBERG.

Cribado ansiedad- depresión.

Subescala de ansiedad.

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
 3. ¿Se ha sentido muy irritable?
 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?
- (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando).
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?

6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Subescala de depresión.

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
 2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
 3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
 4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?
- (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
 8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
 9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Cada una de las subescalas se estructura en:

- 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental.
 - Un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la Subescala de ansiedad, 1 o más en la Subescala de depresión).
- Los puntos de corte son > o iguales a 4 para la escala de ansiedad, y > o iguales a 2 para de depresión
- En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte > o igual a 6

Escala Hamilton – Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	
1. Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4
2. Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	
3. Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1

- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
4. Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
5. Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
6. Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
7. Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	3 4
8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
9. Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
10. Ansiedad psíquica	
- No hay dificultad	0
- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3

- Expresa sus temores sin que le pregunten	4
11. Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
- Ausente	0
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	
- Ninguno	0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
	2
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	3
	4
13. Síntomas somáticos generales	
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
- Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2
14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
15. Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
16. Pérdida de peso	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
17. Introspección (insight)	
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
- No se da cuenta que está enfermo	2
La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE (2004), guía con una alta calidad global en su	

<p>elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte :</p> <p>No deprimido: 0-7</p> <p>Depresión ligera/menor: 8-13</p> <p>Depresión moderada: 14-18</p> <p>Depresión severa: 19-22</p> <p>Depresión muy severa: >23</p>	
---	--

ESCALA DE ZUNG				
Por favor marque la columna	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
Claves con las respuestas del paciente.				
1. Me siento decaído y triste.	1	2	3	4
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.	4	3	2	1
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.	1	2	3	4
4. Tengo problemas para dormir por la noche.	1	2	3	4
5. Como la misma cantidad de siempre.	4	3	2	1
6. Todavía disfruto el sexo.	4	3	2	1
7. He notado que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8. Tengo problemas de estreñimiento.	1	2	3	4
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.	1	2	3	4
10. Me canso sin razón alguna.	1	2	3	4
11. Mi mente está tan clara como siempre.	4	3	2	1
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.	4	3	2	1
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.	1	2	3	4
14. Siento esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15. Estoy más irritable de lo normal.	1	2	3	4
16. Me es fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y me necesitan.	4	3	2	1
18. Mi vida es bastante plena.	4	3	2	1
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.	4	3	2	1

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

Referencias

American Psychiatric Association. (2010). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association* (2ª ed.). México: El Manual Moderno.

AOTA. American Occupational Therapy Association (1986). *Guidelines for occupational therapy documentation*. American Journal of Occupational Therapy, 40, 830-832. Bethesda: AOTA Publications.

Asamblea Legislativa del Distrito Federal, *Ley de los derechos de las Personas Adultos Mayores del Distrito Federal*. (2000) México, Asamblea Legislativa del Distrito Federal.

Arana, M.J. (1996). *Las mujeres en la historia*. Documentación social. Revista de Estudios Sociales y de sociología aplicada, n. 105.(pp.45).

Asili, N. (2004). *Vida plena en la vejez*. México: Editorial Pax. Mex.

Atchley, R. (1976). *The Sociology of retirement*. Estados Unidos de América Shenkman Publishing Company

Atchley, R. (1989). *A continuity theory of normal aging*. The Gerontologist, 29, 183-190.

Ávila, F. (2009). Instituto de Geriatria. "*Memoria Institucional 2007-2009*". (1ª ed.) México: Graphimedica

Barbero J., Moya A. (coord.). (2005). *Malos Tratos a personas mayores: Guía de Actuación*. Madrid: INMERSO. Colección Manuales y Guías Serie Personas Mayores.(pp.24)

Beauvoir, S. (1983). *La vejez*. Barcelona: Edhasa.

Belando, M. (2001). *Vejez Física y Psicológica: Una perspectiva para la educación Permanente*. España: Universidad de Extremadura, Servicio de Publicaciones.

Bello, M.; Puentes- Rosas, E. ; Medina-Mora, M.E: y Lozano R., (2005). *Prevalence and diagnosis of depression in México*. Salud Publica de México, 47 (supl.1) 54.

Blazer, D. (2001). *Trastornos Psiquiátricos Depresión de Geriatria*. (2ª ed) 33 310-319 Edit. Harcourt

Brink, T.L. Yesavage J.A, et.al. (1982). *Screening tests for geriatric depression*. Clin Gerontologist 1 :37-43.

Calero, G. (2000). *Psicología de la vejez: el funcionamiento cognitivo*. En Fernández Ballesteros (Dras.), *Gerontología Social* (pp. 201-227). Madrid: Pirámide.

Ciano, N. (2010). *Elaboración de proyectos en adultos Mayores: Aportes de la Orientación*. Universidad Nacional de la Plata: Facultad de Psicología. V.10

Cohen, G. (1991). *Envejecimiento cerebral*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Conde, V. (1970). *Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala Autoaplicada para la depresión de Zung*. Arch Neurobiol 33 185- 2006, 281-303.

CONAEN (1999). *Comité Nacional de atención al Envejecimiento. Manual de operación y funcionamiento*. México: Gobierno del Estado de México .Secretaria de Salud. Revisado en <http://salud.edomex.gob.mx/salud/manual/MANUALALENVEJECIMIENTO.pdf>

CNDH (2012). *Comisión Nacional de los Derechos Humanos*. Los Derechos en la Tercera Edad, México, CNDH, Abril.

Craig, J. (2001). *Desarrollo Psicológico*. (8a ed.) México: Pearson

Culler, K. (1998). *Áreas de ejecución en terapia ocupacional, manejo del hogar y la familia*. En: Hopkins HL, Smith HD (Eds.). Willard/ Spackman *Terapia Ocupacional*. (8ª Ed.) Madrid: Editorial Médica Panamericana; p. 219-24.

Cumming, E. y Henry, W. E. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. Nueva York: Basic Boks.

Chávez, L. A. (2011). *Duelo y Depresión en el Adulto Mayor*. Tesina Asociación Mexicana de educación Continua A.C. Asociación Mexicana de Tanatología A.C.

Declaración de Toronto Para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. (2002). Organización Mundial de la Salud Ginebra Noviembre Recuperado de http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf

De León O., A., (1997). *The Mental Status Examination*. , en Jobe, T. H. y Kovalparambil, A *Clinical Neupsychniatry*, Massachusett: Blackwell.

D'Hyver de las Deses, C. (2006). *Geriatría*. México: El Manuel Moderno. 8 volumen II 283-461 pp349.

Diccionario de la Lengua Española. (2001). Madrid: Real Academia Española.

DSM-IV-TR, (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* American Psychiatric association Barcelona: Masson Elsevier.

Durante, P. (2001) *Conceptos básicos de terapia ocupacional*. En: Polonio B, Durante P, Noya B (eds.). *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; p. 13-24. Revisado en: <http://www.acamto.com/index.htm>

Escalante, I. E. (2009). *Redes de Apoyo Social para el A.M.* En P. Picardi. M. 10 Hábitos efectivos para la salud del Adulto Mayor Departamento (pp. 113-124). México: Instituto de Geriátría.

Feldman, R. S. (2008). *Desarrollo Psicológico a través de la vida*. (4ª ed.) México: Pearson Educación.

Fernández- Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. México: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya S. A).(pp.39,43,45-46).

Flores, M. (2011) *.El dispositivo grupal: elemento para generar un proyecto de vida en la tercera edad*. México: Pax.

Friedan, B. (1994). *La fuente de la edad*. Barcelona: Planeta.

García- Peña c.; Wagner F. A., Sánchez- García S.; Juárez-Cedillo T.; Espinel-Bermúdez C., García- González J.(2008) Depressive symptoms among older adults in México City . *Journal of General and Internal Medicine*, 23 (12). Pp 1973-1980.

Giurgea, C. E. (1995). *Envejecimiento cerebral normal y satisfactorio*. El reto del siglo XXI. Barcelona: Masson.

Goldberg D, Bridges K, Duncan – Jones P, et al. (1989). *Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general*. *Br Med. J* (ed. Esp.); 4 (2): 49-53.

Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. (1988). *Detecting anxiety and depression in general medical setting*. *Br Med J* 97: 897-899.

Gutiérrez Robledo, L. M., Gutiérrez Ávila J. H. et al. (2010). *Perspectiva para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontecnología* (1ªed.) En México: capítulo revisado *Salud mental: Deterioro Cognoscitivo leve, demencias y depresión* .Instituto de Geriátría.

González Labrador I. (2002). *Sexualidad en la Tercera Edad*. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2002; 18 (3). Acceso on line en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s086421252002000300010&script=sci_arttext [ultimo acceso 23 noviembre de 2012] [links]

Gonzalo, S. L. M. (2002). *Tercera Edad y Calidad de vida Aprender a Envejecer*. (1ª ed.) España: Ariel p 204.

Gould, R.L. (1981). *The Mismeasure of man*. New York: Norton.

Guy, R.L. (2005). *El ciclo de la vida* (6ª ed.) México: International Thomson Editores.

Hamilton, M. (1960). *Arating scale for depression*. J Neurol Neurosurg Psychiatry (23): p 56-62.

Hansen, L. B. (2003). *Desarrollo en la edad Adulta*. (1ª ed.) México: Manual Moderno.

Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (4th ed.) New York: DMckay.

Herrera, A. (2003). *Sexualidad en la vejez: ¿Mito o Realidad?*. Rev. Chil.Obstret.Ginecol; 68(2). Recuperado en <http://doi:10.4067/s0717-75262003000200011> [Ultimo acceso 24 de Noviembre 2012]

Kalish, R. A. (1983). *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.

Kathleen, S. B. (2009). *Psicología del Desarrollo Adultez y Vejez*. (7ª ed.) Madrid: Panamericana Editorial Medica.

Leturia Arrazola F.J., Yanguas Lezaun J.J., Arriola Manchola E., Uriarte Mendez A. (2001). *La valoración de las personas Mayores: Evaluar para conocer, para intervenir*. Madrid. Manual.

Little, J.T. et al., (1998). *How common is resistance to treatment in recurrent, nonpsychotic geriatric depression?* .American Journal of Psychiatry, vol.155 n.8 pp1035-1038 Agosto.

Martínez, O. M.; Polo, L. M.; Carrasco, F. B. (2002). *Visión histórica del concepto de la vejez desde la edad media*. Cultura de los cuidados. Año VI, n. 11.

Mendoza, N.V., Martínez M. M., (2012) .*Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico*. En *Envejecimiento y Salud: Una propuesta para un plan de acción*. Gutiérrez R.L., Kershenobich S. D. México: UNAM (pp. 261-275).

Mishara, B.L. y Riedel, R.G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata

Michan, A. L y Michan, A. S. (2010). *El desarrollo de la Biogerontología y Geriatria de Inicios del siglo XX a la actualidad*. En *Geriatría Clínica y Epidemiológica: Envejecimiento Humano Una visión Transdisciplinaria*. Mexico: Instituto de Geriatria.

Millán, C. J. (2006). *Principios de Geriatria y gerontología*. (1ª. ed.) España: Mac Graw- Hill.

Monroy, L. (2005). *Aspectos Psicológicos y Psiquiátricos del adulto Mayor*. Hospital de México. Asociación Mexicana de alternativas en Psicología AMAPSI Diciembre 2005. Recuperado en http://www.amapsi.org/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=103&Itemid=110 An. Fac. med. V.68 n.3 Lima Sep. 2007

Montes de Oca, V. (2000). *Bienestar, familia y Apoyos Sociales entre la población anciana en México, en Procesos sociales, población y vida doméstica*. México: FLACSO.

Montón, C. Pérez - Echeverría, M.J. Campos, R, et al. (1993). *Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico*. Aten Primaria; 12: 345-349.

Moragas, Moragas, R. (1991). *Gerontología Social*. Envejecimiento y calidad de vida. Barcelona: Heder.

Moragas, Moragas, R. (1992). *Gerontología, profesiones y enfoque interdisciplinario*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 27 (2), 57-59.

Moragas, R. (2004). *Gerontología Social*. (2ª ed.) España: Herder.(pp.91).

Nance., D. (2010). *Envejecimiento humano una visión interdisciplinaria*. Instituto de geriatría depresión en adultos mayores. Pp239-248.

Neugarten, B.L. (1968). *Middle age and aging. A reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press.

Neugarten, B. L. (1975). *The future and the young old*. *The Gerontologist*, 15, 49.

NICE, (2004). *Depression: management of depression in primary and secondary care- guidance*.

Papalia, D. E. (2005). *Desarrollo Humano*. (9ª ed.) México: McGraw- Hill Interamericana. (pp.673,722).

Peck, R. C. (1959). *Psychological developments in the second half of life en E.E. Anderson* (ed.), *Psychological aspects os ageing* (pp. 42-53). Washington D. D. American Psychological Association.

Pedregal, S.; Rodríguez, S., Rodríguez, P. (2003) .*Manual del Técnico Auxiliar de Geriatría.*, S.L. En Pérez S. *La sexualidad en la vejez* P.532Unidad didáctica 18. España: Editorial Mad.

Ramos – Brieva, J. C., A., (1986) *Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión*. *Actas Luso- Esp Neurol Psiquiatra* (14). P 324-334.

Reig F., A., (2000). *La calidad de vida en gerontología como constructo psicológico*. *Rev. Española Geriatría y Gerontología*, 35 (supl.2) 5-12.

Rice, P. F. (1999).*Desarrollo Humano Estudio del ciclo vital*.(2ª ed) México: Pearson educación.

Sheikh, J. L., Yesavage J. A. (1986).*Geriatric Depression Scala (GDS): Recent evidence and development of a shorter version*. In: *Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention*. New York: Haworth Press, 1986 PP. 165-172.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.

Sainz, R. J. (2001). *Manual de Psicogeriatría clínica*. Barcelona: Masson p 334.

Santrock, J. W. (2006). *Psicología del Desarrollo El ciclo vital*. (10ª ed.) España: McGraw- Hill.

Sheikh, J.I. Yesavage, J.A. (1986).*Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version*. *Clin Gerontol.*; 5:165-172.

Thomae, H. (1970). *Theory of aging and cognitive theory of personality*. *Human Devepment*, 13, 1-13

Trejo, M.C. (2001). *El Viejo en la historia*. Acta Bioethica, Santiago , v.7, n. 1. Recuperado en [http:// www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-569x2001000100008&lng=es&hrnsiso?](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-569x2001000100008&lng=es&hrnsiso?)

Tuirán, R. (2003). *Desafíos del envejecimiento demográfico en México*. En: Prevención de la violencia, atención a grupos vulnerables y los derechos humanos. Los derechos de la personas de la tercera edad. México: CNDH Impreso S.A de C.V. pp. 15-34.

Vargas, L. A. (2012). *Las condiciones bioculturales y el envejecimiento*. En S.D. Kershenovich in (2012): Envejecimiento y salud: Una propuesta para un plan de acción (pp.347) México: UNAM.

Vera, M. (2007) .*Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Anales de la Facultad de Medicina. (PP. 284-290).

Vidal G., Alarcón R., D., Lolás F. (1995).*Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*. Tomo II Buenos Aires: Medica Panamericana S. A.

Villa, C. C. (2005). *La vida en la Jubilación*, México: Trillas: Universidad Anáhuac.(pp.19)

Yela, M. (1979). *El mundo visto desde la tercera edad*.

Zarit, J.M. y Zarit, S. H. (1989). *Envejecimiento molar: Fisiología y Psicología del envejecimiento normal*. En L.L. Caustensen y B.A. Edelstein (drs.). El envejecimiento y sus trastornos (pp.30-45). Barcelona: Martínez Roca

Zatyryka P., A. (2010). *Espiritualidad en el adulto mayor*. En Aguilar n., G., Picardo M., P. 10 Hábitos efectivos para la salud del adulto mayor Tomo II (pp.50). México: Instituto Nacional de Geriátría.

Zung, W. W..(1965). *A self rating depression scale*. Archives of General Psychiatry 12: 63-70.

Referencias Electrónicas

APTONA (2004). Asociación Profesional de terapeutas Ocupacionales de Navarra. Pamplona. Revisado en http://www.terapia-ocupacional.com/Noticias/TO_Navarra.pdf [Ultimo acceso 25 de Enero 2013]

CONAPO. Consejo Nacional de Población. (2003,2009) Revisado en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2003. [Ultimo acceso 22 de agosto 2012]

Consejo Ciudadano del Distrito Federal. Revisado en www.consejociudadanodf.org.mx/lineaplateada.php [Ultimo acceso 29 de diciembre 2012]

Centro nacional modelo de atención, investigación y capacitación gerontológico “Arturo Mundet”. Revisado en <http://web.dif.gob.mx/> [ultimo acceso 22 de agosto 2012]

(CNDH) Comisión Nacional de los Derechos Humanos (1999)
Revisado en [htt://www.cdh.org.mx](http://www.cdh.org.mx) [último acceso 23 de Agosto 2012]

Escuela Nacional de Trabajo social (ENTS)
Revisado en [htt://www.trabajosocial.unam.mx/](http://www.trabajosocial.unam.mx/) [ultimo acceso 23 de Agosto 2012]

Fundación Cáritas para el Bienestar del Adulto Mayor, I.A.P.
Revisado en www.caritas-mexico.org.mx/ [ultimo acceso 23 de Agosto 2012]

Fundación para el Bienestar del Adulto Mayor, IAP
Revisado en www.comunidadiap.org.mx [ultimo acceso 22 de Agosto 2012]

(IAAM) Instituto Nacional de las personas Adultas Mayores (2012). Revisado en <http://www.inapam.gob.mx/es/INAPAM/> [ultimo acceso 22 de Agosto 2012]

(INAPAM) Instituto para la atención de los adultos Mayores en el D.F.
Revisado en <http://www.adultomayor.df.gob.mx> [ultimo acceso 29 de Diciembre 2012] www.adultomayor.df.gob.mx <http://www.adultomayor.df.gob.mx/iaam/>

(INEGI) Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2000, 2010). Revisado en <http://www.inegi.org.mx> [Ultimo acceso 16 de Enero 2013]

(INMUJERES) Instituto Nacional de las Mujeres de la Ciudad de México.
Revisado en <http://www.inmujeres.gob.mx> [ultimo acceso 22 de Agosto 2012]

Instituto Nacional de Geriátria (2010)
Revisado en www.geriatria.salud.gob.mx [ultimo acceso Septiembre 2012]

(IAP) Instituciones de Asistencia Privada
Revisado en www.jap.org.mx [ultimo acceso 23 de Agosto 2012]

(OMS) Organización Mundial de la Salud (1999, 2002,2007)
Revisado en <http://www.who.int/es/> [Ultimo acceso 17 de Enero 2013]

(ONU) Naciones Unidas (2007)
Revisado en <http://www.un.org/es/> [Ultimo acceso 19 de Febrero 2013]

(SEDESOL) Secretaría de Desarrollo Social 2012
Revisado en <http://www.oportunidades.gob.mx/portal/> [ultimo acceso 29 de Enero 2013]

(SS) Secretaria de Salud (2004)
Revisado en http://salud_2013.salud.gob.mx. [Ultimo acceso 18 de Febrero 2013]