



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**INFLUENCIA DE LOS AUTO-PREJUICIOS Y AUTO-ESTEREOTIPOS DE LA
VEJEZ DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE LA EFICACIA DE UN
PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE PARA LA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA DIABETES MELLITUS**

T E S I S

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA:

ELIA SARMIENTO SALMORÁN

**Director de Tesis: Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez
Facultad de Estudios Superiores, Zaragoza, UNAM**

**Asesor de Tesis: Mtro. Régulo Marín Cortés
Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM**

México, D.F., octubre 2015



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.

Agradecimientos

La presente investigación se llevó a cabo gracias al Programa de Becas para Estudios de Posgrado de la UNAM, quien otorgó una beca para cursar la Maestría en Trabajo social, en la Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM.

El trabajo fue desarrollado con el apoyo de la Unidad de Investigación en Gerontología, de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM., bajo la dirección del Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez, y asesorías del Mtro. Regulo Marín Cortes, profesor de la Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM.

Agradezco profundamente el apoyo y orientación metodológica, el tiempo y disposición, del Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez, durante la elaboración de la tesis y trabajo comunitario.

Agradezco cordialmente a la Dra. María de la Luz Martínez Maldonado y a la Mtra. Elsa Correa Muñoz, por la orientación temática y el apoyo durante el desarrollo del trabajo de campo.

También me es grato agradecer la colaboración de la Dra. Mirna Ruíz Ramos y la Dra. Juana Rosado Pérez, por su apoyo para hacer los análisis estadísticos.

Dedicatorias

Con todo mi aprecio, a mis hijas, hermanas y hermanos, por el apoyo incondicional que he recibido durante mi formación profesional y a lo largo de la vida.

Doy gracias a Dios y a mis padres, que con todo su amor desde donde se encuentran, sé que son luz y guía que me impulsa para no desistir en el camino.

Dedico también este trabajo a todas las personas de la Unidad de Investigación de Gerontología, de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM., y a los adultos mayores del estado de Pachuca Hgo., que contribuyeron para realizar esta investigación.

A la Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM., que fue la sede en que curse la maestría.

Índice

| | Página |
|--|--------|
| Introducción | 8 |
| 1. MARCO TEÓRICO | 10 |
| 1.1 Una mirada al envejecimiento poblacional como objeto de investigación y de intervención. | 10 |
| 1.1.1 Transición demográfica y epidemiológica. | 11 |
| 1.1.2 Interés Internacional en el envejecimiento. | 14 |
| 1.1.3 Paradigma del Envejecimiento Activo como Modelo de Intervención (OMS). | 16 |
| 1.1.4 Aproximación conceptual de envejecimiento, vejez y viejo. | 20 |
| 1.1.5 Caracterización de los tipos de envejecimiento. | 28 |
| 1.2 Las Enfermedades Crónicas, una situación emergente de una sociedad que envejece. | 30 |
| 1.2.1 Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial; principales causas de discapacidad y mortalidad en la vejez. | 33 |
| 1.3 Teoría de las Representaciones Sociales. | 43 |
| 1.3.1 Representaciones Sociales de la vejez. | 50 |
| 1.3.2 Representaciones Sociales asociadas a la salud y enfermedad en la vejez. | 54 |
| 1.4 Viejismo: la mirada social de los viejos. | 56 |
| 1.4.1 Prejuicios y estereotipos asociados a los viejos. | 58 |
| 1.4.2 Auto-prejuicios, auto-estereotipos y actitudes de la vejez. | 62 |
| 1.5 Abordaje del Programa de Envejecimiento Saludable para la Prevención y Control de DM 2 e HTA. | 71 |
| 1.5.1 Estilos de vida saludables y estrategias que fomentan el envejecimiento saludable. | 80 |
| 1.5.1.1 Alimentación. | 80 |
| 1.5.1.2 Ejercicio físico. | 83 |
| 1.5.1.3 Higiene del sueño. | 83 |
| 1.5.1.4 Higiene corporal y ambiental. | 85 |
| 1.5.1.5 Autoestima. | 87 |
| 1.5.1.5 Estrategias de: autocuidado, ayuda-mutua y autogestión. | 89 |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 92 |
| 3. HIPÓTESIS | 94 |
| 4. OBJETIVOS | 95 |
| 5. MATERIAL Y MÉTODOS | 96 |
| 6. RESULTADOS | 106 |
| 6.1 Resultados Cuantitativos. | 107 |
| 6.2 Resultados Cualitativos. | 121 |
| 7. DISCUSIÓN | 136 |
| 8 CONCLUSIONES | 145 |

| | |
|---|-----|
| 9. PERSPECTIVAS | 147 |
| Referencias | 148 |
| Anexos | 156 |
| Índice de cuadros y figuras de los resultados cuantitativos y cualitativos | 164 |
| Índice de figuras | 166 |

Resumen

Antecedentes: En México al igual que en otros países, una de las constantes que preocupa del envejecimiento poblacional es el vejeísmo, definido por Butler (1969) como el proceso de sistemática estereotipación y discriminación contra las personas por el hecho de ser viejas. Al respecto, la experiencia científica sugiere que se trata de una representación social estereotipada y prejuiciosa que significa a los viejos como personas enfermas, deacréticas, inútiles, deprimidas etc., que opera mentalmente sin ser advertida y guía sus actitudes. En este sentido, inferimos que los auto-estereotipos y auto-prejuicios sobre la vejez que tienen los adultos mayores influyen en su participación social y consecuentemente en la eficacia de los programas comunitarios para la prevención de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Objetivo: Determinar la influencia de auto-estereotipos y auto-prejuicios de la vejez de los adultos mayores sobre la eficacia del programa de envejecimiento saludable, para prevenir o controlar la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Método: Previo consentimiento informado se realizó un estudio cuasi-experimental de corte mixto (cuantitativo-cualitativo), en una muestra a conveniencia de 64 adultos mayores de 60 años a 74 años de edad, sanos o con enfermedad crónica no terminal con tratamiento ambulatorio, y se formaron núcleos gerontológicos. A todos se les hizo una valuación gerontológica integral pre y post-intervención con cuestionarios gerontológicos; se les hicieron pruebas bioquímicas; se les tomaron medidas antropométricas y se les aplicó un cuestionario de actitudes a la vejez. Los datos se analizaron a través de frecuencias, cuartiles, "t" de Student, X^2 , t Pareada y correlación de Pearson, con significancia estadística al 95%. Asimismo, para obtener los datos cualitativos, se les aplicó una entrevista semiestructurada a profundidad antes y después de la intervención.

Resultados: Se encontró una disminución estadísticamente significativa en porcentaje del alto predominio de actitudes negativas a la vejez, al final de la intervención con el programa de envejecimiento saludable (29.7% vs., 3.1%), ($p < 0.001$). Así mismo, se observó una reducción en los promedios de bajo y alto predominio de actitudes negativas a la vejez después de intervenir, (39 ± 3 vs., 33 ± 3 , $p < 0.001$) (63 ± 4 vs., 46 ± 10 , $p < 0.001$). También se encontró una asociación negativa entre las actitudes negativas a la vejez y los promedios en las estrategias de autocuidado ($r = -0.325$, $p < 0.05$), autoestima ($r = -0.309$, $p < 0.05$), alimentación ($r = -0.202$, $p < 0.05$), higiene del sueño ($r = -0.269$, $p < 0.05$) e higiene ambiental ($r = -0.259$, $p < 0.05$), al final de la intervención. Por otro lado, se obtuvo una relación positiva entre el predominio de actitudes negativas a la vejez y los parámetros bioquímicos de LDL-Col ($r = 0.310$, $p < 0.05$), glucosa ($r = 0.296$, $p < 0.05$) y HbA1c ($r = 0.314$, $p < 0.05$), al final de la intervención con el programa de envejecimiento saludable. En el análisis cualitativo, los adultos mayores entrevistados señalaron que el programa de envejecimiento saludable es práctico, accesible y se adapta a sus necesidades. Así mismo reconocieron que después de participar en el programa la percepción de la vejez cambió, reconociendo el potencial y capacidades de las personas adultas mayores.

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que la persistencia de actitudes negativas a la vejez tiene relación con la eficacia del programa, lo que se puede observar en los resultados de los valores bioquímicos al final de la intervención. Por otro lado, el programa de envejecimiento saludable, influye positivamente sobre la percepción de la vejez, sensibilizándolos y orientándolos para tomar medidas de autocuidado, ayuda mutua y autogestión para la prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Abstract

Background: In Mexico as in other countries, one of the constant concerns of population aging is ageism, defined by Butler (1969) as the process of systematic stereotyping and discrimination against people because of being old. In this regard, the scientific evidence suggests that this is a stereotyped and prejudiced social representation which means the old and sick, decrepit, useless, depressed, etc., operating mentally without being noticed and guide their attitudes. In this sense, we infer that the self-stereotyping and self-prejudices about aging seniors who have influence in their social participation and consequently on the effectiveness of community programs for the prevention of hypertension and diabetes mellitus.

Objective: To determine the influence of self-stereotyping and self-bias aging of seniors on the effectiveness of the program of healthy aging, to prevent or control high blood pressure and diabetes mellitus.

Method: After informed consent a quasi-experimental study of mixed cut (quantitative and qualitative) was performed in a convenience sample of 64 adults age 60 to 74 years old, healthy or with chronic terminal disease with no outpatient treatment, and gerontological centers were formed. All were asked gerontological valuation comprehensive pre and post-intervention questionnaires gerontology; Biochemical tests were made; they took anthropometric measurements and answered a questionnaire on attitudes to old age. Data were analyzed through frequencies, quartiles, "t" Student, X², paired t and Pearson correlation with statistical significance at 95%. Also, for qualitative data, we applied a semistructured depth interview before and after the intervention.

Results: A statistically significant decrease in percentage of high prevalence of negative attitudes to old age, the end of the intervention with the program of healthy aging (29.7% vs. 3.1%, $p < 0.001$) was found. Also, a reduction was observed in average low and high predominance of negative old age after intervening attitudes, (39 ± 3 vs. 33 ± 3 , $p < 0.001$) (63 ± 4 vs. 46 ± 10 , $p < 0.001$). A negative association between negative attitudes to old age and average self-care strategies ($r = -0.325$, $p < 0.05$), self-esteem ($r = -0.309$, $p < 0.05$), power ($r = -0.202$ it was also found, $p < 0.05$), sleep hygiene ($r = -0.269$, $p < 0.05$) and environmental hygiene ($r = -0.259$, $p < 0.05$) at the end of the intervention. On the other hand, a positive relationship between the prevalence of negative attitudes to aging and biochemical parameters of LDL-Col ($r = 0.310$, $p < 0.05$), glucose ($r = 0.296$, $p < 0.05$) and HbA1c was obtained ($r = 0.314$, $p < 0.05$) at the end of the intervention with the program of healthy aging. In qualitative analysis, seniors surveyed reported that healthy aging program is practical, accessible and adapted to their needs. It also acknowledged that after participating in the program changed perception of old age, recognizing the potential and capabilities of older persons.

Conclusions: Our findings suggest that persistent negative attitudes to old age are related to the effectiveness of the program, which can be seen in the results of biochemical values at the end of the intervention. On the other hand, the program of healthy aging, positive influence on the perception of old age, sensitizing and willing to take action in self-care, mutual aid and self-management for the prevention and control of hypertension and diabetes mellitus.

Introducción

Históricamente la vejez se ha representado de diferentes maneras, en consecuencia han sido variadas las situaciones que han tenido que enfrentar los viejos, quienes algunas veces experimentaron el privilegio de que su voz sea escuchada y tomada en cuenta, de ser partícipes en la familia, la comunidad y sociedad, en otras ocasiones, la mayoría de ellos es el reflejo de las problemáticas sociales presentes en su sociedad, así por ejemplo, la pobreza, discriminación, marginación, los problemas de salud, el abuso, la falta de prestaciones sociales, las políticas públicas y programas dirigidos a este sector poblacional pero que no se ajustan a sus necesidades ni realidades, etc., y que además de esto, se le representara en los peores de los casos, como una carga social.

En relación a lo anterior, la presente investigación versa sobre dos problemáticas que enfrentan los viejos de la presente época, el primero, el problema de salud en torno a la diabetes e hipertensión arterial y, el otro, los auto-estereotipos y auto-prejuicios que subyacen de la representación social actual construida en la sociedad, y que ambas situaciones impactan sobre otros importantes puntos como son: el estado económico, la pobreza, discriminación, el mismo estado de salud, el bienestar personal y la calidad vida.

Cabe mencionar que actualmente se ha optado por hacer conciencia sobre los cambios sociodemográficos del envejecimiento y lo posicionan en un tema emergente. Se presume haber alcanzado una mayor esperanza de vida y cantar cada vez con más personas viejas. Sin embargo, las estadísticas de salud pública y epidemiológicas indican que a medida que se ha alcanzado mayor edad se han hecho presentes las enfermedades crónicas no transmisibles como son, los padecimientos cardiovasculares y la diabetes mellitus tipo II, enfermedades que ocupan los primeros lugares en morbilidad con severas consecuencias como son: las discapacidades, que progresivamente merman la

funcionalidad física, mental y social de quienes la padecen, mermando su participación familiar y social, además de reducirles la calidad de vida y ser muy costosas.

Asimismo, la presente época no escapa de los problemas sociales que han tenido que enfrentar los adultos mayores, tales como la discriminación por edad, consecuente a una representación social estereotipada y prejuiciosa construida socialmente y que ha venido mostrándolo con una visión bifocal, por un lado, como un ser enfermo, decrepito, añorado, desvalido, improductivo, inútil etc., y por otro, como una persona, sabia, amorosa, cariñosa, etc. Pero que ambas formas de representarlo distan de la realidad asociado al poco conocimiento que se tiene sobre esta etapa del ciclo vital humano.

Como una estrategia resolutive se creó el Programa de Envejecimiento Saludable para prevenir o controlar la hipertensión arterial y diabetes mellitus, constituido por temas gerontológicos que versan sobre el viejo, la vejez, el envejecimiento, la salud en la vejez y viejismo.

No obstante, son muy escasos los estudios que se hayan elaborado con la participación del trabajo social partiendo de una perspectiva cuantitativa y cualitativa para encarar los factores psicosociales que alteran el estado de salud de los viejos.

Bajo este marco se planteó como propósito del presente estudio: determinar la relación entre auto-estereotipos y auto-prejuicios de la vejez, de los adultos mayores participantes en la investigación, con la eficacia del programa de envejecimiento saludable para prevenir o controlar la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. De lo cual, se presentan los resultados obtenidos, las conclusiones y se proponen perspectivas.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Una mirada al envejecimiento poblacional como objeto de investigación y de Intervención.

Cada día es más evidente e indiscutible el aumento de la proporción de viejos en el mundo, los distintos organismos han intentado hacerle frente con muy diversas miradas para disminuir los contratiempos no vislumbrados de los problemas de salud que encierra el envejecimiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que uno de los graves problemas con que se enfrenta el mundo hoy en día es lograr el envejecimiento saludable; propone programas encaminados a atender las cuestiones de salud pública, al mismo tiempo que promueve la asistencia sanitaria para la prevención, el tratamiento o manejo de la enfermedad. En ese sentido propone que el envejecimiento saludable sea examinado desde distintos puntos de vista, entre ellos los enfoques social y de políticas, así como las facetas física, emocional, psicológica y espiritual (OMS, 2012).

Plantea que a menos que las sociedades sepan adaptarse, la transición demográfica tendrá una enorme repercusión benéfica en la economía, la sanidad, el desarrollo social y los sistemas asistencialistas... “En consecuencia es necesario acrecentar los conocimientos acerca de la promoción de la buena salud para así fomentar el envejecimiento saludable y en actividad” (OMS, 2012).

La Universidad Nacional Autónoma de México donde se adscribe el Programa de Maestría en Trabajo Social, inicia el análisis de la salud de la vejez partiendo de una mirada sociocultural. En este sentido, el presente estudio tiene la finalidad de determinar cómo influyen los auto-prejuicios y auto-estereotipos de la vejez sobre la eficacia de un Programa de Envejecimiento Saludable para la Prevención y

Control de Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial. Siguiendo a Aguilar y Ander-Egg (2008, p,103) al hablarse de la “eficacia”, se hace referencia a los resultados obtenidos en términos de efecto (sobre la población destinataria) e impacto (sobre el conjunto de la población) del programa para resolver el problema o necesidad en cuestión.

Cabe mencionar que entre los programas de salud dirigidos a adultos mayores, el tema de la salud en la vejez ha sido poco tratada con este enfoque y a nivel comunitario.

1.1.1 Transición Demográfica y Epidemiológica.

Actualmente se está viviendo en una época de vertiginosos cambios, entre ellos, el aumento de población que envejece. Cuenta de ello lo muestran las estadísticas poblacionales al señalar que las personas de 60 años y más edad alcanzan los 650 millones en el mundo proyectando alcanzar en el 2050 los 2000 millones de viejos, cifra que se reparte con desigualdad entre los continentes (OMS, 2015).

En el caso de Latinoamérica y el Caribe estos cambios iniciaron a finales del siglo XX adquiriendo mayor visibilidad y relevancia a inicios del siglo XXI, en éstos, México experimenta un proceso acelerado de transición demográfica.

Respecto a ello, el Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática, INEGI, en 2014 informó que había 11.7 millones de mayores de 60 años (9.7% de la población total) y la esperanza de vida promedio a los 60 años es de 22 años, lo cual tiene implicaciones jurídicas, sociales, económicas y de salud.

Ruiz (2011) afirma que el creciente número de ancianos en el mundo representa un fenómeno demográfico que ha venido a revolucionar las estructuras poblacionales y que los demógrafos han llamado, “*Transición Demográfica*”, en donde la tasa de natalidad es un indicador importante que caracteriza la diferencia en el ritmo de crecimiento de acianos y niños, es decir, al descender la fecundidad se produce un envejecimiento a corto plazo puesto que disminuye la población de niños.

En este sentido, otros importantes indicadores que dan cuenta del fenómeno demográfico son la esperanza de vida al nacer (el promedio de años que se espera alcance a vivir la mayoría de personas de un determinado lugar) y la disminución de la tasa de mortalidad infantil, logros obtenidos por los avances de políticas de salud pública, los avances epidemiológicos y tecnológicos.

En 2010 el Concejo Nacional de Población, señala que en la década de 1990 el promedio de vida era de 71.4 años, (68 años para hombres y 75 años para las mujeres), en 2000 aumentó a 73.6 años, siendo (70.9 para hombres y 76.4 para mujeres) en 2013, el promedio de vida es de 74.5 años, (71.7 para hombres y 77.4 para las mujeres) (López, 1973; CONAPO, 2010)

Ante este marco, el trabajador social que presencia las distintas realidades del envejecimiento: los factores sociales, económicos, educativos y de salud, que lo condicionan, se posa en el análisis y la reflexividad, tiene como fin, la ardua tarea de crear soluciones asequibles que contribuyan a mejorar sus condiciones de vida y de calidad de vida, al considerar que se trata de un capital social con oportunidades.

Por otra parte, si bien es cierto que hubo un significativo avance al disminuir la tasa de fecundidad y mortalidad perinatal e infantil y, con ello, prolongar la

esperanza de vida al nacer tras los reconocidos avances de la ciencia y la tecnología, también resulta cierta la simultaneidad en las aperturas de los mercados mundiales que con sus productos modificaron hábitos culturales repercutiendo en los estilos de vida.

En este sentido, la disminución de enfermedades infectocontagiosas y el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), es el proceso denominado como **Transición epidemiológica**, es decir, son “las modificaciones que van surgiendo en los perfiles de morbilidad y mortalidad en el transcurso del tiempo”, en Mendoza, (2003, p,8-10).

Las ECNT son conocidas también como enfermedades sistémicas, que no se transmiten de persona a persona, son de larga duración y evolución lenta. Entre ellas se encuentran las enfermedades cardiovasculares, dislipidemias, diabetes, neoplasias, EPOC etc. Afectan principalmente a los países periféricos y a todos los grupos de edad. Sin embargo, se favorecen por factores tales como el envejecimiento, una urbanización rápida no planificada y la mundialización de los modos de vida poco saludables, (OMS, 2013).

La particularidad que tienen la DM 2 y la HTA, se debe a que son enfermedades de progresión lenta, discapacitantes, silenciosas y, que la mayoría de los casos, son detectados cuando la enfermedad se ha manifestado tras la alteración de la salud. Esto sucede debido a que una vez que se presenta va afectando células, órganos y sistemas disminuyendo con ello la funcionalidad física, mental y social, así como la calidad de vida, reduciendo los años de vida saludables.

Las ECNT de interés en esta investigación son la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2), cuya enfermedad se desarrolla principalmente en la edad adulta y actualmente se ha convertido en un problema de salud pública, que afecta al sector salud y al

desarrollo del país. Asimismo, la Hipertensión Arterial (HTA) va muy ligada a la DM 2, debido a que es uno de los factores de riesgo para desarrollarla. Ambas enfermedades se sitúan entre los primeros lugares de morbimortalidad en la vejez por su alta prevalencia e incidencia (Barceló, 2009; Sánchez, 2003; Mendoza, 2008; Mendoza y Vargas, 2008), por lo que dichas enfermedades forman parte de la problemática de salud vinculada con el envejecimiento que enfrenta México.

1.1.2 Interés Internacional en el envejecimiento.

La Organización de las Naciones Unidas declaró que el envejecimiento es una situación que involucra a todo el mundo, resaltando dos aspectos importantes a tomar en cuenta: la salud y los derechos humanos de la vejez.

Motivos que dieron lugar a la elaboración de dos asambleas: la primera celebrada en Viena, Austria del 26 de julio al 6 de agosto de 1982; la segunda, en Madrid, España del 8 al 12 de abril del 2002 (Naciones Unidas, 2002).

La Primer Asamblea Mundial del Envejecimiento fue planeada en 1978 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, que tuvo como propósito fundamental que sirviera de foro para dar inicio a un programa internacional de acción encaminado a garantizar la seguridad económica y social de las personas de edad, así como para que esas personas contribuyeran activamente al desarrollo de sus países.

En 1980, la Asamblea General manifestó el deseo de que como resultado de la misma “las sociedades reaccionen más plenamente ante las consecuencias socioeconómicas del envejecimiento de las poblaciones y ante las necesidades

especiales de las personas de edad”. Teniendo presentes tales mandatos se concibió el Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento (Naciones Unidas, 2002).

La Primera Asamblea Mundial del Envejecimiento, centró su interés en las cuestiones humanitarias de la vejez, con el propósito de que las naciones en cuestión actuaran formulando políticas y estrategias encaminadas a lograr un envejecimiento con mejores condiciones de vida, direccionándolo a la situación socio-económica y de esta manera lograr mejorar su calidad de vida y dignidad.

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, tuvo como puntos finales, una Declaración Política y un Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. El primer documento plantea el compromiso que asumieron los gobiernos para responder a los desafíos que plantea el envejecimiento a las formas de organización social, económica y cultural, en tanto que el segundo, el Plan de Acción Internacional (Naciones Unidas 2002), constituye el instrumento programático que proponen múltiples recomendaciones encaminadas en tres directrices:

- Las personas de edad y el desarrollo
- El fomento de la salud y bienestar en la vejez
- La creación de un entorno propicio y favorable con metas y objetivos específicos

Tuvo como objetivo “garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad para que puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos” recordando que los cimientos de una ancianidad sana y enriquecedora se inician en una etapa temprana de la vida.

Finalmente, las recomendaciones de ambas Asambleas convergen al manifestar el deseo de sumar esfuerzos para que la población envejezca con dignidad, seguridad y mejor calidad de vida como parte sus derechos humanos y, no como sujetos pasivos.

No obstante, alcanzar dicho propósito sobre todo en los países en desarrollo que se encuentran en plena transición demográfica, les demanda tomar medidas emergentes que contrarresten los retos que está presentando el envejecimiento. Entre ellos, hacer frente al problema de la salud, ya que está viendo afectada por las enfermedades no transmisibles.

Cabe mencionar que el Plan de Acción Internacional, es un instrumento que se utiliza de base conceptual para la elaboración de políticas y programas formulados en respuesta a los problemas y necesidades de carácter mundial, teniendo en sus metas fortalecer la capacidad de los países para afrontar el envejecimiento de su población y atender a las preocupaciones y demandas especiales de las personas de más edad, así como, fomentar una respuesta internacional adecuada a los problemas del envejecimiento mediante medidas para el establecimiento del nuevo orden económico internacional y, el aumento de las actividades internacionales de cooperación técnica (Naciones Unidas, 2002).

1.1.3 Paradigma del Envejecimiento Activo como Modelo de Intervención (OMS).

Una población que envejezca saludable, funcional, autónoma, con independencia funcional y calidad de vida, es un ideal que los países de todo el

mundo desean alcanzar. Ante ello, se sumergen en una incógnita y constante incertidumbre de cómo lograrlo.

Ofreciendo una visión más amplia la Organización Mundial de la Salud en 2002, participante activo en la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento, propuso el Paradigma del Envejecimiento Activo. Como lo describe Mendoza (2008) el envejecimiento poblacional representa un desafío a nivel mundial, en el que se resaltan los siguientes puntos:

- La doble carga de la enfermedad: que aún no resueltas las enfermedades infecciosas, se debe hacer frente a las enfermedades no transmisibles;
- El mayor riesgo de discapacidad: puesto que un alto porcentaje de ancianos cursa esta última etapa de la vida acompañada de alguna enfermedad crónica causándole discapacidad física y en ocasiones, mentales a medida que avanza la enfermedad, sumado a los cambios fisiológicos y físicos, propios en el envejecimiento.
- La necesidad de asistencia: debido a que durante el envejecimiento se debe promover el autocuidado y el óptimo uso de las redes de apoyo social formal e informal, como estrategias claves que sirvan de soporte al tradicional sistema de salud;
- La feminización del envejecimiento: puesto que las mujeres viven en promedio más años que los hombres en el mundo. Sin embargo han sido menos las oportunidades que han tenido para desarrollarse como personas.
- La ética y desigualdades: es frecuente observar, una discriminación en la asignación de todo tipo de recursos tan sólo por motivos de su edad. Además, se en el mercado se ofertan productos milagros anti envejecimiento y que carentes de pruebas científicas. También los ancianos han sido sujetos de fraudes financieros. Así mismo, el vejeísmo implícito y explícito ha sido un actor social determinante de discriminación y desigualdad durante la vejez.
- La economía de una población que envejece: por lo que se requiere de la implementación de modelos novedosos de desarrollo social que eviten que los viejos se conviertan en una carga económica para la familia, la sociedad y el país. De ahí que el fomento de su participación activa en programas que les brinden oportunidades factibles y viables para su desarrollo social y económico sea indispensable.
- El desarrollo de un nuevo paradigma: puesto que en todas las sociedades y en todos los niveles se tiene una idea errónea de la vejez, asociándola a la enfermedad, la dependencia y la jubilación. Así como también es sabido que las políticas y programas vinculados a este paradigma tampoco reflejan la realidad.

En este sentido, de acuerdo a la OMS, (2002, p, 79) el Envejecimiento Activo es el paradigma aplicable a poblaciones, grupos o individuos, que les permite realizar su máximo potencial de bienestar físico, mental y social a lo largo de toda su vida,

además de propiciar su participación en la sociedad, acorde a sus deseos, capacidades y necesidades, en este sentido, el Envejecimiento Activo es definido 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*”.

El paradigma del Envejecimiento Activo fue acuñado por la OMS a finales de 1990, -con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de envejecimiento saludable- que se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas: “independencia, participación, asistencia, realización de sus propios deseos y dignidad”. Por lo que sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento basado en necesidades (que contempla a las personas mayores como objetos pasivos) a otro centrado en los derechos, que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen.

Entre los objetivos que enfatiza el envejecimiento activo está, mantener, prolongar y recuperar la salud, la funcionalidad física, mental y social, usando como principales estrategias el autocuidado, la ayuda mutua y autogestión, haciendo un uso adecuado de las redes de apoyo sociales formales e informales, así como propiciar la participación continua de los individuos para mantener la autonomía e independencia a medida que envejecen, sobre todo en los países en vías de desarrollo, señalado por Mendoza, (2008).

En este sentido, la OMS señaló que los países podrán hacer frente a los desafíos del envejecimiento al sumar sus esfuerzos, los gobiernos, las organizaciones nacionales e internacionales, instituciones públicas y privadas y la sociedad civil, elaborando políticas y programas para mejorar la salud, la

participación, la seguridad social y económica de los viejos, sustentándose en los pilares del marco político del envejecimiento activo (Figura 1.1.1).

Asimismo, se han propuesto siete principios fundamentales que permiten delinear el envejecimiento activo, de los cuales, el sexto señala que el envejecimiento debe ser participativo con empoderamiento (Walter, 2006). Por lo que la adquisición de conocimientos psicológicos, biológicos y sociales del envejecimiento son indispensables, para poder asumir la responsabilidad del rol social de «viejo activo».

La salud se presenta como una variable primordial en la vejez, por lo cual, la participación de la Escuela Nacional de Trabajo Social y la Unidad de Investigación Gerontológica de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, de la UNAM., unen criterios para intervenir con trabajo comunitario a través del desarrollo del Programa de Envejecimiento Saludable para la prevención y control de DM tipo 2 e HTA, e inscribiéndose en el marco del envejecimiento activo. Contribuyendo de esta manera a lo propuesto por las Naciones Unidas a favor del envejecimiento.

Al respecto, se puede observar en la literatura científica y en los programas institucionales y políticas de salud pública en México que son muy escasos los estudios y programas que se llevan a cabo desde la perspectiva del trabajo social y que indaguen en la mirada social de la vejez, teniendo como principio, explorar los factores socioculturales que intervienen en su salud, es decir, si históricamente en cada época la vejez se ha representado de diferente manera, otorgándole un significado, por qué no empezar por cuestionarse qué significa la vejez y la salud para el propio adulto mayor.

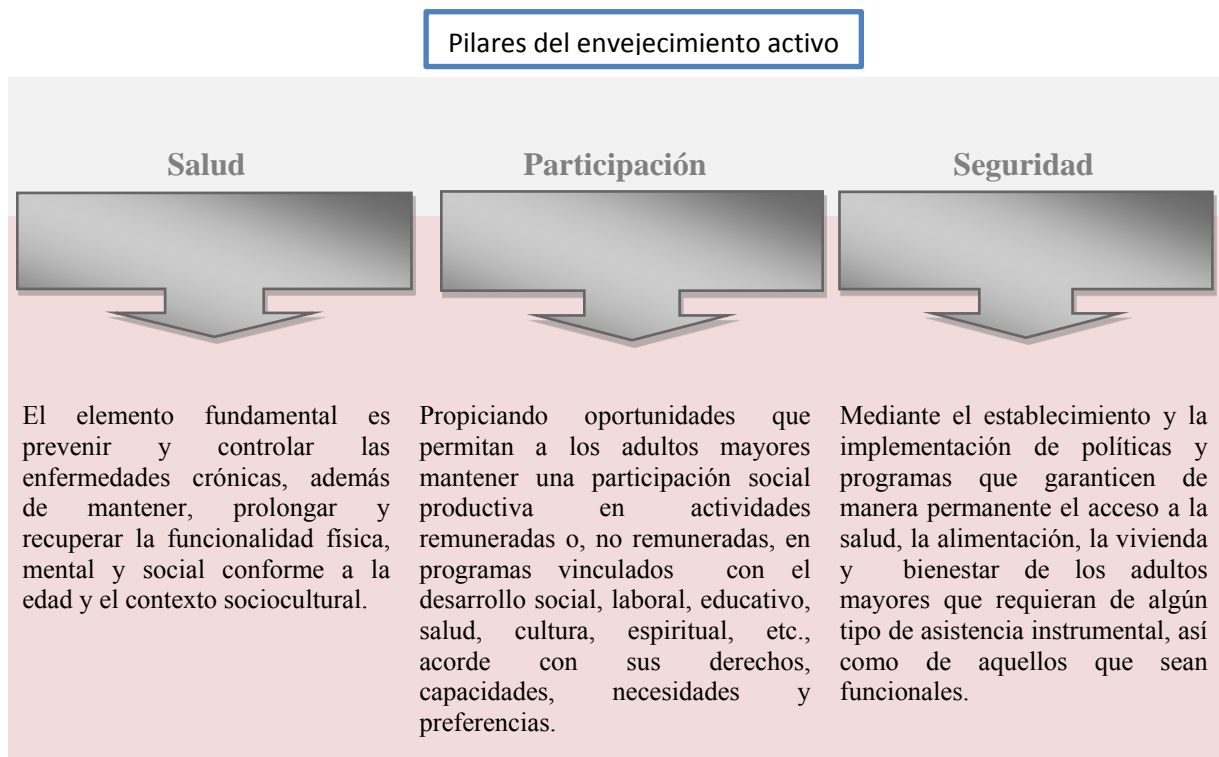


Figura 1.1.1. Los pilares del envejecimiento activo que guían la elaboración de políticas y programas dirigidos a la población de adultos mayores.

1.1.4 Aproximación conceptual de envejecimiento, vejez y viejo.

Es notable el auge que ha cobrado estudiar el envejecimiento humano en diferentes áreas del conocimiento científico teniendo como propósito poder explicarlo.

Michel Elie Metchnikof, (1845–1916) sociólogo y biólogo ruso propuso la Gerontología en 1903, como ciencia para el estudio del envejecimiento, puntualizando que traería grandes modificaciones en el curso de la última etapa de

la vida. En México empezó a desarrollarse debido al aumento de ancianos y la mayor esperanza de vida que se ha alcanzado. La gerontología se entiende como disciplina científica multidisciplinaria que estudia el envejecimiento, la vejez y el viejo, en todos sus aspectos, incluye las ciencias biológicas, médicas, psicológicas y sociológicas, mantiene una visión holística, objetiva y humanista como parte fundamental de su objeto de estudio. Etimológicamente, la palabra gerontología proviene del griego, *geron* = *viejo* y *logos* = *estudio*. (Prieto, 1999).

No obstante, al estudiar el envejecimiento debe reconocerse que es un hecho que ha ocurrido en todos los tiempos y que es multifactorial, en el que interactúan factores contextuales como el geográfico, social, político, sanitario, cultural, educativo y económico. Elementos que condicionan el tipo de envejecer, y de ahí que se muestre el envejecimiento como una oportunidad, en cuanto a capital social, o como un reto a afrontar ante las necesidades que presente.

Llegar a envejecer tiene que ver con que se han vivido muchos años, los suficientes dentro de una sociedad para que se pueda categorizar a un individuo de “viejo”, y que pudo haber sucedido, o no, porque puedo morir antes de llegar a serlo. Entonces, toda persona que viva muchos años de vida, no podrá prescindir del proceso de envejecimiento y mucho menos podrá vivirlo aislado del medio ambiente que lo rodea ni de la sociedad, así como tampoco, pasará exenta de las adversidades que la vida le presente y que tendrá que encarar y superar para sobrevivir.

Haciendo revisión de la literatura para definir el envejecimiento se puede apreciar que la mayoría coincide en que se trata de un proceso gradual, multifactorial, irreversible y universal que ocurre en organismos vivos, quienes pasan por un conjunto de cambios morfológicos, fisiológicos, funcionales y psicológicos y que sufren los efectos del medio ambiente que les rodea. Eventos

que marcan notables diferencias entre el envejecer de cada población y de cada persona.

Además de las similitudes entre los conceptos del envejecimiento, también se pueden encontrar que aún hay falta de consenso entre autores, observándose una falta de rigurosidad científica en su construcción. Esta situación se puede explicar probablemente a que las investigaciones realizadas sobre envejecimiento, principalmente en América Latina, y, especialmente en México, son relativamente recientes, por lo tanto, la literatura que se ha elaborado para poder explicarlo, no es abundante ni suficiente.

En este sentido Zemelman, (2000) sociólogo chileno, después de un arduo trabajo epistemológico, señala en su teoría del desfase, que a veces se cae en la trampa de usar conceptos creyendo que tienen un significado claro, cuando no lo tienen. Situación que se debe a que se han extraído de fuentes elaboradas bajo circunstancias espaciales y temporales diferentes a las nuestras. Por lo que comenta que en América Latina existe la necesidad emergente de *resignificar* la teoría científica que articule conocimiento científico y realidad, puesto que debe elaborarse partiendo de nuestro contexto sociocultural y de nuestro tiempo, debido a que la historia es cambiante, no es estática, ni homogénea.

Zarebski, (2009) psicóloga de origen argentino, estudia el envejecimiento desde una perspectiva gerontológica, sugiere que para poder construir un concepto sobre la vejez no es suficiente utilizar únicamente la teoría, habrá de construirse a partir de un método científico, que conjugue teoría y realidad. En este sentido, la observación participante en el trabajo de campo del investigador es fundamental en cualquiera de los campos de trabajo que se le estudie.

Mendoza, (2008) después de varios años de estudio del envejecimiento y basándose en la teoría de alostasis, propone la siguiente definición del envejecimiento, misma que será la utilizada para fines del presente trabajo, quedando de la siguiente manera:

“El envejecimiento es un proceso gradual y adaptativo caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos biológicos, psicológicos y sociales que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo” que se da de manera individualizada, es irreversible y universal”. Mendoza, (2008).

Al mismo tiempo explica la teoría de alostasis (*allostasis*) como el proceso de adaptación que tiene el organismo ante retos o desafíos estresantes con el fin de mantener la homeostasis (equilibrio). El mecanismo de alostasis representa un costo biológico y, cuando es recurrente se propicia una carga alostática (*allostatic load*) disminuyendo su eficiencia y predisponiendo a padecer enfermedades infecciosas o agudas. Dicho concepto tiene un enfoque genetista biológico, Mendoza, (2008, p. 8-10).

Asimismo, señala el envejecimiento desde dos dimensiones, la biológica y la cronológica. La primera señala el envejecimiento vital a nivel orgánico y fisiológico que empieza alrededor de la quinta década de la vida; por lo que se empezarán a notar cambios físicos, psicológicos, de órganos y sistemas. Resultando de cuestiones genéticas, ambientales y estilos de vida que se hayan tenido en el pasado. La segunda dimensión señala la cronología del tiempo, que se utiliza para señalar socialmente los años que debe cumplir una persona para incluirla a un determinado grupo social: la niñez, la adolescencia, la adultez o la vejez, el cual, le asignará los roles que puede desempeñar, los derechos que le corresponden y las funciones u obligaciones que debe cumplir; siendo el último grupo del que nos

ocuparemos. Sin embargo, también se puede señalar la evidente ambigüedad conceptual, producto del vacío en el conocimiento (Huenchuan, 2005; Mendoza, 2008).

De acuerdo a la OMS, (1982) la **vejez** es una etapa de la vida como cualquier otra, señala que para su definición será importante tomar en cuenta las percepciones de la sociedad, de los mismos ancianos y de sus familiares etc. Sin embargo, debido a la mayor esperanza de vida y, la mayor proporción de ancianos en el mundo, tanto las Naciones Unidas, como la OMS (acuerdo en Kiev, 1979. OMS) establecieron que se clasificara como, persona vieja o viejo, a todo aquel individuo que haya cumplido los 60 años de edad, en países subdesarrollados y, 65 años, en países desarrollados.

Siendo un antecedente que causa inquietud y desacuerdo a los investigadores del envejecimiento, quienes aseguran que el envejecimiento no se presenta súbitamente ni de un día para otro, que es heterogéneo y que responde a cuestiones socio históricas.

Sin embargo, categóricamente, se utiliza como criterio en estudios sociodemográficos para indicar el momento de iniciar la vejez. Su origen se atribuye a las medidas sociales establecidas por el canciller Bismark en el siglo antepasado. En tanto que en el siglo XX, al finalizar la Segunda Guerra mundial con la instalación del Plan Marshal, que apuntaba a la reconstrucción de una Europa destruida y arruinada se hizo necesaria la revisión de los sistemas sociales (Nadal, 1978) con lo que el plan de reconstrucción se inicia en la población varonil, anciana y mujeres jóvenes, lo que hizo necesaria la designación 60 o 65 años como edad jubilatoria (Gascón, 2000).

Categoría que se usa con fines políticos y económicos para promover que la vejez sea vista como el momento de la jubilación, o el momento de la desocupación, y como una necesidad para permitir la sustitución de generaciones en el campo laboral, al mismo tiempo que al viejo se transforma en materia descartable que ya no sirve ni servirá nunca más.

En su literatura científica Fernández Ballesteros, (1996) define la vejez como “*un estado en la vida*” al que se llega con distintos bagajes y experiencias debido no sólo al estado del organismo en su sentido biológico, sino sobre todo de la historia de aprendizaje y de las circunstancias que le ha tocado vivir.

Por otro lado, la francesa Simone de Beauvoir, (1983) menciona en su libro “La vejez”, que el primero en asignar un sentido en el tiempo a la vida es el filósofo Hipócrates, “retomando la teoría Pitagórica de los cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla, atrabilis; la enfermedad resulta de una ruptura en su equilibrio; la vejez también.” Supone que a los 56 años se inicia la vejez. Teoría que se expone para explicar la función del cuerpo humano y se pensaba que al alterarse una de ellas se entraba en un desequilibrio que producía la enfermedad.

No obstante, la vejez puede entenderse como una “fase o estadio del ciclo vital humano”, o como “una etapa más de la vida de una persona”; normalmente se contempla como la última, formando parte del proceso de envejecimiento. Por lo que cada persona cursará la vejez con características físicas y fisiológicas muy particulares, aun formando parte de una misma cohorte de edad. Tampoco se podrá pensar con simpleza que una persona de 60 años es igual a una de 90, sólo por llamar a ambos, ancianos. La diferencia es que a mayor edad, hay mayor vulnerabilidad, por tanto, mayor predisposición a la enfermedad. De ahí que los investigadores hayan considerado que desde el punto de vista clínico y

epidemiológico, sea razón suficiente para agrupar y clasificar a la vejez de acuerdo a las siguientes categorías (Figura 1.1.2).

El aporte que hace esta clasificación biologicista al medio de la salud, es al permitir conocer la tendencia a la vulnerabilidad en que se puede encontrar un anciano, una comunidad, una población o un determinado grupo etario, funcionando como auxiliar para elaborar programas acordes a las características que presente cada uno. Correspondiendo al investigador integrar los aspectos, socio-culturales, ambientales, económicos, entre otros, de tal manera que visualice lo multifactorial del envejecimiento.

Desde la óptica sociológica Sánchez (1993), explica que la persona vieja ha finalizado su rol de trabajador-productor activo que le inscribe precisamente en el proceso productivo: básicamente la mayoría de los que hoy son hombres ancianos han finalizado su papel de reproductor-cuidador...la instancia que inscribe socialmente a la ancianidad es la jubilación, en la cual, se adhiere la mujer a la jubilación del marido, aun cuando ella no hubiese trabajado fuera.

Clasificación de la vejez por edad

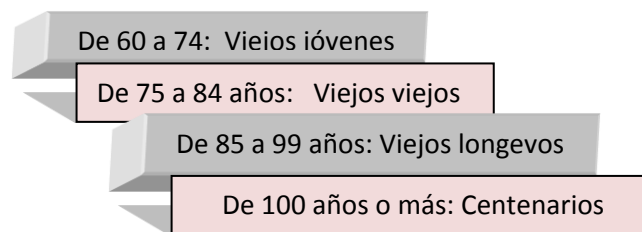


Figura 1.1.2. La categorización por edades del envejecimiento, desde la perspectiva biologicista, es útil para identificar la tendencia a la vulnerabilidad en la vejez, y en consecuencia es de utilidad en la elaboración de programas de carácter social, dicha clasificación es señalada por Mendoza, (2008).

Asimismo, desde este punto de vista se señala que el pensar y reflexionar sobre la vejez no es patrimonio del pensamiento moderno, ya que desde tiempos primordiales el hombre ha percibido las modificaciones de su cuerpo en el transcurso de los años: cómo sus fuerzas decaían en la batalla y en la cacería y, al mismo tiempo, advertía su situación por la generación más joven. Como ejemplo, nos remontan a Seneca quien señaló que la vejez es como un círculo que encierra otros círculos y cada uno corresponde a una edad. Hay un círculo que abraza a todos los demás y es el que corresponde a la vida, desde el nacimiento hasta la muerte. La vejez estaría incluida dentro de la vida.

Desde el punto de vista sociológico, el envejecimiento es una construcción social que la determina el momento histórico, la organización social, su cultura y la situación geográfica en curso. De ahí que se debe tener en cuenta que el significado y rol que se le asigna al viejo lo elabora la sociedad y su cultura, y que estas cambian a lo largo del tiempo y la historia.

En el presente se está viviendo una época en la que el imaginario social es circundado por una hegemonía globalizadora con pretensiones económicas y con implicaciones sociales y culturales importantes que llevan consigo una tendencia hacia la eliminación de fronteras, de diferencias étnicas, credos religiosos, culturales etc.

Finalmente, la palabra “*viejo*” etimológicamente proviene del latín *velecus*, *vetulusm*, que significa persona de mucha edad; raíz latina remota que lleva a cuestionarse sobre los significados atribuidos a la edad, Naugarten, (1999, p.39). Por lo que se debe tener en cuenta que la vejez, ha sido y, seguirá siendo construida por la sociedad a lo largo de la historia, de esta manera, la sociedad y su cultura son quienes determinan el momento de ser viejo y el rol que desempeñarán.

1.1.5 Caracterización de los tipos de envejecimiento.

No obstante, contar con un número de ancianos cada vez más amplio, no es una novedad en sí misma, ya que durante la historia de la humanidad siempre los ha habido. A priori, lo que llama la atención son las condiciones de vida con las que llegan a la vejez y la multiplicidad de falsos productos promovidos por los distintos mercados para evitar llegar a ella, por lo que se valen de su desvirtualización y del enorme anhelo de vivir muchos años, pero no de verse viejo.

En este tenor, la evidencia empírica muestra que en el mercado nacional e internacional se ofrece una gran variedad de productos milagro que prometen cumplir con ese anhelo, creando la inverosímil idea de que las características biológicas, físicas, sociales y psicológicas con que se llega a la vejez, depende de estos productos. Encerrando con ello, todo conocimiento que acerque a los factores reales que influyen durante el proceso de envejecimiento.

Por otra parte, las características del envejecimiento han dado lugar a una subdivisión de la vejez, la cual fue propuesta por Rowe y Kahan, (1997), citado por Mendoza en (2008), partiendo de una postura ecologista, propone estos tipos de envejecimiento:

- **Envejecimiento exitoso:** cuando las personas presentan solamente los cambios biológicos, psicológicos y sociales inherentes a la edad, debido a la respuesta alostática eficiente; consecuencia de aspectos genéticos y estilos de vida saludables que se traducen a una disminución significativa de riesgos a enfermedades crónicas y agudas, y una mejor funcionalidad física, mental y social, ofreciendo una mejor calidad de vida y mayor longevidad;
- **Envejecimiento usual:** cuando además de los cambios inherentes a la edad, la carga alostática genera enfermedades crónicas y consecuentemente alteraciones morfológicas y fisiológicas que alteran repercuten moderadamente en la funcionalidad física, mental y social, así como en la calidad de vida y la longevidad;
- **Envejecimiento con fragilidad:** si además de los cambios inherentes a la edad, la excesiva carga alostática provoca una disminución acentuada de la capacidad homeostática, incrementando la vulnerabilidad a la

descomposición de las enfermedades agudas y crónicas (anciano enfermizo débil) repercutiendo negativamente en la funcionalidad física, mental, social, calidad de vida y longevidad.

Dicha clasificación del envejecimiento fué objeto de numerosas críticas por parte de distintos profesionales, quienes objetan que en ésta clasificación sólo se toma en cuenta la esfera biológica del ser humano. Sin embargo, es preciso reconocer que también la esfera biológica, condiciona la funcionalidad social y psicológica.

Dicho de otra manera, se puede decir entre más sano se mantenga el organismo de un individuo, hay mayor posibilidad de una mejor funcionalidad física, mental y social, que ofrece mayor posibilidad de permanecer insertado en la familia, la sociedad y la comunidad.

Desde este punto de vista, incitar a la población que envejece a cursar por un envejecimiento saludable contribuiría, muy probablemente, a reducir el riesgo de incapacidad y conservar por mucho más tiempo la funcionalidad.

El valor de mantener la funcionalidad se debe a que contiene elementos importantes que deben ser conservados la mayor parte del tiempo en la vejez, como son: las actividades básicas de la vida diaria; el autocuidado, (asearse, arreglarse, bañarse, vestirse/desvestirse, andar por la casa, utilizar el baño), el funcionamiento básico, (levantarse/acostarse, caminar y mantener la posición del cuerpo); actividades instrumentales de la vida diaria como son: las tareas domésticas (preparar alimentos, compras) movilidad extradoméstica (salir a la calle o desplazarse por la calle, utilizar transporte público o el propio, tomar medicamentos, ir al médico, administrar el dinero, hacer gestiones y utilizar el teléfono) (Pérez, 2006).

En este sentido, velar por la preservación de la salud para mantener dichas actividades, supone una mayor independencia y autonomía que ofrece bienestar individual y familiar, al mismo tiempo que, ayudan a prevenir o reducir gastos destinados a medicamentos, tratamientos y hospitalizaciones como resultado de un tipo de envejecimiento frágil. Pensamiento lógico de la salud en la vejez, que justifica dicha clasificación del envejecimiento (OMS, 1998)

Desde el punto de vista económico, mantener la salud y funcionalidad de los ancianos de una población que envejece resulta elemental, en tanto que, impacta en el presupuesto asignado al sector salud y a la formulación de políticas sociales asignadas a ese grupo (Pérez, 2006).

En resumidas cuentas, procurar mantener la salud en la vejez, no deja de ser un factor muy valorado, y que una buena opción para mantenerla es ir en busca de un envejecimiento exitoso o usual, que a su vez, permita incursionar en el envejecimiento saludable y activo

1.2 Las Enfermedades Crónicas, una situación emergente de una sociedad que envejece.

Las estadísticas epidemiológicas muestran que los principales padecimientos en la vejez son las enfermedades crónicas, afectando su estado de salud y la calidad de vida.

De acuerdo al informe de la OMS en 2010, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), se caracterizan por ser incapacitantes, de larga duración de progresión lenta y en el caso de la hipertensión silenciosa. A nivel mundial, se

encuentran entre los primeros lugares las enfermedades cardiovasculares (infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); la diabetes mellitus 2 (DM 2), el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neuropatía obstructiva crónica o el asma) y la obesidad. Afectando principalmente a los países de ingresos medios y bajos que soportan actualmente casi el 80% de la carga de morbilidad de estos padecimientos.

Estas enfermedades se consideran epidemias que se van avivando día a día por poderosos factores que afectan a todas las regiones en el mundo, como son: el envejecimiento demográfico, la rápida urbanización no planificada y la mundialización de modos de vida malsanos.

Los estilos de vida y los comportamientos que provocan las ECNT, cambian a velocidades y alcances sorprendentes, sus consecuencias son devastadoras para las sociedades y las economías en todo el mundo, en donde los peor afectados son los sectores poblacionales más empobrecidos y desfavorecidos de los países de la periferia. En donde las personas que enferman mueren de manera prematura, porque la enfermedad es detecta tardíamente, hasta que necesita atención hospitalaria intensa y costosa por las complicaciones graves o episodios agudos que presenta, (OMS, 2010).

De acuerdo a González, (2012), se trata de una situación que se complica aún más por la falta de seguridad social en la que se encuentran los enfermos, lo que hace que el costo de la atención hospitalaria, de las terapias y medicamentos recaiga directamente en los bolsillos de los pacientes y sus familiares, traduciéndose en gastos médicos catastróficos poco solventes.

Las ECNT suponen un problema de salud en la vejez que afecta tanto el bienestar humano, como el desarrollo económico y social de los países; año tras

año, causan pérdidas de miles de millones de dólares en la renta nacional, empujando a la gente por debajo del umbral de pobreza (OMS, 2010).

En 2012 OMS propuso hacer frente a estas enfermedades, que constituyen uno de los desafíos para el desarrollo del siglo XXI. Y en el 2008 durante la 61ª Asamblea de la Salud reafirmó que la estrategia mundial para la prevención y el control de ECNT, debe ser orientada a “reducir la mortalidad prematura y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores..., concediendo prioridad a la prevención y control de dichas enfermedades”.

Anteriormente, también había señalado que este tipo de enfermedades representaba la mayor carga de trabajo para los sistemas de salud, ya fuese por su costo directo a la sociedad y el gobierno, o, por su impacto en los años de vida ajustados en función de discapacidades para realizar las actividades básicas de la vida diaria (OMS 1999, 2003 y 2013).

Como antecedente ya se tenía que en 2001 causaron aproximadamente un 60% del total de 56,5 millones de defunciones notificadas en el mundo, y un 46% de la carga mundial de morbilidad, previendo que la proporción de la carga de las ECNT aumentara en un 57% para el 2020. Recientemente, en el tercer mes del 2013, la OMS reportó, que casi la mitad del total de muertes por enfermedades crónicas en el mundo se atribuyen a las enfermedades cardiovasculares, a la diabetes mellitus tipo 2 y a la obesidad, y que actualmente siguen llamando la atención por su aparición a edades más tempranas, agravando de esta forma los problemas en los sistemas de salud.

No obstante, la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) y la Hipertensión Arterial (HTA), son las enfermedades crónicas que nos interesan en el presente trabajo, por su alto índice de incidencia y prevalencia en la edad adulta, y debido a sus

consecuencias incapacitantes. De ahí que el Programa de Envejecimiento Saludable verse sobre estas dos enfermedades, y con ello se esté contribuyendo a hacer frente a uno de los principales problemas de salud que están envistiendo el envejecimiento en México.

1.2.1 Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial; principales causas de discapacidad y mortalidad en la vejez.

La DM 2 es una enfermedad crónica degenerativa con pronóstico muy poco favorable en población mexicana, ya que en ella interactúan, tanto factores sociales como heredofamiliares contribuir a su desarrollo.

La DM 2 es una enfermedad que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre (OMS, 2013).

En términos médicos, se trata de una enfermedad metabólica crónica caracterizada por hiperglucemia asociada con una deficiencia absoluta o relativa en la secreción o acción de la insulina. El diagnóstico se facilita cuando aparecen con clínica cardinal (poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso) y los niveles glucémicos se hallan persistentemente elevados pero en ausencia de clínica manifiesta, no es muy sencillo establecer el límite del valor glucémico inocuo para la salud, reportado en la Serie de Informes Técnicos N° 797 de la OMS.

La Organización Mundial de la Salud en 2010, estima que a nivel mundial hay 250 millones de personas con dicho padecimiento y contempla que más de 300 millones están en riesgo de presentarla, así mismo dio a conocer que el 95% del

tratamiento de un paciente con diabetes recae directamente en él y que cada hora mueren en México cinco personas por las complicaciones de diabetes mellitus 2, ubicándolo entre las 10 naciones con mayor número de casos.

Organismo que en su campaña 2009-2013 (Día Mundial de la diabetes, 2010) plantea el eslogan *“Entienda la diabetes y tome el control”*, asignando la responsabilidad directa al paciente en el manejo de su enfermedad, y de las complicaciones que de ella deriven y agraven su salud; además involucra a los médicos para ofrecer una atención adecuada y actualizada.

De acuerdo al Programa Nacional de Salud, el perfil epidemiológico que caracteriza a México está dominado por enfermedades crónicas no transmisibles, asociadas íntimamente al envejecimiento de la población, que obedece al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, como a las capacidades de las personas para tomar decisiones en favor de la salud propia y de los suyos (PNS, 2007-2012).

En este sentido, la DM 2 es la enfermedad de mayor prevalencia e incidencia en nuestro país, la principal causante de discapacidades y muerte durante la vejez.

Aguilar, (2010) manifiesta que se ha observado que la DM 2 se ha presentado con características diferentes a las mencionadas en adultos mayores, quienes clínicamente manifiestan tener signos y síntomas como son: incontinencia urinaria, déficit visual, caídas, deterioro funcional y fragilidad.

Cuando ocurren estos casos clínicos, es común ver que causen cierto grado de confusión a los adultos mayores, y a veces hasta a los mismos profesionales de la salud, dando pie a asociar estas manifestaciones al envejecimiento, puesto que

tienen la creencia que son cambios propios de la edad, manifestándolo de esa manera.

No obstante, los efectos de una diabetes no detectada a tiempo o no controlada, dan lugar a la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (OMS, 2013)

En este sentido, para saber si se está cursando la enfermedad, la clínica médica sugiere corroborarla a través de realizar una prueba de glucosa en ayuno o casual, o incluso ambas pruebas.

De la primera prueba se espera tener como resultado un valor menor a 100 mg/dl, para considerar que la glucosa aún se mantiene dentro de los niveles normales y no se tiene la enfermedad; si el resultado queda entre 110 mg/dl y 126 mg/dl se dice que hay intolerancia a la glucosa, pero si el resultado obtenido fue igual o mayor a 126 mg/dl, se diagnosticará a la persona con diabetes tipo 2. En cuanto a la prueba de glucosa casual, si el resultado fue < a 140 mg/dl, se presume estar dentro de los parámetros normales, y cuando el valor del resultado es \geq 200 mg/dl, más los síntomas comunes presentes, el resultado es verdadero positivo (NOM-015-SSA, (2010), Mendoza, (2010, p.119-129).

Asimismo, realizar una prueba de hemoglobina glucosilada (HbA1c) periódicamente, permitirá llevar un buen control sobre la misma o incluso detectar la enfermedad.

De acuerdo a la Asociación Americana de Diabetes los siguientes resultados de HbA1c, son los que se usan para diagnosticar si una persona tiene DM 2.

- Normal: menos de 5.7 %
- Prediabetes: 5.7 a 6.4%
- Diabetes: 6.5% o más

Asimismo, son 3 las formas más comunes de la patología que se conocen:

- 1) Diabetes tipo 1 o llamada juvenil, conocida también como insulino dependiente o de inicio en la infancia. Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa y se ha podido prevenir con los conocimientos actuales
- 2) Diabetes tipo 2, también llamada no insulino dependiente o de inicio en edad adulta. Se debe a una utilización ineficaz de la insulina, a un sobrepeso excesivo y a la inactividad física.
- 3) Diabetes gestacional. Este tipo de diabetes es un estado hiperglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo.

La DM 2 causa estragos a la salud pública puesto que representa entre el 85% y 90% de los casos a nivel mundial, y se estima que seguirá proliferando.

La DM 2 por tener un alto índice de prevalencia y desatarse comúnmente en edad adulta, se llegó a pensar que era un padecimiento normal en la vejez, sin embargo los análisis epidemiológicos demuestran que pasando la séptima década de la vida hay menor riesgo de desarrollarla.

No obstante, tras las complicaciones graves e irreversibles que presentan los adultos mayores diabéticos, la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2010 sugiere hacer una detección oportuna en aquellas personas con alto riesgo de desarrollarla o, por si ya la tienen y no saberlo.

La Norma Oficial Mexicana 2010 establece que se consideren personas con alto riesgo de desarrollar la enfermedad a las que cumplan con una o varias de las siguientes características:

- Ser hijos de padres diabéticos independientemente de su nivel de glucemia.
- Ser sedentario.
- Tener sobrepeso u obesidad (IMC ≥ 27).
- Tener familiares de primer grado con diabetes.
- Tener 65 años de edad o más.
- Antecedentes de productos macrosómicos ($>4\text{kg}$).
- Antecedentes de diabetes gestacional.
- Antecedente de ovarios poliquísticos.

De la misma manera, se incluye a las personas que han desarrollado otros problemas de salud como los siguientes:

- Hipertensión arterial ($\geq 140/90$).
- Dislipidemias (colesterol HDL ≤ 40 mg/dl).
- Triglicéridos ≥ 250 mg/dl).
- Pacientes con enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral, o insuficiencia arterial de miembros inferiores).
- Pacientes con antecedentes de enfermedades psiquiátricas que reciban antipsicóticos.

Un estudio para detectar otros factores de riesgo que desarrollen diabetes (Mejía, 2011) muestra que entre las principales causas también están los factores sociales, entre ellos se mencionan los siguientes:

- La transformación de estilos de vida poco saludables.
- El alcoholismo.
- Tabaquismo.
- Inactividad física.
- Una alimentación desequilibrada y modelada por los medios masivos de comunicación.
- La reorganización del trabajo doméstico.
- La compresión del espacio-tiempo en la vida cotidiana de los entornos urbanos.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana, NOM037-SSA2-2012, se considera DM 2, “a la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglicemia crónica debido a la

deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas”.

No obstante, el riesgo de padecer diabetes en la vejez es mayor, cuando llegan a contar con varios de los factores de riesgo, tanto a nivel orgánico como social, además de sumarles los cambios inherentes a la edad, que es la disminución relativa de la respuesta homeostática debido a los cambios morfológicos, fisiológicos, psicológicos y bioquímicos, que los coloca en un estado de vulnerabilidad que los predispone a cursar un envejecimiento usual o con fragilidad.

Por otra parte, la Asociación Americana de Diabetes señala que la tendencia de padecer DM 2 aumenta en la población Latinoamericana y Afroamericana. Reporta que en Estados Unidos hay alrededor del 7% de personas, o sea, 20.8 millones que la padecen de todos los tipos. De las cuales alrededor de 14,6 millones ya han sido diagnosticadas y 6.2 millones, no saben que la padecen, (American Diabetes Association, 2013). En tanto que en México ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de defunción (PNS, 2013-2018). Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 hay cerca de 6.5 millones de personas que refieren haber sido diagnosticadas con diabetes (Federación Mexicana de Diabetes, 2009).

Sin embargo, se sabe que no toda la población que la padece o tiene alto riesgo de desarrollarla es consciente de ello, debido principalmente al desconocimiento que tienen sobre la patología y, a que es una enfermedad que no presenta dolencias hasta que sus consecuencias han causado graves problemas a nivel orgánico manifestándose con alguna discapacidad física.

La evidencia científica así como la OMS en 2013, señalan que un control inadecuado de DM 2 eleva los niveles de HbA1c por arriba de 6.5%, lo que ocasiona que la enfermedad se acelere acarreado complicaciones como las

siguientes (Mendoza, 2008; Chapela, 2010; Federación Mexicana de Diabetes, 2009; Ding, 2010).

- Cardiopatía y accidente vascular cerebral (AVC). En la cual, un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y AVC).
- Neuropatía de pies, que al ser combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies y, en última instancia, amputación.
- Retinopatía diabética, que es causante importante de ceguera, y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2% de los pacientes se quedan ciegos, y un 10% sufren un deterioro grave de la visión.
- Insuficiencia renal.
- Elevación del riesgo de muerte al menos dos veces mayor que en las personas sin diabetes.
- Desarrollo de neuropatía diabética por lesión de los nervios a consecuencia de la enfermedad, que puede llegar a afectar hasta a un 50% de los pacientes. Aunque puede ocasionar problemas muy diversos, los síntomas frecuentes consisten en hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y las manos.

Con relación a lo anterior, la evidencia empírica durante el trabajo de campo comunitario demuestra que los adultos mayores que padecen DM 2 atribuyen la falta de atención y control a situaciones como son: la falta de recursos económicos para pagar los costosos tratamientos y comprar medicamentos, la falta de conocimiento evolutivo de la enfermedad y el desconocimiento de las complicaciones, además del que tampoco cuentan con seguridad social.

Por lo que respecta a los adultos mayores que han recibido atención médica para el control de la enfermedad, mencionan que al despedirse el médico la frase que nunca falla es “cúidese mucho y no falte a su próxima consulta”, dando por entendido que cuidarse es tomar los medicamentos y comer.

Indudablemente las exigencias de la enfermedad están por encima de los buenos deseos, obligando a los profesionales que atienden la salud ofrecer información a los pacientes que sea de utilidad, al decirles cómo hacerlo.

Evidencia científica muestra que la adherencia al tratamiento farmacológico, una alimentación apropiada y mantenerse activos, contribuye al buen control de la DM 2 y se disminuye el riesgo de desencadenar otros padecimientos asociados a la enfermedad. Asimismo se ha comprobado que esta enfermedad aunada a la obesidad, al colesterol elevado (≥ 240), al aumento de triglicéridos (≥ 200) y al aumento de lipoproteínas de baja densidad (≥ 200) forma en conjunto el “síndrome metabólico” (Mendoza, 2008; Chapela, 2010).

De acuerdo a la NOM 2012, el síndrome metabólico es un conjunto de anormalidades bioquímicas, fisiológicas y antropométricas que ocurren simultáneamente y pueden producir o estar ligadas con la resistencia a la insulina, sobrepeso u obesidad central, que incrementan el riesgo de desarrollar diabetes, enfermedad cardiovascular o ambas. Siendo sus componentes fundamentales la obesidad abdominal, prediabetes o Diabetes 2, hipertensión arterial o presión arterial fronteriza, dislipidemias (hiperglicemia o HDL bajo) (Diario Oficial de la SSA, 2012).

En el estudio de Barrantes-Monge (2006) basado en los datos de la encuesta SABE para determinar la prevalencia de la dependencia funcional y las enfermedades crónicas que la generan, coloca a la DM 2 en la cuarta enfermedad asociada a esta variable, encontrando entre sus resultados, que esta enfermedad, afecta la funcionalidad de los adultos mayores iniciando por las actividades instrumentales de la vida diaria, seguida de las actividades básicas de la vida diaria.

En este sentido, en los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2012, se ha observado que la DM 2 es el problema de salud pública que demanda la asignación de un presupuesto más alto al sistema sanitario porque cada vez son más los casos nuevos que se suman a la enfermedad.

Por otra parte, la Hipertensión Arterial (HTA) es una enfermedad crónica que aqueja la vida moderna.

Desde el punto de vista hemodinámico, la hipertensión arterial es la elevación continua y sostenida de las cifras tensionales diastólicas o sistólicas, o ambas. Es la resultante del aumento de las resistencias al libre tránsito de la sangre en las arterias periféricas. La tensión arterial es igual al gasto cardiaco por resistencias periféricas, por lo que cualquier incremento en los parámetros que la determinan, si se mantiene, origina hipertensión arterial.

Según la OMS, la HTA es un trastorno cuya patogenia se desconoce en muchos de los casos, que en última instancia provoca aumento de la presión diastólica y sistólica, así como alteraciones del lecho vascular y alteraciones funcionales de los tejidos afectados.

En este sentido, la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999 llama hipertensión arterial secundaria, la elevación sostenida de la presión arterial, por alguna entidad nosológica: ≥ 140 mm de Hg (sistólica) o ≥ 90 mm Hg (diastólica).

El diagnóstico de HTA en adultos se puede confirmar cuando la medida consecutiva en dos o más determinaciones la presión arterial diastólica es \geq a 90 mm Hg y la presión arterial sistólica en las mismas condiciones es mayor o igual a 140 mm Hg.

Se ha observado una alta frecuencia a desarrollar hipertensión arterial en pacientes con diabetes. En este sentido, un estudio sobre diabetes mellitus e hipertensión llevado a cabo en un hospital de primer nivel en la Habana, Cuba, concluye que la enfermedad cardiovascular es aproximadamente 2 a 4 veces más

frecuente en las personas diabéticas que en las no diabéticas, siendo responsable por cerca del 50% de todos los fallecidos relacionados con diabetes.

Informa que cuando la diabetes es diagnosticada, algunos pacientes ya tienen señales de nefropatía incipiente como microalbuminuria e hipertensión arterial, y que la hipertensión es un factor de riesgo para el desarrollo de nefropatía y enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, infarto al miocardio y muerte súbita.

De acuerdo a la Encuesta de Salud y Nutrición, actualmente la prevalencia de HTA en México es de 31.5% (IC 95% 29.8-33.1), siendo más notable en adultos con obesidad (42.3%; IC 95% 39.4-45.3) que en adultos con índice de masa corporal (IMC) normal (18.5%; IC 95% 16.3-20.7) que sin esta enfermedad (27.6%, IC95% 26.1-29.2). Asimismo observaron durante la encuesta 2012 que del 100% de los adultos hipertensos 47% no sabía que padecía de HTA.

Entre los principales factores de riesgo que favorecen la enfermedad, se encuentran una alimentación malsana, la inactividad física, la obesidad, asimismo también se debe conceder importancia al estrés, el desarrollo tecnológico, el estrés postraumático, el medio ambiente, los conflictos bélicos, la violencia, las guerras, el terrorismo, las drogas, el desempleo, estilos de vida.

Ante este marco referencial se plantea la necesidad de un actuar emergente a través de intervenciones costo-efectivas que propongan una nueva cultura de salud, enfatizada en la importancia de adoptar estilos de vida saludables que fomenten el autocuidado y la prevención de enfermedades no transmisibles, con motivo de evitar cualquier tipo de discapacidades durante la vejez.

1.3 Teoría de las Representaciones Sociales.

En el marco de esta investigación, resulta de gran trascendencia el abordaje de las Representaciones Sociales (RS) como una de las formas teóricas viable que permite comprender e interpretar el significado que le dan los viejos a la vejez.

Se puede decir que el origen de las representaciones sociales surgen en el trasfondo cultural que la sociedad ha acumulado a lo largo de la historia, entre sus características principales se puede mencionar que son construcciones mentales que actúan como motores del pensamiento, que funcionan y perduran con independencia de tales o cuales individuos concretos generando conductas relacionadas con ellas.

El tipo de pensamiento que desempeñan son funciones sociales específicas, orientando la interpretación, la construcción de la realidad y guiando las conductas y relaciones sociales de los individuos.

Partiendo de este punto de vista, las RS resultan ser un método auxiliar en la investigación cualitativa que a través de un abordaje subjetivo permite al investigador analizar e interpretar la realidad de su objeto de estudio. Entre las técnicas que se utilizan para el levantamiento de datos está la entrevista, que aunque prescinde de datos duros útiles en la fiabilidad y validez, ofrece la información suficiente y necesaria que resulta ser de gran utilidad para la interpretación de resultados.

A manera de síntesis se puede explicar que la génesis de las RS surge porque a lo largo de la existencia de la humanidad, el hombre ha elaborado diferentes representaciones, de las cosas, los objetos, los animales, y de los diversos elementos que conforman el mundo. Se trata de representaciones elaboradas por

esquemas psicológicos y sociales que forman parte del acervo de conocimientos que posee cada persona.

Poco caso se había puesto a este hecho, siendo hasta 1872 cuando apareció la obra de Charles Darwin que fue destinada a los modos de expresión de emociones, en la cual, se destaca la comunicación corporal y lingüística. Estudio que demostró la relevancia que tienen las conversaciones y el lenguaje. «Gesto» perfeccionado y exclusivo de la especie humana, portador de emociones, ideas e imágenes, que eleva la comunicación a nivel simbólico.

De esta manera, con la obra se pudo mostrar que la lengua cuando es común para las personas que entablan un dialogo y compartiendo los mismos significados permite representar un objeto ausente o invisible, como es, evocar el pasado o el futuro. Lo que sugiere que las representaciones sociales parten de la comunicación humana, y que estas trascienden la esfera de la comunicación de las simples opiniones, imágenes y actitudes.

Según Moscovici (1979) las RS son sistemas cognitivos que poseen una lógica y un lenguaje particular..., de 'ciencias' destinadas a descubrir la realidad y ordenarla. Su función proviene de que son compartidas a nivel de una misma comunidad por lo que se refiere a las "*representaciones colectivas*" como las religiones, los mitos etc., a cuyo estudio se dedicó en principio el sociólogo Durkheim.

Durkheim en 1898 propuso la, Representación colectiva, es la forma en que el grupo piensa en relación con los objetos que lo afectan. Siendo distinto de las representaciones individuales, por lo que las considera «hechos sociales» de carácter simbólico, producto de la asociación de las mentes de los individuos.

No obstante, en 1979, Moscovici da un giro diferente a la psicología para poder explicar las interacciones significativas de las personas con el mundo. Con su crítica de las nociones de imagen, opinión y actitud, explica el fracaso de un modelo tradicional de investigación que pretendía predecir o cambiar los comportamientos del ser humano, mediante el hecho de que la relación entre sujeto y el objeto se reducía a una relación entre estímulo y respuesta, mostrando de esta manera la insuficiencia del paradigma conductual, introduciendo en la psicología social las representaciones colectivas que más tarde llamaría representaciones sociales al elaborar su tesis doctoral titulada *“El psicoanálisis su imagen y su público”*.

Actualmente la representación social se concibe como una modalidad particular del conocimiento de la vida cotidiana cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los seres humanos, se puede decir entonces que la RS:

“Es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales, los hombres, hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios y liberan los poderes de su imaginación”. Conjuntamente la representación social comprende una organización de imágenes y de lenguaje porque recorta y simboliza actos y situaciones que son o se convierten en comunes. Encarada en forma pasiva, se capta como el reflejo, en la conciencia individual o colectiva, de un objeto, un haz de ideas, exteriores a ella.

Por su parte Moscovici expresó que si bien era fácil captar la realidad de las representaciones sociales, era difícil captar el concepto. Años más tarde Jodelete, su alumna, siguiendo los mismos pasos propone la siguiente definición:

“El concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos

generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social” (Perera, 1999, p.9).

Jodelete (1998), integra nuevos elementos a su definición quedando de la siguiente manera:

“...son imágenes condensadas de un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver...formas de conocimiento práctico que forjan las evidencias de nuestra realidad consensual”.

Asimismo apunta, la noción de RS corresponde con los siguientes puntos:

- La manera en que los sujetos sociales aprehenden los acontecimientos de la vida diaria, las características del medio ambiente, las informaciones que en él circulan, las personas del entorno próximo o lejano.
- El conocimiento espontáneo, ingenuo o de sentido común por oposición al pensamiento científico.
- El conocimiento socialmente elaborado y compartido, constituido a partir de las propias experiencias e informaciones y modelos de pensamiento que se reciben y transmiten a través de la tradición, la educación y la comunicación social.
- El conocimiento práctico que participa en la construcción social de una realidad común a un conjunto social e intenta dominar esencialmente ese entorno, comprender y explicar los hechos e ideas del universo de vida.
- Son a un mismo tiempo, producto y proceso de una actividad de apropiación de una realidad externa y de elaboración psicológica y social de esa realidad. Son pensamiento constitutivo y constituyente.

De acuerdo a Moscovici las RS se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas, como imágenes que condensan un conjunto de significados, como sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede e incluso dar un sentido a lo inesperado, como categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver (Jodelet, 1988).

Las opiniones, creencias, actitudes, imágenes, valores, informaciones, tipificaciones y acontecimientos, integran la parte subjetiva de las representaciones sociales.

Las RS muestran una forma de pensar la realidad cotidiana e interpretarla, de una forma de conocimiento social, en ellas, interactúan la actividad mental y social: la actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen, mientras que la actividad social, presentándose e interviniendo a través del contexto concreto en que se sitúan; por medio de la comunicación establecida entre ellos; a través de los marcos de aprehensión que proporciona su bagaje cultural; a través de los códigos, valores e ideologías relacionadas con la posición y pertenencias sociales específicas.

Las RS se comprenden como un proceso y a la vez como contenido. En cuanto a proceso se refiere a las formas en que se adquieren y expresan conocimientos en torno a la representación. Los medios de comunicación juegan un papel importante en la creación, transmisión y reproducción de las formas simbólicas.

La representación se estructura a través de tres dimensiones: la actitud, la información y el campo de la representación, Ibáñez (1994). Tomando en cuenta que la actitud es la primer dimensión de una representación.

- La actitud: es el elemento afectivo de la representación. Implica una valoración positiva o negativa sobre el objeto representado.
- La información: es la dimensión que refiere los conocimientos y explicación en torno al objeto representado; su cantidad y calidad varía en función de variados factores, como son, la pertenencia grupal y la inserción social, pues el acceso a las informaciones está siempre mediatizada por ambas variables. También influye la cercanía o distancia de los grupos respecto al objeto de representación y las prácticas sociales en torno a este.
- El campo de representación: está referido al orden que toman los contenidos representacionales, que se organizan en una estructura funcional determinada.

Por otra parte, las RS son heterogéneas y esta se puede comprender cuando la atención se centra en su estructura conformadora: en un núcleo central y unos elementos periféricos.

El núcleo central, determinado por la naturaleza del objeto representado, por el tipo de relaciones que el grupo mantiene con el objeto, y por el sistema de valores y normas sociales que constituyen el ambiente ideológico del momento y del grupo. Los diversos elementos que componen la representación social adquieren su significado y valor a través del núcleo central; al mismo tiempo, estos elementos se unifican y adquieren estabilidad, dotando a la representación social de una permanencia relativa y resistencia al cambio. El núcleo central es el tipo de contenido de la representación, que da a la misma, su especificidad y su permanencia (Ibañez, 1994; Abric, 2001).

Cabe mencionar que las RS se construyen de una serie de materiales de muy diversas procedencias, del fondo cultural acumulado en la sociedad o a lo largo de su historia, dicho fondo es constituido por las creencias ampliamente compartidas, los valores considerados como básicos y las referencias históricas y culturales que conforman la memoria colectiva y la identidad de la propia sociedad (Araya, 2002). Todo ello se materializa en las diversas instituciones sociales, por ejemplo en la lengua y en general todos los objetos materiales. Ibañez señala que las fuentes de determinación de las RS se encuentran en el conjunto de condiciones económicas, sociales e históricas que caracterizan a una sociedad determinada y en el sistema de creencias y de valores que circulan.

Las representaciones sociales se forma a partir de dos procesos estrechamente vinculados presuponiendo uno al otro: la *objetivación* y el *anclaje*.

La primera consiste en el proceso de transformación de la información abstracta en conocimiento concreto a través de la comunicación, proceso que termina con la

conformación de significados figurativos, metafóricos o simbólicos que llegan a ser puntos de referencia compartidos a cerca de un objeto. El segundo se refiere al proceso por el cual las imágenes y significados del objeto representado ya constituido pasan a formar parte de los conocimientos y creencias de las personas (Clemence, 2000).

En este sentido el anclaje permite integrar al pensamiento una nueva información sobre un objeto, el cual aparecerá con un significado específico ante los esquemas previos y a los que se atribuye una funcionalidad y un papel regulador en la integración grupal. Este punto es donde se manifiestan los procesos de asimilación y acomodación, pues las informaciones recibidas son transformadas por los esquemas ya constituidos, y a su vez, esta nueva información cambia nuestros propios esquemas para acomodarlos a sus características. Este proceso se comprende como el enraizamiento de la representación social y su objeto (Mora, 2002).

En palabras de Jodelet (1986) el anclaje va a permitir por medio de un sistema de interpretación de la realidad social para clasificar a los individuos y los acontecimientos, para constituir tipos respecto a los cuales se evaluará o clasificará a los otros individuos y a los otros grupos.

Por su parte Ibáñez (1994) menciona que el anclaje permite explicar cómo es que las representaciones sociales tienen como condicionante la inserción social de los agentes, pues las imágenes y significados que los diferentes grupos sociales otorgan al objeto representado varían en función de la propia ideología del grupo, así como de la disponibilidad de la información que circulan en el contexto comunicativo.

No obstante, el punto principal donde se originan las RS es en el conjunto de prácticas sociales que se encuentran relacionadas con las diversas modalidades de

la comunicación social, en las cuales, los procesos de comunicación masivos tienen un peso preponderante para la transmisión de valores, conocimientos, creencias y modelos de conductas. Entre ellos, hay medios de comunicación que tienen un anclaje general como lo es la televisión, pero también se encuentran los que dirigen categorías sociales específicas como son las revistas de divulgación científica, que por ejemplo, desempeñan un papel fundamental en la conformación de la visión de la que tienen las personas sometidas a su influencia.

La comunicación interpersonal y, en particular, la de las innumerables conversaciones en las que participan todas las personas durante el transcurso de un día cualquiera de su vida cotidiana, es otra modalidad de la comunicación social cuya influencia es igualmente significativa.

1.3.1 Representaciones sociales de la vejez.

Si bien se ha logrado aumentar la esperanza de vida y con ello incrementar el porcentaje de personas que llegan a la vejez, el nuevo reto para la investigación sería, garantizar que los años agregados al ciclo vital, sean saludables, activos y productivos.

Por tal motivo es necesario darse a la tarea de indagar la manera en que la representación de la vejez zanja dicho objetivo.

La representación social se posa en el punto donde se interceptan lo psicológico y lo social. Corresponde a la manera en que los sujetos sociales aprehenden los conocimientos de la realidad de la vida diaria, las características del medio

ambiente que los rodea, las informaciones que en él circulan y las personas del entorno próximo o lejano.

Las representaciones sociales corresponden al conocimiento espontáneo, que habitualmente se denomina sentido o conocimiento común, o, pensamiento natural por oposición al pensamiento científico.

Maravall (citado por Moñivaz, 1998) plantea que la representación social de la vejez, es eclipsada por la sociedad neoliberal que pondera los valores de juventud (belleza, fuerza, rapidez, innovación, eficacia), y subestima la vejez mostrándola solamente como sinónimo de pobreza en lo económico, inactividad en el ámbito laboral, marginalidad en la vida sociocultural y enfermedad en la salud.

Desde la mirada socio-antropológica, se mencionan que cada período histórico ha destinado un rol y significado diferente a los viejos, por lo que la vejez ha sido objeto de una variedad de sinónimos e imágenes que se le atribuían conforme a las circunstancias e intereses de cada tipo de organización social, de acuerdo a los valores socioculturales dominantes del grupo interpretador, quien determina de esta manera su posición dentro de la comunidad, su aceptación o rechazo (Crespo, 2002).

Así por ejemplo, continuando con lo observado por Crespo, en Egipto, existió una interesante relación de los viejos en la sociedad, ellos eran educadores y guías de los jóvenes, siendo el papel que se les otorgaba por la experiencia y sabiduría que les confería su larga vida. Para Egipto la palabra anciano significaba sabiduría. Mientras que en la antigua Grecia existieron diferentes formas de entender la vejez, puesto que durante la época arcaica en los tiempos de Homero, existía un concejo de ancianos que únicamente era consultivo, por que las decisiones las tomaban los jóvenes.

En tanto que en la Ciudad de Esparta, había un senado formado por veintiocho adultos de más de sesenta años respetados por considerarlos transmisores de sabiduría. Algo similar sucedió con los hebreos, a quienes en algún tiempo se confirieron grandes poderes religiosos y judiciales, sin embargo, al institucionalizarse el poder político de la monarquía el concejo de ancianos es relegado (Ferrero, 1998).

En la antigua Roma, el anciano fue un personaje muy considerado, ya que, su cultura en algún momento se caracterizó por la tolerancia, la capacidad de adaptación y su sentido práctico de la vida. En el siglo II, se planearon los problemas de la vejez desde casi todos los aspectos: políticos, sociales, psicológicos, demográficos y médicos. Posteriormente el derecho romano concedió autoridad al anciano en la figura del Pater Familia, que ostentaba un poder tan grande sobre la familia y esclavos, lo que ocasionó que se les llegara a odiar y temer (Crespo, 2002).

Posteriormente, en la época de la República, el poder político se confiaba a los hombres de edad avanzada y a partir del siglo I a.c., se produjo un periodo inestable en el que los valores tradicionales cambiaron, siendo un momento próspero para las artes y la economía, mientras que para el poder del Senado, formado por viejos, se inicia una paulatina declinación, que lleva al anciano a perder el poder familiar y político (Crespo, 2002).

Durante la Edad Media, del siglo V al X, se consideró al viejo dentro del grupo de los desvalidos, por lo que se les acogía temporalmente en los hospitales y monasterios, para encontrarse posteriormente con su realidad de miseria, sin embargo, durante su permanencia se cree que al ser resguardados del mundo también tenían una vida superior al resto de los individuos, aunque no fue por largo tiempo, porque surgieron las reglas monásticas que desplazaron a los ancianos a labores de portero o trabajos manuales. En el cristianismo se utiliza la vejez como

imagen alegórica del pecado, con una visión pesimista de fealdad y decrepitud, que utilizan para representar el pecado y sus consecuencias (Ferrero, 1998; Crespo, 2002).

Durante el siglo XV, en el Renacimiento, el mundo grecorromano en Europa Occidental, resultaba ser una gran atracción, la belleza física, la juventud y la perfección del cuerpo, por lo que la vejez fue rechazada por no coincidir con los principios que se le atribuían a la juventud. Una persona anciana representaba decadencia, fealdad, decrepitud, que no se podía evitar y un carácter melancólico. Fue un periodo muy agresivo para los ancianos y más aún para las ancianas, representadas en las pinturas de los flamencos y alemanes con arrugas y decrépitas, asimiladas a la imagen de la bruja que tanto se ensañó en la inquisición (Ferrero, 1998; Crespo, 2002; Moran 2004).

En esa misma época se inicia la lucha contra la vejez, se hace uso de todos los medios - magia, brujería, elixir y utopías - para prolongar la juventud y la vida, pues la llegada de la vejez era el anuncio de la proximidad de la muerte, por lo que se asocia el rostro de la vejez como máscara de la muerte (Ferrero, 1998).

Guzmán (2002) al estudiar la imagen del envejecimiento, refiere que en la presente época de modernidad, el adulto mayor se ha colocado en una posición poco conveniente, puesto que el rol que ocupa dentro de la sociedad y la imagen que se tiene de él son en función de su físico, fuerza y capacidad laboral, por lo que la edad se vuelve una situación preocupante en su vida. La construcción de esta imagen está sustentada en los valores culturales que son transmitidos y aprendidos en la sociedad, donde hay un predominio del arquetipo hegemónico que se basa en la juventud, a la que se le asocia con la belleza, el vigor y la productividad.

No obstante, estos antecedentes dan cuenta de que la representación social de la vejez se construye con la constante interacción de los agentes integradores de una sociedad, y que ésta a su vez, va cambiando en el transcurso del tiempo dentro de los diferentes contextos culturales que integran características particulares. En este sentido, la RS ha tenido distintos significados, concordantes a las circunstancias de la época en cuestión, en la que se le conceptualiza y trata, según los valores sociales, económicos, ideológicos y políticos.

En este sentido, la percepción y auto-percepción que cada persona se forma de la vejez, es producto de un proceso constituido de su propia historia, la cual, está conformada a su vez por cada una de las acciones realizadas y aspiraciones elaboradas que pueden o no dar lugar a logros específicos. En las acciones y aspiraciones influyen de modo determinante las relaciones interpersonales y grupales que también condicionan las reelaboraciones sociales y culturales que cada sujeto lleva a cabo a lo largo de su vida.

1.3.2 Representaciones sociales asociadas a la salud y enfermedad en la vejez.

Al respecto, Parales (2002) al llevar a cabo una revisión en medios de comunicación masiva sobre las RS de la vejez, encontró en estudios europeos y estadounidenses entre 1950 y 1968, una imagen predominantemente negativa de las personas ancianas, asociadas con soledad y aislamiento, dependencia y necesidad de ayuda. Dando cuenta de cómo influye en su situación vivida, sobre el juicio emitido, y en actitudes autoritarias, pesimismo y desorientación acerca del futuro.

El mismo autor, citando a Hagestad (1998), señala que al menos en inglés, en las conversaciones sobre envejecimiento, utilizan muchas “palabras que empiezan con d: *decline* (decadencia), *dementia* (demencia), *dependency* (dependencia), *disease* (enfermedad), *disability* (discapacidad), e incluso *disaster* (desastre) y *deluge* (diluvio)”. Agrega que los estereotipos surgen fácilmente cuando son insuficientes el contacto y conocimiento con los ancianos y sobre el envejecimiento. Agrega que, las *personas de edad*, se convierten en “el otro”, a la manera de “nebulosa gris e indiferenciada” Parales (2002).

El estudio de Bodner (2009) de revisión sistemática sugiere que los jóvenes sienten rechazo a la vejez por la alta asociación que se hace de ella con la muerte, teniendo como antecedente la enfermedad. Siendo el principal difusor del estereotipo la televisión.

Asimismo, también menciona las caracterizaciones plasmadas en multitud de descripciones patologizantes y deficitarias, hechas sobre todo por profesionales del área médica, basadas sin duda en la interacción con personas ancianas enfermas. Y el papel de los medios de comunicación masiva reactivando los estereotipos negativos de la vejez.

En este sentido la vejez anclada a la enfermedad y dependencia, se convierte en un cataclismo que desborda en múltiples efectos negativos, como lo es, en los ancianos que relacionan cualquier dolencia, padecimiento o enfermedad con la edad, descartando las posibilidades de recibir atención médica, permitiendo de esta manera el deterioro de su estado de salud.

Se ha observado que los medios de comunicación masiva, como lo es, radio y televisión, contribuyen fuertemente a retroalimentar la imagen enferma del adulto

mayor. Ejemplo de ello, al escuchar la publicidad que hacen los seguros de gastos médicos por enfermedad o muerte para los viejos.

Por último, los medios de comunicación son un medio de difusión que por excelencia juegan un papel importante en las ideas y pensamientos que se elaboran y comparten socialmente. De ahí que, aun cuando se impugne la teoría de la desvinculación, estos medios se encargan de reivindicar su práctica a través de la desvaloración y exclusión que propician con la imagen enfermiza que transmiten de los ancianos, de esta manera el adulto mayor tiende al aislamiento social auto-cumpliendo lo propuesto por dicha teoría.

Las representación social de la vejez -en concordancia con la teoría de las representaciones sociales- que corresponde al conocimiento espontáneo, ingenuo, denominado sentido común o pensamiento natural, elaborado por informaciones, experiencias, conocimientos y modelos de pensamiento que se recibe y transmite a través de la tradición, la educación y la comunicación social, queda eclipsada por la fuerza que encierra la información que difunden dichos medios.

1.4 Viejismo: la mirada social de los viejos.

El viejismo es una conducta social compleja con dimensiones histórico-culturales, sociales, psicológicas e ideológicas, que se usa para desvalorizar, de manera consciente o inconsciente, el estatus social de las personas viejas (Salvarezza, 2002, p.3). Su construcción se basa en la estereotipia, y la utilización generalizadora de este componente psicosocial, lleva a la edificación de estructuras prejuiciosas que se utilizan constantemente en contra de los viejos.

Su origen es atribuido al primer director del *National Institute of Aging* en Estados Unidos, Robert N. Butler, quien acuñó el término *ageism* en 1969, para referirse específicamente a la “discriminación por edad”. Él comparó el viejismo con otras formas de intolerancia a las personas, como es el racismo y el sexismo. Lo definió como un proceso de sistemática estereotipación y discriminación contra las personas porque son “viejas” (Chapin, 2002, p.3). En donde la partícula “ismo” de la palabra “viejismo”, denota un prejuicio social en contra de las personas por el hecho de estar viejos. Categorizándolos como seniles, decrépidos, obsoletos, rígidos en acción y pensamiento, pasados de moda en valores morales y capacidades (Vargas-Guadarrama, 2008, p.33-35).

La traducción de la palabra *ageism* en castellano es “discriminación por edad”, lo que ha llevado a distintos profesionales a utilizar indistintamente la palabra “edadísmo”, en lugar de viejismo, sin embargo el término edadísmo atañe cualquier grupo de edad, por lo cual, cuando se utiliza deberá especificarse el grupo: niños, adolescentes, jóvenes o viejos. Cuando se dice viejismo, es claro que Butler se refirió exclusivamente a la discriminación de los viejos por su edad. En este sentido habrá que tomar en cuenta que cuando se habla de **viejos** son las personas que tienen edad cronológica de 60 o 65 años, según el país, subdesarrollados o desarrollados.

De acuerdo a Castellanos (2005) el viejismo hace referencia a una vivencia subjetiva, a una inquietud profunda y oscura con repugnancia y aborrecimiento por la vejez, puesto que se asocia a la enfermedad, discapacidad, pobreza, inutilidad y muerte, lo que ha creado signos gerontofóbicos en los grupos más jóvenes. Asimismo despertó interés en el terreno de la investigación durante los años 80s del siglo XX, en donde el tema de viejismo adquiere auge tras la elaboración de instrumentos que medirían su impacto desde distintas áreas del conocimiento

(psicológicas, sociales, sanitarias, etc.) y propuestas para hacer intervenciones que lo eliminaran junto con sus consecuencias.

El viejismo integra dos elementos esenciales, los **estereotipos** y los **prejuicios**. Lippman (1964) define los estereotipos como “imágenes que tenemos en la cabeza o cuadros de cabecera” que nos hablan del mundo antes de conocerlo; caracterizándolo como un tipo de pseudo ambiente que media entre nosotros y la realidad influyendo de forma manifiesta en la percepción de la misma. Se trata pues, de pre construcciones que gobiernan la percepción de la realidad, imponiendo cierto carácter a los datos antes de que lleguen a la inteligencia. En tanto que los prejuicios se refieren a los juicios anticipados sin fundamento objetivo, cargados de valores, sentimientos, emociones y actitudes (Vargas-Guadarrama, 2005).

1.4.1 Prejuicios y estereotipos asociados a los viejos.

De acuerdo con la definición de Paéz (2005) el estereotipo es “la dimensión cognitiva de una representación grupal”, que se refiere a una idea o creencia, que se fija como imagen en la mente y se atribuye a un determinado grupo. Estas ideas son aprendidas en edades tempranas de la vida a través de la socialización con amigos, familia, en la escuela, en la iglesia, en el trabajo etc., y se comparten en socialmente. Se ha demostrado que los niños a partir de los seis años de edad ya son conscientes de la existencia de ciertos grupos sociales e incluso manifiestan opiniones relativas a grupos.

En este sentido, es frecuente escuchar en la sociedad estereotipos atribuidos a los viejos que generalizan su imagen, personalidad o comportamientos.

Los estereotipos pueden reconocerse como negativos, positivos, pueriles y sociales. Los negativos se refieren a la enfermedad, la inutilidad la pobreza, la depresión, la fealdad e impotencia sexual; los estereotipos positivos incluyen la amabilidad, formalidad, sabiduría, el poder político, la libertad, la riqueza y la felicidad; los estereotipos pueriles indican que los viejos son caprichosos, infantiles, necios, maniáticos e ideáticos; los estereotipos sociales los señalan como útiles, sociables, divertidos, solitarios, respetables o rabo verdes.

Con cualquiera de ellos que se identifique al anciano o grupo de ancianos siempre se tratará de una creencia errónea fuera de toda realidad.

Por otra parte, **el prejuicio** se puede definir como una actitud afectiva, que puede ser positiva o negativa ante un grupo de viejos (Paéz, 2005). La base del prejuicio se constituye por factores de tipo cognitivo, afectivo y conductual. El componente cognitivo deriva del conocimiento de las características del grupo evaluado. El componente afectivo parte de las experiencias mantenidas con el grupo, en tanto que el factor conductual, engloba aquellas actitudes que llevan al sujeto a un determinado comportamiento, como podría ser, evitar el contacto con el grupo en la medida de lo posible (Moya, 2003, p.789).

De acuerdo a la definición del diccionario de la Real Academia Española (1992), un prejuicio es «La acción y efecto de prejuzgar», y esto es, prejuzgar, como, juzgar de las cosas antes de tiempo oportuno o sin tener de ellas conocimiento que lo compruebe o explique.

En este sentido, dicha definición admite la idea de que los prejuicios pueden ser tanto positivos como negativos y siempre elaborados y compartidos socialmente.

Algunos de los prejuicios positivos más comunes en la sociedad son los siguientes: la mayoría de los adultos mayores son enfermos, es muy difícil para los

viejos aprender cosas nuevas, en la vejez se pierde la capacidad e interés por las relaciones sociales, por las sexuales, ya no pueden trabajar tan efectivamente como los trabajadores jóvenes, en la vejez es imposible cambiar.

Los prejuicios positivos a diferencia de los negativos expresan pensamientos idealistas que tratan de mostrar al anciano como un ser optimista con su edad, ejemplo de ello es cuando se les escucha decir que la vejez o juventud se lleva en el corazón, o, también; los viejos somos sabios. Pensamientos y sentimientos que enmascaran la realidad y evaden la responsabilidad que implica ser viejo, llevándolos de esta manera a comportarse como si aún fuesen jóvenes.

Situación debida a la percepción que el viejo se ha elaborado de la vejez y el envejecimiento, la cual subyace de las circunstancias socio-culturales, políticas, educativas, ideológicas, religiosas etc., que este viviendo.

Se puede decir que tanto estereotipos como prejuicios terminan por afectar negativamente la percepción de los adultos mayores sobre la vejez y el envejecimiento, impactando en su vivir cotidiano, en la convivencia con los demás y en la participación social.

No obstante, la percepción actual del envejecimiento se ve permeado por un mundo post-industrializado, en donde la sociedad está formada por un modelo cultural hegemónico en el que la producción y el consumo son dos de los elementos que la sostienen, hay una sobrevaloración de la juventud al mismo tiempo de contraponerla con la vejez.

La juventud se utiliza como sinónimo de belleza, fuerza física y productividad, mientras que la vejez se presenta como una etapa de decadencia, improductividad, obsoletos, fealdad, decrepitud, enfermedad, dependencia económica, física y social, o se le atribuyen significados que la hagan parecer lo contrario, con los que

se percibe a los viejos como sabios, inteligentes, con mucha experiencia. Pero cualquiera que sea la manera de presentarlos, dista de tener un acercamiento de la realidad.

Conocer, entender e interpretar la realidad del envejecimiento y de la vejez ha despertado el interés de diferentes estudiosos, de ahí que Fernández-Ballesteros, (1996) investigadora de la Universidad Autónoma de Madrid, señala que la percepción y la conceptualización sobre el envejecimiento y la vejez han formado parte de las más clásicas corrientes del pensamiento, ejemplo de ello es cuando Platón asimilaba la vejez como sinónimo de pérdida, enfermedad y deterioro, mientras que Aristóteles la concebía como una etapa de oportunidades, sabiduría y conocimientos. La autora define el estereotipo como un cliché o un modo fijo, compartido por una colectividad, que se utiliza para conceptualizar a un determinado sujeto de conocimiento abstracto como la vejez o la juventud, la inmigración o el poder y que sirve en un ambiente sociocultural concreto. Una vez que se aprendió tiene un poder causal, en el sentido de que son la causa de la conducta o actitud tomada, tanto individual, grupal o social mente referidas a ese objeto de conocimiento, mismas que pueden convertirse en profecías tendientes a su auto cumplimiento. Las profecías se entretajan paulatinamente en la sociedad cuando un grupo de personas convergen con un conjunto ideas y las comparten, éstas, al ser aceptadas, fungen como antepaso para ponerlas en práctica sin haberles hecho un juicio previo.

Un estudio español sobre edadismo menciona que en la sociedad se manejan imágenes esquemáticas poco favorables de los viejos que infraestiman sus capacidades mentales, lo que favorece la pérdida prematura de sus capacidades, induciéndolos de esta manera a estados depresivos y a una mortalidad anticipada. Efecto visible también en personas que en otras condiciones mantenían una vida productiva, satisfactoria y saludable (Losada, 2004).

Ambos estudios muestran lo que se ha llamado “la profecía se cumple”. Misma que fue explicada cuando un grupo de investigadores seleccionaron una muestra de sujetos para proyectarles imágenes a velocidades imperceptibles, descubriendo que posteriormente desarrollaban conductas prejuiciosas y estereotipadas, según los estímulos recibidos.

En este sentido, una explicación lógica sobre este evento cognitivo actitudinal es la de Becca y Levy (2004) quienes señalan que el viejismo es una alteración en los sentimientos, creencias o comportamientos en respuesta a la edad cronológica, percibida por un individuo o un grupo de personas, que pueden operar insidiosamente sin ser advertidos. Puntualizan, los componentes del viejismo, los estereotipos y prejuicios, quedan implícitos en las mentes de las personas; el primero comprendido por los “pensamientos acerca de los atributos y comportamientos de los viejos”, el segundo, por los “sentimientos hacia los más viejos”, ambos existen y operan sin presentar una advertencia consistente, intención o control.

Señalan que a medida que los más viejos son percibidos negativamente, los viejos jóvenes y los jóvenes, se sienten beneficiados con los estereotipos negativos, debido a que estar en la antesala de la vejez, les representaría salud y otros estados deseables del estar en esa edad.

1.4.2 Auto-estereotipos, auto-prejuicios y actitudes a la vejez.

El auto-estereotipo se refiere básicamente a que el individuo se apropia del estereotipo, lo internaliza en su mente, lo hace implícito, explícito y lo reproduce.

El auto-estereotipo, particularmente considero que también puede ser explicado desde la teoría de la despersonalización, que menciona que se trata de un proceso en el que un individuo, en este caso el viejo, hace implícito el estereotipo grupal, con lo cual va perdiendo identidad social e incrementando la conciencia de pertenencia a un grupo; al mismo tiempo, el estereotipo grupal, se incorpora de manera saliente o central a su imagen, a su autoconcepto y a su autoestima (Turner, 1993).

Una vez que el auto-estereotipo ha sido elaborado lo que le sigue es el auto-prejuicio, con el que el adulto mayor se enjuiciará, siendo al igual que el prejuicio, anticipado y carente de todo conocimiento; consecuentemente llevando al viejo a ser preso de actitudes negativas a hacia la vejez, y hacia su propia vejez.

En este sentido las actitudes negativas a la vejez son el grado en que el tema de vejez evoca asociaciones negativas, cuando se trata de ideaciones sobre el propio envejecimiento y el de terceros (Hernández-Pozo, Torres, Coronado, Herrera, Castillo y Sánchez, 2009). Por su parte Aroldo (1976) sugiere que las actitudes se forman a través del refuerzo para cumplir determinadas funciones y bajo el control de un principio general de consistencia cognitiva. Siguiendo a este autor, las actitudes a la vejez son definidas de manera tentativa como una organización duradera de creencias y cogniciones, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de la vejez y que predispone a una acción coherente con dichas cogniciones y afectos (Dorina y Rodríguez, 1988).

Los prejuicios se pueden definir como “el juicio anticipado sin fundamento de una situación o de las características biológicas, psicológicas y sociales, hacia los viejos y la vejez”. En tanto que el auto-prejuicio será el propio juicio, siendo también anticipado y sin fundamento alguno que hace el viejo sobre tras la concepción de su propia persona.

Los auto-estereotipos y auto-prejuicios, tanto positivos como negativos, funcionan determinando las actitudes de los ancianos, e impactando en las relaciones con los demás y en las decisiones que toman en el auto cuidado para procurar un envejecimiento sano y activo.

Con relación a lo anterior, se encontró en el estudio realizado por Levy, et al. (1995), de corte longitudinal, que las personas con una percepción positiva de la vejez viven hasta 7.5 años más en promedio que las personas que tienen una imagen negativa de la misma. Diferencias que se mantuvieron incluso cuando manejaron covariables como la de la salud, la funcionalidad, el nivel socio-económico y el aislamiento, por lo cual concluyeron que la percepción positiva influye en una mayor longevidad.

Suceso que podría explicarse al observarse en adultos mayores que mantienen una percepción positiva de la vejez, que también le encuentran buen sentido a la vida proyectándolo en su estado anímico, en sus actitudes y en las decisiones que toman para el cuidado personal.

Levy (2000) señaló que los auto-estereotipos implícitos del envejecimiento podrían verse activados por muchas de las manifestaciones de los estereotipos sociales y, a la inversa, las manifestaciones de los auto-estereotipos son percibidos por lo demás, existiendo de esta manera, una naturaleza recíproca para este intercambio automático entre los estereotipados y los auto-estereotipos.

En términos generales, los estereotipos y los prejuicios se originan en una estructura socio-cultural, a la que se entra desde el nacimiento y se termina en el momento de la muerte (Levy, 1995). El individuo miembro de esta sociedad durante el periodo de crecimiento se desarrolla en un constante proceso de socialización intercambiando pensamientos y sentimientos que va añadiendo a su vida.

Desde este punto de vista se puede decir que el origen cognitivo de prejuicios y estereotipos tiene su base en la estructura sociocultural, de la cual forma parte el viejo, y la que le asigna una representación, que es reconocida y asimilada por el viejo.

Moscovici (1973) señala que las representaciones sociales se entienden como sistemas de valores, ideas y prácticas que tienen dos funciones: la primera es establecer un orden que capacita a los individuos para orientarse en su mundo material, social y dominarlo; la segunda, es hacer posible la comunicación para que puedan tomar parte en ella los miembros de una comunidad proveyéndoles de un código para nombrar y clasificar de manera ambigua los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y de grupo (Moñivas, 1994).

Asimismo se puede mencionar que la imagen que socialmente se ha creado de los viejos de una comunidad funciona como determinante sobre las actitudes que se tome hacia ellos y de la posición social que disfrutan en dicha comunidad. En este sentido mantener prejuicios e imágenes negativas no basadas en hechos comprobables, si no en el desconocimiento y en la deformación de las potencialidades de las personas mayores por la sociedad, constituye el primer paso hacia la discriminación real de las personas, siendo peor cuando el adulto mayor acepta tales estereotipos y los incorpora a su visión personal (CELADE-CEPAL, 2006).

En este sentido, el viejismo bajo el esquema de la sociedad neoliberal occidentalista se constituye por cuatro puntos importantes (CELADE/CEPAL, 2006; Mendoza-Núñez, 2008) que refuerzan y potencializan los estereotipos y prejuicios, estos son:

- el temor a la muerte;
- el énfasis en una cultura de juventud;

- el énfasis en la productividad;
- los enfoques en el estudio del envejecimiento.

El primer punto se relaciona con el temor infundido al hecho de morir, alejando cada vez más la idea de que el ciclo vital humano concluye con la muerte, sin importar la edad. Por lo tanto, al hablar de vejez hay una asociación automática de que el paso que sigue es la muerte, motivo por el cual se promueve evitar llegar a la vejez sin importar lo que tenga que hacerse.

No obstante, la sociedad occidentalista incurre al enmascaramiento de los viejos llamándolos personas de la tercera edad o adulto mayores, promoviendo de esta manera su invisibilidad, dando como resultado una de las primeras características del viejismo “la exclusión o discriminación social” que se acomoda al modo de producción neoliberal (Ferrero, 1998).

En el segundo punto se refiere a la belleza física de la juventud, a la que se da un énfasis extremo que no se ajusta al contexto de la realidad, paradójicamente, se atribuye la fealdad y decrepitud a la vejez. Cuestión que termina en frustrar y segrega al anciano por no poder atender a esos patrones culturales (Ferrero, 1998).

Este punto, al igual que el anterior, tienen como fin responder a las demandas neoliberales, para favorecer la industria cosmetquera, las clínicas que ofrecen cirugías para eliminar todo tipo de expresión de vejez, a los laboratorios que ofrecen productos con altos contenidos de antioxidante etc., todos lanzando productos y remedios antienvjecimiento en diversas presentaciones, con lo que se tiende a mitificar a la persona joven, con todos los atributos que le son característicos en la actual sociedad (Gascón, 2009, p.101-106). De manera contraria, ofrece una visión subordinada de los ancianos afectándolos

negativamente, al hacer creer que estar viejo es algo malo, vergonzoso o indeseable, que es preciso evitar o en su defecto tratar de ocultar.

El siguiente punto, la productividad, obedece a la parte del sistema mercantilista en el que el adulto mayor ante la poca o carente preparación para el trabajo y la disminución de la fuerza física, se le coloca en el plano de lo obsoleto, la inutilidad, e improductividad (Gascón, 2009) conduciendo un reforzamiento de viejismo que recuerda al anciano que su fuerza física y capacidad laboral han cesado por su edad, por lo que debe excluirse él solo de las actividades que requieren de estas capacidades; observándose una clase de viejismo que concuerda con la teoría de la desvinculación.

Como último punto, corresponde al habitual enfoque que se da al estudio del envejecimiento, el enfoque biologicista y economicista hegemónico, que influyen fuertemente al presentar al viejo con fines de estudio, como un cúmulo de órganos y sistema que se deterioran significativamente a medida que se es viejo, (Ferrero, 1998).

Contrariamente, lo que afecta al adulto mayor, no son los cambios corporales en sí mismos, ni los síntomas somáticos, es la vivencia negativa que se hace que tengan de ellos, consecuente de la representación social de la comunidad, que les genera temor ante la pérdida del bienestar físico (Moñivas, 1998).

No obstante, el temor a la vejez se acrecienta cuando en la sociedad se la puede presentar solamente a través de tipificaciones como son, fealdad, enfermedad, pérdida de capacidades, chochez, inutilidad, decadencia y muerte, que alejan cada vez más a las personas de la experiencia real de vivir la vejez, puesto que esta presentación responde a intereses de orden económico y social, con abundante estereotipación negativa.

Las actitudes y las imágenes implícitas y explícitas en los viejos, van más allá de la teoría. Al respecto, en el estudio de Gómez (2006), para conocer la parte subjetiva de la vejez consistió en la aplicación de entrevistas a adultos mayores con motivo de conocer que entendían por viejo. En las respuestas obtenidas mencionaban que ser viejo es ser “inservible, achacoso, senil e improductivo, mientras que otros argumentaban que preferían primero la muerte antes de sufrir una agonía prolongada caracterizada por dolor, lástima y sufrimientos de muy diversa naturaleza.

Esta representación del imaginario social puede escucharse frecuentemente en viva voz entre ancianos, debido a la percepción generalizadora que han elaborado de la vejez, que denota, el alejamiento de la realidad cuando piensan en lo que es ser viejo puesto que lo hacen como algo externo deseando nunca les llegue; presuponen que la vejez ha llegado a aquellos, a los otros, a los que presentan esas características, suponen que llegar a la vejez implica necesariamente una carga negativa de, minusvalía, enfermedad, incapacidad y dependencia,.

En un estudio que se llevó a cabo en cuatro ciudades de la ciudad de México para conocer el significado de la vejez a partir de sus experiencias vividas, encontró que la auto-percepción variaba estando relacionada con la familia, la economía, las redes sociales y la salud. Se señala que en el contexto de la sociedad mexicana al igual que otros países como Chile, se ha generado un “acondicionamiento cultural” que considera “enfermos” a los ancianos, a tal grado que el deterioro de la salud, la enfermedad y el sufrimiento lo toman como parte natural de la vejez. Asimismo se expone que entre los significados que dieron a la vejez sobresalieron: una etapa de soledad, abandono y pérdida (Snyder, 2006; Morales, 2006; Treviño-Siller, 2006).

En su obra "*Growing Old*", Cuming y Henry (1961) establece que durante la etapa de la vejez, ocurre de manera natural una disminución de la actividad social, debido a un proceso universal, recíproco e inevitable de aislamiento a partir del decrecimiento de su participación en la configuración de papeles que ejecutaban décadas atrás. Su explicación la basaron en el estudio que realizaron en la región de Kansas City, que consistió en la aplicación de una encuesta y a base de entrevistar a personas de 65 años de edad o más. Concluyeron que el número y la frecuencia de las interacciones sociales de los entrevistados mostraban una merma significativa con el envejecimiento, en quienes se notaba un desapego emocional hacia la sociedad.

La teoría propuesta habla de que este retiro psicológico, social y emocional de las personas de edad avanzada es funcional para la sociedad y para el individuo envejecido, porque le permite a la sociedad hacer campo a individuos jóvenes, más energéticos y productivos, y al mismo tiempo que permite a los viejos prepararse para la muerte -el desapego final- (Gózález, 2001).

Los resultados mostrados en los estudios anteriores coincidentes con la teoría del desapego o desvinculación, que albergó por muchos años la idea de pérdida y decadencia, redujo las expectativas que podían tener los individuos en la sociedad. Sin embargo, la evidencia empírica aunada a la evidencia científica mostró total desacuerdo con dicha teoría señalando que se trata de una visión viejista.

Por su parte, Stuar-Hamilton (1991) mencionó que se trataba de una generalización tomada como rasgo universal, la cual, no era posible puesto que esa ruptura social se limita a los viejos que desde su juventud han tenido por costumbre vivir aisladamente, en tanto que -argumentó- el aislamiento se debe también a problemas de diferente índole, como son: una acentuada disminución de

los sentidos, enfermedades incapacitantes, pérdidas de seres queridos, disminución de la actividad laboral, u otras cuestiones que se les van presentando.

No obstante, en respuesta a la teoría del desapego se planteó que lo mejor para los viejos era mantenerse activos, tanto, como sus posibilidades se los permita, la cual se fundamentó con la teoría de la actividad, que sugiere: la satisfacción vital es mayor en las personas que tienen una participación activa en la sociedad.

Ante esta propuesta, Stuar-Hamilton (1991), señaló, que esta teoría era tan poco convincente, como el argumento que intentó sustituir. Puesto que puede describir estrategias óptimas para algunos individuos, pero no para todos. Por lo que para saber que sería lo mejor durante la vejez es conveniente considerar otros factores, como son: la situación económica, la salud y los tipos de personalidad.

En resumen, ambas teorías se arraigaron en la sociedad, al ser aceptadas y puestas en práctica sin haberlas cuestionado, afectando la percepción que se tiene de la vejez, el envejecimiento y los viejos, impactándoles en la vida personal, social, bienestar y calidad de vida.

De ahí que el anciano que aceptó la teoría de la desvinculación como un proceso natural del ciclo vital, tiende a aislarse, a disminuir sus contactos sociales, se empieza a sentir menos motivado y va propiciando gradualmente una progresiva y definitiva desvinculación social que lo prepara para esperar su muerte como única alternativa en la última etapa de la vida.

Se ha observado empíricamente que este fenómeno vivencial no ha sido deseado ni buscado con plena conciencia, puesto que no es una actitud propia de la edad, teniendo como causa, impedimentos físicos o mentales, barreras sociales

y arquitectónicas del medio ambiente que habitan, que los posiciona ante una situación excluyente que limita su participación en la sociedad.

Por otra parte, con motivo de comprender y explicar la parte subjetiva de la vejez se llevó a cabo un estudio para medir el autoconcepto de adultos mayores, en el cuál, se encontró baja asociación entre las limitaciones sentidas y la edad, y alta asociación entre sentirse en buenas condiciones físicas y la edad, siendo mayor el número de respuestas en esta última asociación. En las respuestas más sobresalientes los participantes resaltaron sus habilidades personales: “servicial, colaborador, sincero, cariñoso, tranquilo, alegre, trabajador, entre otros”, reportaron haber encontrado un autoconcepto positivo. Mismo que puede entenderse como el conjunto de conocimientos que la persona posee sobre sus propias características a partir de su historia personal y de sus experiencias grupales (identidad individual).

Finalmente, también la evidencia científica sugiere que *la percepción, el autoconcepto o auto-imagen* del adulto mayor y el viejismo, guardan amplia relación con el sistema político-económico actual, el contexto sociocultural e ideológico, y las circunstancias del lugar y tiempo en que se desarrolla (Parales, 2002).

1.5 Abordaje del Programa de Envejecimiento Saludable para la Prevención y control de DM 2 e HTA.

La gerontología es una disciplina científica que estudia el envejecimiento, la vejez y al viejo, tiene como tarea fundamental, mantener la funcionalidad física, mental y social de los adultos mayores el mayor tiempo posible, disminuir las

discapacidades, para fomentar un envejecimiento autónomo, con dignidad y calidad de vida.

No obstante, la salud durante la vejez, no sólo ha sido concebida como la ausencia de enfermedad, sino más bien, como algo que se construye desde la cotidianeidad buscando alcanzar un ese estado de bienestar, físico, mental y social, teniendo siempre como fin mejorar la calidad de vida.

Partiendo de estas posturas e inscribiéndose en el marco del Envejecimiento Activo, se han elaborado programas dirigidos a este sector poblacional, por parte de instituciones públicas como privadas, fijando entre sus objetivos, lograr el máximo de salud y bienestar en la vejez, y mejorar la calidad de vida (**Cuadro 1.5.1**).

En este sentido, la promoción de la salud es la estrategia imprescindible en la intervención desde diferentes niveles de la sociedad, a través de la educación para la salud, lo cual implica accesibilidad y corresponsabilidad, toma de conciencia y amor al propio ser, aprecio por la vida propia y por lo que la conforma y, la sociabilidad.

Cuadro 1.5.1. Programas gerontológicos para el fomento de un envejecimiento saludable.

| Autor | Título | Finalidad | Hallazgos |
|---|---|--|---|
| Camacho. Gámez, Flores, Guerrero, (2008). | Programa de Envejecimiento Activo IMSS. | Propiciar el envejecimiento activo a través del fortalecimiento de las capacidades personales, familiares, profesionales y de las redes de apoyo familiares e institucionales y comunitarias con la finalidad de mejorar la calidad de vida con salud, independencia y dignidad, y la participación social organizadora de servicios de atención a personas mayores. | <p>Diseño del Plan Gerontológico Institucional (PGI) 2006-2025 que reconoce el hecho de que la salud sólo puede crearse y mantenerse mediante la participación de la persona, de las familias y comunidades, con el apoyo de múltiples sectores.</p> <p>El PGI se sustenta en cuatro anhelos para la vejez: estar sano, valerse por sí mismo, tener solvencia económica y estar acompañados. Asimismo considera tres programas básicos: envejecimiento saludable, envejecimiento en casa y atención social a la salud.</p> <p>Con base al PGI, el IMSS reestructura y organiza el primer Centro de Estudios y Atención Gerontológica, que ofrece el Servicio de Valoración Gerontológica Integral e Interdisciplinaria.</p> |
| Moreno, Verjan. (2009). | Programa de Envejecimiento Saludable del ISSSTE. | Promover una mejor calidad de vida para los adultos mayores, orientada hacia la prevención, control y disminución de discapacidades y enfermedades de mayor prevalencia. | La importancia de organizar los grupos de autoayuda (diabetes, Hipertensión arterial, obesidad). La divulgación con temas sobre estas enfermedades. |
| Mendoza-Núñez, VM. y Martínez-Maldonado, ML. (2008). | Programa de envejecimiento Saludable para la Prevención y Control de DM 2 e HTA, en el marco del Envejecimiento Activo. | Promover el envejecimiento saludable a nivel comunitario, considerando la influencia de la representación social de la vejez. | La disminución de la carga estereotipada de la vejez al transmitir conocimientos gerontológicos sobre el proceso del envejecimiento, y su influencia en cuidado de la salud. |
| Murillo, AC., y Rapso, M. (2005) | Trabajo social: un enfoque gerontológico en programas desarrollados en instituciones de educación superior dirigidos a la población mayor de 50 años. | Plantear una propuesta de intervención desde el Trabajo social en los programas dirigidos a los adultos mayores en Costa Rica. | El Trabajador social debe propiciar niveles de participación social, activa, empoderar a los actores, movilizando recursos, mediante procesos de capacitación y desarrollo de habilidades. |
| Instituto Providencial de Bienestar social. Diputación de | Programa de Programa Provincial de Envejecimiento Activo. | Mejorar las condiciones de vida de las personas mayores poniendo en marcha acciones tendentes a mejorar la esperanza de vida saludable: | Importancia en su trabajo al formar hábitos saludables de salud y potenciar las capacidades cognitivas. |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Córdoba, (2012). | | Dotar a los mayores de conocimientos sobre los procesos de envejecimiento y sus consecuencias; promover la participación activa; dotar de estrategias para el envejecimiento activo. | |
| Sociedad Cubana de Gerontología y Geriatria, (1959). | Programa de Atención al Adulto Mayor. Subprograma: Atención Comunitaria al Adulto Mayor. | Contribuir a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor, mediante acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación. La finalidad del subprograma: mejorar la salud de la población de 60 años y más, aumento de la vida activa, mediante el tratamiento preventivo, curativo y rehabilitador. | Al adaptándose a los nuevos conceptos gerontológicos, asegura la participación activa de la familia y la comunidad, dejando fuera los antiguos patrones gerontológicos de institucionalización de los viejos. Desarrollar actividades educativas destinadas a cambiar la imagen que tiene el anciano de sí mismo y de la sociedad. Capacitación de asistentes sociales para prestar servicio domiciliario en el hogar para reducir la institucionalización del adulto mayor. |
| Cosme, (1914). | Programa de envejecimiento saludable: envejecer en plenitud. | Adquirir las herramientas que les permitirán experimentar un proceso de envejecimiento pleno y activo. | Concentración de adultos mayores con finalidad de invertir los daños físicos secundarios a enfermedades crónicas, por medio de la práctica de Yoga. |
| Fernández-Ballesteros., Caprara, J., Iñiguez, y L.F., García, (2005). | Vivir con Vitalidad | Promocionar un envejecimiento positivo (activo, con éxito, competente, satisfactorio u óptimo). | Ha demostrado que las personas mayores de 60 años que participan en el programa, han logrado cambios comportamentales (en los estilos de vida) en el sentido esperado. Los temas del programa se agrupan en cuatro áreas generales que tienen que ver cómo cuidar el cuerpo y la mente, cómo desarrollar la efectividad y el sentido de control, y cómo ampliar la implicación social. |
| Ministerio de Salud de la Nación de Argentina (MSAL) (2007). | Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores. | Fortalecer la accesibilidad al sistema de salud y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con el enfoque Envejecimiento Activo. | Promover la divulgación de módulos de conocimiento sobre la promoción de la salud a través de hábitos saludables, para la prevención de enfermedades y guías clínicas para la atención de los ancianos. La capacitación de recursos humanos en salud en tema de envejecimiento, gerontología y geriatría. Impulsar acciones de información y comunicación con el fin de instalar el tema en la agenda pública y concientizar a la población en general. |

De acuerdo al Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (2011), en México el envejecimiento poblacional se caracteriza por la coexistencia de enfermedades crónico-degenerativas, aunadas a enfermedades transmisibles y desnutrición, conformando una mezcla de condiciones que representa un riesgo desconocido en cuanto a la discapacidad que puede presentar la población que sobrevive hasta edades avanzadas, y a la respuesta de los sistemas de salud.

Bajo este contexto, en 2010, la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM., Mendoza-Núñez, y Martínez-Maldonado propusieron un Programa de Envejecimiento Saludable para la Prevención y control de DM tipo 2 e HTA, inscrito en el marco del Envejecimiento Activo.

En este sentido, con el término activo se hace referencia a la participación continua y diferenciada de los adultos mayores; al reconocimiento de sus capacidades; a su reconocimiento en la sociedad; al reconocimiento de que continúan formando parte de su familia, de la comunidad y que deben gozar de los beneficios sociales.

Marco referencial que reconoce en los adultos mayores un capital social, no un problema, por lo que su participación debe ser acorde a su edad, a su condición, a su experiencia de vida y laboral, a sus intereses y capacidades, ejemplo de las actividades en las que pueden participar son las que se mencionan a continuación:

- Actividades recreativas.
- Actividades de carácter voluntario, remuneradas o sin remuneración.
- Actividades familiares, culturales, educativas, comunitarias y sociales.
- Actividades de consultoría, asesoría u organización de pequeñas proyectos productivos, etc.

El punto asequible a alcanzar, al estimular e impulsar la participación activa de los adultos mayores por medio de las acciones gerontológicas es, la calidad de vida, que incluye la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características de su entorno. La calidad de vida es definida por la OMS como “la percepción individual de la posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive, en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”.

Ante este esquema, con un sentido crítico, queda elaborado el Programa de Envejecimiento Saludable, cubriéndose los criterios necesarios para poder ser implementado en comunidades siguiendo un modelo de atención a núcleos gerontológicos; en los que la participación activa de los adultos mayores es el elemento central en cada una de las sesiones informativas, que promueven las estrategias de autocuidado, ayuda-mutua y autogestión.

El **Envejecimiento Saludable** se define como “el proceso mediante el cual las personas adultas mayores, adoptan, adecuan o fortalecen estilos de vida que les permiten lograr el máximo de bienestar, salud y calidad de vida a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formales e informales, en el marco del envejecimiento activo”, Mendoza (2010). (Figura 1.5.1).

El programa de envejecimiento saludable tiene como objetivo, prevenir y controlar las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la vejez, considerando la funcionalidad física, mental y social como elemento clave de la salud.

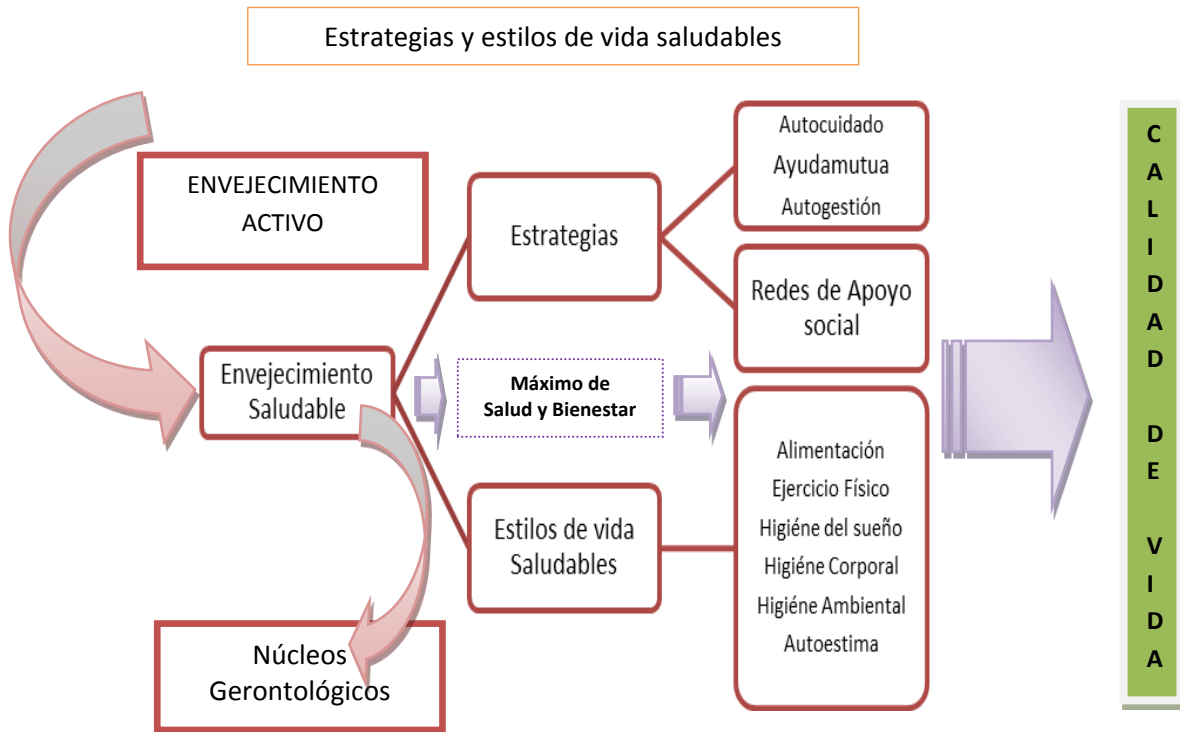


Figura 1.5.1. El esquema muestra las estrategias y los estilos de vida saludables que se implementaron a los núcleos gerontológicos en el programa de envejecimiento saludable, enmarcado en el envejecimiento activo, para prevenir o controlar la DM y la HTA. Teniendo como objetivo lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida.

Para hacer operativo dicho objetivo, la Unidad de Investigación en Gerontología diseñó un modelo de atención comunitaria para las personas adultas mayores, cuyas bases se centran en el autocuidado, ayuda mutua y autogestión.

El modelo comprende una Unidad de Atención Primaria Gerontológica, como uno de los elementos de la red de apoyo social responsable de formar promotores

para el desarrollo integral gerontológico. Los promotores son adultos mayores sin limitaciones físicas ni mentales, quienes a la vez tienen la tarea de coordinar los grupos de ayuda-mutua denominados **Núcleos Gerontológicos** (NG), integrados por un mínimo de 10 y un máximo de 15 integrantes, los cuales se agrupan por afinidad y cercanía geográfica. Los NG se rigen bajo los principios de autocuidado, ayuda-mutua y autogestión, Mendoza, (2008).

Las estrategias y los estilos de vida saludables son transmitidos a los NG en sesiones informativas, funcionando como herramienta sustancial en el proceso de *empoderamiento* de los adultos mayores. En el proceso de enseñanza aprendizaje, se partió de la postura pedagógica *constructivista*, puesto que permite hacer partícipes a los adultos mayores en la construcción de sus propios conocimientos, beneficiándose de esta manera para contar con elementos básico en el cuidado y fortalecimiento de su salud.

La perspectiva constructivista de la educación converge con enfoques psicopedagógicos de la educación, son: el cognitivo, principalmente con los aportes de la teoría genética del desarrollo intelectual de Piaget (denominado constructivismo psicogenético); las teorías del procesamiento humano de la información como la de Gané; la teoría sociocultural de Vygotsky (denominado constructivismo sociocultural). La figura (1.5.2) muestra una clasificación de las diferentes aproximaciones constructivistas elaborada por Moshman (1982).

El constructivismo es una epistemología, es decir, una teoría de cómo los humanos aprenden a resolver los problemas y dilemas que su medio ambiente les presenta, intenta dar explicación de la naturaleza del conocimiento humano.

Asume que nada viene de nada, es decir que conocimiento previo da nacimiento a conocimiento nuevo. En ese sentido, le da a la palabra “conocimiento” una connotación muy general, que incluye todo aquello con lo que el individuo ha estado en contacto y se ha asimilado dentro de él, no solamente conocimiento

formal o académico. De esa manera, creencias, prejuicios e información, atadas a la memoria por asociación y repetición, son tan importantes en el juego del aprendizaje.



Figura 1.5.2. Algunas de estas aproximaciones constructivistas consideran que la adquisición del conocimiento es un proceso gradual que tiene lugar en el propio sujeto, otras, que la interacción social es determinante en este proceso cognitivo progresivo, sin embargo todas tienen como principio rector la construcción activa del conocimiento por los sujetos.

1.5.1 Estilos de vida saludables y estrategias que fomentan el envejecimiento saludable.

El programa de envejecimiento solidifica sus acciones con estilos de vida saludables, de los cuales, la experiencia científica demuestra amplios beneficios al llevar a la práctica cotidiana: una alimentación saludable, ejercicio físico, higiene del sueño, higiene corporal, higiene ambiental y mejorar el autoestima, ya que evitan o controlan los factores que causan las enfermedades crónicas. Aunados a ellos, se promueven las estrategias de autocuidado, ayuda mutua, autogestión y las redes de apoyo social (RAS), que privilegian el envejecimiento saludable, al prevenir o controlar la DM tipo 2 y la HTA (Rosado, 2011; Lagunas, 2012).

A continuación se hace una breve descripción de cada uno de estos hábitos y de las estrategias que se desarrollan durante las sesiones gerontológicas.

1.5.1.1 Alimentación.

Llevar una alimentación equilibrada, suficiente en cantidad y calidad, aporta los nutrientes necesarios que el organismo necesita para su vital funcionamiento; además, asociada a la práctica de ejercicio físico reduce el riesgo de enfermar y mantiene o mejora el estado de salud.

La evidencia científica ha demostrado que el consumo inadecuado o insuficiente de alimentos acarrea adelgazamiento, sobrepeso u obesidad, implicando ambos, riesgo para la salud. La desnutrición por déficit de energía, manifestada en el adelgazamiento corporal, se presenta de un 3 a un 15%, y el sobrepeso en más del 40% en los adultos mayores que son aparentemente sanos, (Correa, 2008). En tanto que una alimentación equilibrada ayuda a prevenir enfermedades en todas las etapas de la vida, como son; la obesidad, la

hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la anemia, la osteoporosis y algunos cánceres. La alimentación saludable permite a los viejos tener una mejor calidad de vida.

En este sentido, una alimentación saludable requiere tomar en cuenta las necesidades de cada persona o del grupo poblacional, de los que debe considerarse, la edad, las características socio culturales, el género, la situación económica, el estado de salud y la zona geográfica.

Singularmente, en la vejez, los cambios biológicos propios que ocurren en el aparato digestivo, repercuten en la absorción de nutrimentos, puesto que se encuentran disminuidos debido a una producción deficiente de saliva, a la reducción de las sustancias que digieren los alimentos y el natural deterioro de la capa de mucosa que cubre el tubo digestivo, en este periodo también la masticación de los alimentos tiende a disminuir.

Por otra parte, los estados emocionales y afectivos durante el envejecimiento son otros de los importantes factores causantes que pueden estar afectando el consumo de alimentos, por lo tanto, perjudicando su estado nutricional.

De los alimentos se obtienen los nutrientes que el organismo necesita para su vital funcionamiento –la movilidad, cargar objetos, pensar, hablar-. Los alimentos están divididos en 3 grupos: verduras y frutas; cereales y tubérculos; leguminosas y alimentos de origen animal. (Figura 1.5.3).

La combinación adecuada y suficiente de por lo menos de un alimento de cada grupo en cada una de las comidas, es la manera de obtener una alimentación saludable.

El agua es un elemento vital, que debe formar parte importante dentro de la alimentación, puesto que el consumo suficiente contribuye a la absorción de nutrientes y digestión evitando la constipación. Esta se puede obtener de muchas

maneras en la dieta: como son en agua natural, agua preparada con frutas o en forma de jugo, te, café, leche, atole, consomés etc., No obstante, es importante motivar su consumo en el envejecimiento porque el reflejo de la sed se ve disminuido.




| Alimentos | y la | Aportación de nutrientes al organismo |
|---|---|---|
| Verduras y frutas | | |
| <p>Verduras: espinacas, acelgas, verdolagas, quelites, flor de calabaza, nopales, brócoli, calabaza, chayote, alcachofa, zanahoria, aguacate, pepino, lechuga etc.</p> |  | <p>Vitamina C, ácido fólico, carotenos, vitamina K y minerales (potasio y hierro) antioxidantes, agua, fibra dietética y minerales.</p> |
| <p>Frutas: melón, papaya, guayaba, zapote, plátano, jícama, ciruela, mamey, uvas etc.</p> | | |
| Cereales y tubérculos | | |
| <p>Cereales: trigo, maíz, arroz, avena, amaranto, centeno, cebada y sus productos derivados como la tortilla, el pan, las pastas.</p> |  | <p>Carbohidratos que aportan un alto contenido de energía y algunos contienen fibra.</p> |
| <p>Tubérculos: papa, camote, yuca.</p> | | |
| Leguminosas y alimentos de origen animal | | |
| <p>Leguminosas: garbanzo, lentejas, habas, frijol, alubias.</p> |  | <p>Proteínas que construyen, mantienen y reparan el organismo, así como aporte de minerales (zinc, hierro, calcio entre otros, y vitaminas como la vitamina A y varias del complejo B).</p> |
| <p>Alimentos de origen animal: huevo, leche, queso, pescado, mariscos, pollo, res, cerdo, pato, conejo entre otros.</p> | | |

Figura 1.5.3. Cada uno de los grupos de alimentos tiene la misma importancia, ya que cada uno proporciona sustancias distintas que son indispensables para el mantenimiento de las funciones del cuerpo.

1.5.1.2 Ejercicio físico.

Otro elemento importante en los estilos de vida saludables es el ejercicio físico, que tiene efectos positivos sobre el organismo y por lo tanto en la salud. Existen evidencias sobre su práctica regular asociado a una alimentación sana modifica los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento usual o frágil al minimizar la pérdida de masa muscular, la fuerza física; al disminuir los niveles de glucosa, colesterol, triglicéridos y al mejorar la capacidad de perfusión, de la respuesta homeostática y el mejoramiento del sistema inmunológico; también se han demostrado que controla la tensión arterial sistólica y diastólica y evita enfermedades crónicas comunes en el anciano, que está asociado a la mayor longevidad y que es recomendado en el tratamiento primario o adjunto a diversos padecimientos y su práctica a largo plazo incrementa la funcionalidad, (González-Chávez., Lara-Esqueda., Carmona-Soliz., Cerezo-Goiz., Hernández, 2001)

1.5.1.1 Higiene del sueño.

El sueño es un proceso fisiológico regulado por el cerebro, durante el cual algunos órganos y sistemas se mantienen en reposo y recuperación. Las horas de sueño deben ser por la noche, ya que en ese tiempo aumenta la producción de algunas sustancias requeridas para mantener en equilibrio las funciones del organismo.

No obstante el sueño, es uno de los importantes elementos que se ve afectado en la vejez por el envejecimiento cerebral, por factores ambientales, psicosociales, laborales y nutricionales.

Durante el proceso normal del envejecimiento, el sueño se va modificando; disminuye su duración y su calidad es afectada, de tal manera que, el promedio de tiempo que suelen dormir los viejos es de seis horas siendo superficiales y con

múltiples despertares, además de dificultarse su conciliación y mantenimiento (Arronte, 2008).

El uso de fármacos, las bebidas con alcohol, el tabaco, la inactividad física, la obesidad, los estados depresivos o el padecimiento de alguna otra enfermedad, suelen ocasionar trastornos del sueño.

Asimismo, los problemas económicos, la pérdida del trabajo, la pérdida de familiares, amigos y de mascotas; los conflictos familiares, las preocupaciones y la soledad, son un grupo de factores psicosociales que también influyen en la alteración del sueño de los adultos mayores.

Con la higiene del sueño se busca mejorar los hábitos de sueño, por medio de la adopción de todas aquellas medidas encaminadas a conseguir un sueño de calidad que permita al viejo un descanso reparador y de calidad.

Para conseguir una adecuada higiene del sueño lo primero que se debe hacer es cambiar los hábitos negativos por los hábitos higiénicos del sueño. (Figura 1.5.4).

Finalmente, al adulto mayor le queda la tarea de adoptar hábitos positivos encaminados a alcanzar la higiene del sueño, para reducir con ello los problemas fisiológicos y de salud que se pueden desencadenar al sufrir trastornos del sueño: como son: insomnio (dificultad para iniciar o mantener el sueño), hipersomnias diurnas (la sensación de exceso de sueño durante el día) y parasomnias (que son las disfunciones que se presentan durante el sueño, como son, sonambulismo, pesadillas y miedos nocturnos) (Arronte, 2008).

1.5.1.4 Higiene corporal y ambiental.

El objetivo que se persigue con la higiene corporal o personal es, concientizar a los adultos mayores de la trascendencia de mantener la piel, la boca y las uñas libres de gérmenes (parásitos, bacterias, hongos), puesto que son agentes causantes de enfermedades infecciosas y gastrointestinales y que se pueden evitar con medidas higiénicas, como son, la ducha, aseo bucal, lavado de manos y el recorte de uñas.

Hábitos sobre la higiene del sueño

Hábitos negativos del sueño

Ingesta de alcohol, cafeína o tabaco
 Sedentarismo o ejercicio extenuante antes de dormir
 Tomar líquidos abundantes por la tarde noche y antes de irse a dormir.
 Siestas prolongadas durante el día
 Cenar de manera sustanciosa.
 Abuso de somníferos.
 Acostarse pensando en los problemas familiares, financieros, laborales.
 Usar ropa inadecuada para dormir.
 Tener un dormitorio desordenado, poco aseado, con mucha luz o ruido.
 Irse a la cama sin tener sueño.

Hábitos higiénicos del sueño

Establecer un horario regular para acostarse y levantarse.
 Evitar las siestas durante el día.
 Evitar quedarse despierto en la cama, más del tiempo necesario.
 Evitar actividades estresantes en las horas previas de acostarse.
 Evitar comidas copiosas antes de irse a dormir.
 Evitar el consumo de alcohol, cafeína e hipnóticos.
 Realizar ejercicio físico moderado aprovechando la luz del día.
 Mantener la habitación en condiciones adecuadas para dormir (ventilación, temperatura, luz, ruidos).
 Practicar ejercicios de relajación.

Figura 1.5.4. La higiene del sueño consiste en adoptar todos aquellos hábitos que permiten tener un sueño reparador y placentero, en contraste con los hábitos negativos que a largo plazo son factores causantes de problemas en el funcionamiento fisiológico y neuropsicológico provocando trastornos del sueño.

La higiene corporal forma parte del autocuidado del adulto mayor. En él se incluye el baño diario para el cuidado de la piel. Esta, es el órgano más complejo del cuerpo, con el paso del tiempo va perdiendo elasticidad, presenta una disminuida cantidad de agua, se observan pliegues y arrugas debido a la pérdida de grasa. Aumenta la sensación de dolor y variaciones en la temperatura.

A través del baño, se evita desprender olores desagradables y enfermedades dérmicas, por lo que la piel debe secarse bien para evitar hongos.

Asimismo, el aseo bucal reduce la pérdida de piezas dentales por caries y la alostasis que comúnmente, tras la ignorancia, son asociados a la vejez. La boca es una de las zonas corporales que alberga una gran cantidad de microorganismos que se alimentan de los residuos de los alimentos, los cuales deben ser eliminados periódicamente para evitar infecciones locales bacterianas, hongos o enfermedades sistémicas, como por ejemplo la endocarditis bacteriana que es la inflamación del corazón.

Un aseo inadecuado y la falta de atención odontológica, afectan la salud bucal, provocando a los adultos mayores inseguridad al hablar, dificultades para comunicarse por falta de piezas dentales o por la alostasis, además de causarles problemas en la trituración de los alimentos y digestivos. Mantener una boca sana bajo supervisión odontológica, cuidando y reponiendo piezas dentales, ayuda en la masticación de los alimentos además de dar una mejor apariencia y seguridad al hablar y sonreír.

El aseo de las prótesis dentales también es indispensable porque en ellas se acumulan residuos que pueden dañar la mucosa y las piezas dentales con que se apoyan. Deben lavarse al igual que la boca después de cada alimento.

El lavado de manos, el recorte y limpieza de las uñas debe ser de manera constante, se recomienda cortarlas cada quince días, para evitar contraer enfermedades gastrointestinales producidas por gérmenes o bacterias que son

frecuentes en la vejez. Las manos se deben lavar con agua y jabón principalmente antes de consumir alimentos, después de la micción y defecación, secándolas totalmente y usando crema para evitar excoriaciones por la resequedad.

Durante el envejecimiento las uñas de los pies se van engrosando y crecen más lentamente que las uñas de las manos, por lo cual, se deben recortar cada mes para evitar tener hongos que causan mal olor, infecciones cutáneas o uñas enterradas y lesiones que pueden provocar píte diabético en los adultos que padecen diabetes. Para mantener los pies en buen estado es recomendable asistir al podólogo, o recortar las uñas en casa. En este caso se usa agua tibia con bicarbonato para remojar los pies durante diez minutos y las uñas se reblandezcan, con ello se podrá eliminar la mayor cantidad posible de hongos.

Parte la Higiene ambiental es considerada dentro de los hábitos que influyen en la salud del anciano, se refiere a vivir en un ambiente limpio y agradable, es decir, mantener un entorno en condiciones sanitarias para evitar que este sea un foco de infección que altere la salud.

1.5.1.5 Autoestima

Desde una aproximación sociocultural Rosenber (1965) define la autoestima como “una actitud, tanto positiva como negativa, que la gente tiene de sí misma”. Concibiéndose como producto de las influencias de la cultura, sociedad, familia y relaciones interpersonales.

La autoestima es la opinión y la imagen que cada persona tiene de sí misma, es decir, es el aprecio, la valoración y consideración que se siente por lo que se es, por el cuerpo, por los sentimientos y pensamientos. Esta se aprende, cambia y se puede mejorar, se le asocia con el desarrollo integral de la personalidad en los

niveles: ideológico, psicológico y económico. Es inherente a todo ser humano; es un producto social que se desarrolla en la interacción hombre-mundo, en el proceso de la actividad y la experiencia social y canaliza la actividad del cuerpo y la mente de todas las personas.

Su carácter social y desarrollador la provee de una extraordinaria significación para la educación de adultos, es de naturaleza dinámica, multidimensional y multi-causal.

Durante el envejecimiento la autoestima se puede ver afectada debido a los prejuicios y estereotipos que transmiten una visión negativa de la vejez., a los cambios de roles y a las pérdidas laborales, debido a que provocan un sentimiento de obsolescencia y minusvalía. En este sentido, la autoestima puede disminuir o cambiar, de acuerdo a la sensibilidad de cada persona (Acosta, 2004; Correa, 2008).

No obstante, es importante hacer del conocimiento de los ancianos que pueden continuar aportando a su crecimiento personal, puesto que la educación es parte del desarrollo a lo largo de toda la vida (Moreno, 2011).

Durante la vejez es importante mantener una autoestima elevada para afrontar de forma satisfactoria las actividades cotidianas de la vida diaria.

En este sentido una elevada autoestima da la experiencia de ser aptos para la vida y para sus requerimientos. Concretamente consiste en:

- Tener confianza en la capacidad de pensar y de afrontar los desafíos de la vida.
- Tener confianza en el derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos.

Desde este punto de vista, la autoestima es una necesidad muy importante para el ser humano. Es básica y efectúa una contribución esencial al proceso de la vida; es indispensable para el desarrollo normal y sano; tiene valor de supervivencia.

Cuando no se tiene una autoestima positiva impide el crecimiento psicológico. Cuando se posee actúa como el sistema inmunológico de la conciencia, dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. Cuando es baja, disminuye ante las adversidades de la vida. Derrumba ante las vicisitudes que un sentido más positivo del uno mismo podría vencer. Se eleva la tendencia a estar más influidos por el deseo de evitar el dolor que experimenta la alegría.

Si se alcanza la confianza objetiva en nuestra mente y valor, si nos sentimos seguros de nosotros mismos, es posible pensar que el mundo está abierto para nosotros y que respondamos apropiadamente a los desafíos y oportunidades. La autoestima fortalece, da energía, motiva. Impulsa a alcanzar logros y permite complacerse y enorgullecerse de los propios logros: experimenta satisfacción.

Finalmente, la autoestima se proclama como necesidad en virtud de que su ausencia (relativa) traba la capacidad para funcionar.

1.5.1.5 Estrategias de autocuidado, ayuda-mutua, autogestión.

Las estrategias de autocuidado, ayuda-mutua y autogestión son mecanismos de sobrevivencia de toda persona, y son constituyentes fundamentales del programa de envejecimiento saludable.

Con la ayuda-mutua se hace referencia al comportamiento razonado que adopta un grupo de individuos que comparte problemas similares y son conscientes de las ventajas y de los compromisos adquiridos, al aceptar de manera voluntaria pertenecer al grupo.

Dicho por los mismos autores, la autogestión son todas las acciones que lleva a cabo un individuo o grupo de autoayuda, de manera autónoma y anticipada, para alcanzar una meta en forma óptima y eficiente, considerando los elementos y mecanismos de las redes de apoyo social formal e informal. Y, el autocuidado, se refiere a todas las medidas y decisiones que adopta el individuo para prevenir, diagnosticar y tratar su propia enfermedad, así como al comportamiento personal dedicado a mantener y mejorar la salud. Para poder auto cuidarse es indispensable conocer y utilizar los recursos -físicos, humanos y financieros- los familiares y sociales.

Por lo anterior, este marco referencial da lugar a la participación de distintas áreas del estudio para implementar el programa de envejecimiento saludable en comunidad, de ahí que la Gerontología siendo una disciplina científica, encargada de estudiar el envejecimiento, la vejez y el viejo de manera integral, permite de manera sistemática la actuación en terreno de salud y la exploración del ámbito psicológico y social, teniendo como principal objetivo mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad biopsicosocial.

Asimismo, fue fundamental la participación del Trabajo Social en el trabajo comunitario, puesto que como disciplina científica tiene como finalidad intervenir en los grupos marginados para reinsertarlos a la familia, la sociedad, la comunidad y al plano productivo.

Mary Richmond (1993), conceptualiza el trabajo social como “un conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando y modificando sus actitudes, promoviendo el desarrollo de su personalidad, a través de una mejora en sus relaciones con los demás. Implicando, a su vez, una re adaptación realizada por el individuo de una forma consciente a su medio social de pertenencia (se reconoce el contexto y la actuación terapéutica)”. “La función del Trabajo social: es la prevención. Su rol: el educar” (García, 1993).

Finalmente, resalta la trascendencia de haber llevado, y de seguir llevando a cabo, acciones de índole gerontológicas articuladas al trabajo social, que privilegien la salud y el trabajo comunitario en torno a la prevención y control de enfermedades discapacitantes en la vejez, a fin de que los viejos permanezcan integrados y participativos en la familia, la sociedad y la comunidad, con la mayor posible calidad de vida.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, México cursa por una transición demográfica concomitante al aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles que afectan la salud de los ancianos, presentándose como una situación emergente que demanda el establecimiento de políticas y programas enfocados a la atención de este grupo de personas. En este sentido, las enfermedades de mayor prevalencia e incidencia en la vejez en México son la DM 2 y la HTA., que elevan los índices de discapacidad y mortalidad prematura, reduciendo los años de vida saludables y afectando la calidad de vida.

No obstante, comprender la salud en la vejez rebasa la mirada biologicista, por lo que se debe vislumbrar el contexto sociocultural, puesto que se ha observado que la salud de los viejos también se ve influenciada por factores socioculturales: las creencias, la percepción y el significado de la vejez; los estereotipos y prejuicios que lo representan como un ser enfermo, inútil, decrepito, obsoleto, frágil, incapaz y sin perspectivas, simplificándolo a un ser social dependiente. Estigmas que pueden favorecer conductas discriminatorias, y la falta de preparación para la vida.

La evidencia científica sugiere que los estereotipos también pueden conducir a un envejecimiento pasivo, en el cual, el viejo no se valora, no se cuida, no cree en sus posibilidades y capacidades, se aísla, no se siente feliz, no se responsabiliza de sí mismo y consecuentemente, tiene pensamientos negativos y se asume que envejecimiento *per se* un factor de riesgo para un mal estado de salud. Por lo que es de interés diseñar un programa de intervención comunitaria dirigido a modificar las falsas creencias hacia la vejez, para evitar que las personas mayores continúen con comportamientos pasivos, reconozcan sus capacidades y adopten comportamientos de autocuidado y ayuda mutua.

Se ha sugerido que hay un alto porcentaje de ancianos con prejuicios y estereotipos negativos sobre la vejez que guían sus actitudes dirigidas al cuidado de la salud, mismos que son vinculados al bajo nivel de conocimientos sobre los cambios biológicos del envejecimiento y las capacidades físicas, psicológicas y sociales que existen y se desarrollan durante la vejez, no obstante en nuestro país no se ha indagado dicha problemática, primordialmente en la prevención y control de DM 2 e HTA., de ahí que nos planteamos las siguientes preguntas de investigación.

- ¿Existirá diferencia en el grado y proporción del predominio de actitudes negativas hacia la vejez de los adultos mayores después de su participación en el programa de envejecimiento saludable para la prevención y control de HTA y DM 2?
- ¿Cuál es la eficacia de un programa de envejecimiento saludable enmarcado en el envejecimiento activo sobre la mejoría de los indicadores clínicos y marcadores bioquímicos de la HTA y DM 2 de los adultos mayores participantes en dicho programa?
- ¿Existe relación entre el predominio de actitudes negativas hacia la vejez de los adultos mayores participantes en el programa de envejecimiento saludable, con el grado de autocuidado para la salud, relativa a la prevención y control de HTA y DM 2?

3. HIPÓTESIS

- Tomando en cuenta lo reportado por otros estudios sobre la relación del conocimiento de los adultos mayores sobre cambios biológicos de la vejez y las capacidades prevalentes en esta etapa, suponemos que el grupo de ancianos detectado con predominio de actitudes negativas a la vejez mostrará una disminución estadísticamente significativa en el grado y proporción de dichas actitudes después de su participación en el programa de envejecimiento saludable.
- Considerando la efectividad de programas de gerontología comunitaria para la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, suponemos que el programa de envejecimiento saludable enmarcado en el envejecimiento activo propiciará una mejoría estadísticamente significativa en indicadores clínicos y marcadores bioquímicos de la HTA y la DM2.
- Enmarcados en la influencia de los auto-prejuicios y auto-estereotipos de los adultos mayores sobre su participación activa en programas a nivel comunitario, suponemos que se observará una asociación estadísticamente significativa entre el alto predominio de actitudes negativas a la vejez con el menor grado en las medidas de autocuidado para la prevención y control de la HTA y la DM2.

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la influencia de auto-prejuicios y auto-estereotipos de los adultos mayores sobre la eficacia del Programa de Envejecimiento Saludable, para la prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en el marco del envejecimiento Activo.

Objetivos específicos

- Evaluar la influencia del programa de envejecimiento saludable sobre el grado y proporción de adultos mayores con actitudes negativas a la vejez.
- Evaluar la eficacia del programa de envejecimiento saludable para la mejoría de indicadores clínicos y marcadores bioquímicos de HTA y DM2.
- Determinar la relación entre las actitudes negativas a la vejez con el grado de autocuidado para la prevención y control de HTA y DM2.

5. MATERIAL y MÉTODOS

Población y diseño de estudio.

Previo consentimiento informado se llevó a cabo un estudio de tipo mixto; la parte cuantitativa fue Pre-experimental, y para los datos cualitativos se utilizó la entrevista semiestructurada.

La población fue seleccionada a conveniencia tomada de diferentes localidades de Pachuca, Hgo., conformada por un total de 64 ancianos con o sin enfermedad crónica, no se les tomó en cuenta la escolaridad, el estado civil, religión, ni situación económica, para ser incluidos al programa, se formaron núcleos gerontológicos integrados por un mínimo de 10 y un máximo de 15 participantes.

Criterios de inclusión.

Se tomó como criterio de inclusión tener entre 60 y 74 años (viejos jóvenes), sin importar el sexo, sanos, con diabetes mellitus tipo 2, con hipertensión o ambas, además querer participar en el programa de envejecimiento saludable.

Criterios de eliminación.

Abandono del programa por razones personales, instrumentos de evaluación, incompletos y pruebas de laboratorio y antropométricas incompletas.

En la figura 5.1 se muestra un esquema general de la investigación.

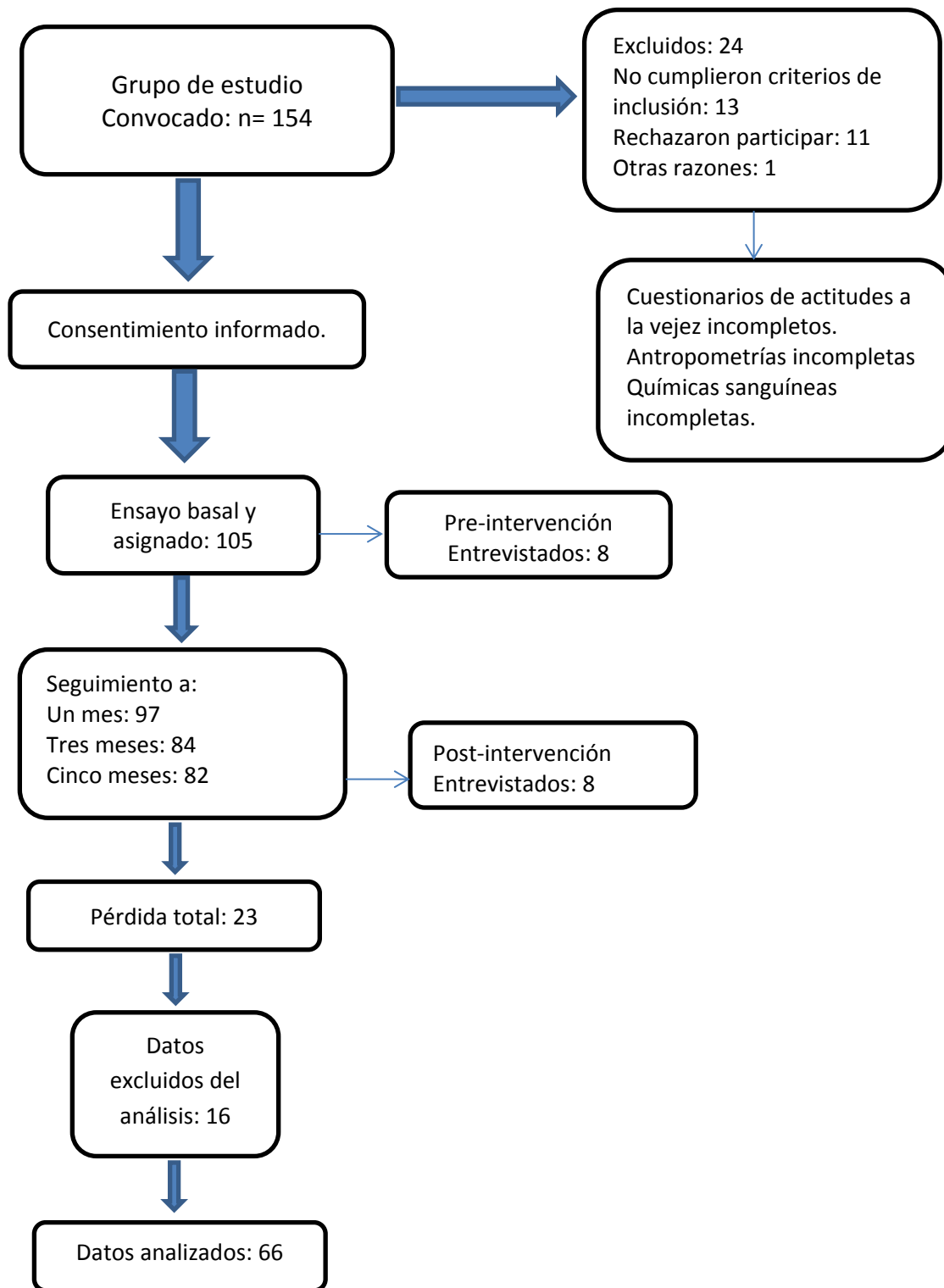


Figura 5.1. Esquema general del estudio.

Variables

Independiente:

Auto-prejuicios y auto-estereotipos (medido a través de la Escala de Actitudes Negativas a la Vejez).

Dependiente:

Eficacia del Programa de envejecimiento saludable para la prevención y control de DM 2 e HTA, evaluado a través de:

- Presión arterial sistólica (TAS) y presión arterial diastólica (TAD)
- Medidas antropométricas: Peso, talla, IMC.
- Concentraciones de glucosa, colesterol, triglicéridos, lipoproteínas de alta densidad (HDL), lipoproteínas de baja densidad (LDL) y porcentaje de hemoglobina glucosilada (HbA1c).
- Grado de autocuidado

Intervinientes:

Estilos de vida saludables:

- Alimentación
- Autoestima
- Ejercicio físico
- Higiene del sueño, corporal y ambiental

Cuadro 5.1 Operacionalización de las variables de estudio

| Variable | Definición | Nivel de medición | Categoría |
|--|--|-----------------------|--|
| Independientes | | | |
| Actitudes negativas a la vejez (auto-estereotipos y auto-prejuicios) | Grado en que el tema de vejez evoca asociaciones negativas, cuando se trata de ideaciones sobre el propio envejecimiento y el de terceros. | Cualitativa nominal | Predominio Bajo (Puntaje total ≤ 44) Predominio Alto (Puntaje total ≥ 59) |
| Dependientes | | | |
| Programa de envejecimiento saludable para la prevención y control de: DM 2 | Adopción de estilos de vida saludables que previenen o controlan la enfermedad. | Cuantitativa continua | Medición de: HbA1 < 6 mg/dL Colesterol <200 mg/dL Triglicéridos 65-150 mg/dL |
| HTA | | Cuantitativa discreta | TAS <130 mm/Hg TAD <80 mm/Hg |
| Intervinientes | | | |
| Estilos de vida saludables Alimentación Autoestima Ejercicio físico Higiene del sueño Higiene corporal Higiene ambiental | Conjunto de comportamientos y actitudes que toman las personas para cuidarse | Cualitativa ordinal | Escala: 1 a 10 |

Técnicas e instrumentos

El diseño de la presente investigación fue de corte mixto con el propósito de amalgamar la metodología cuantitativa y cualitativa, con lo que se potenciará la posibilidad de comprender la realidad del objeto de estudio.

En este sentido, la estrategia que se utilizó es secuencial explicatoria, Creswell (2008). Lo que quiere decir que el orden del estudio es cuantitativo → cualitativo, por lo que los datos cualitativos forman parte del sustento teórico que permite comprender los datos cuantitativos.

Los datos cuantitativos se recabaron de la siguiente manera:

Antes de comenzar a desarrollar el programa y al final del mismo, se les tomaron muestras de sanguíneas a los adultos mayores, se les tomaron medidas antropométricas, se les aplicó el cuestionario de salud y polifarmacia, y el de actitudes negativas a la vejez; a ocho de ellos se les entrevistó pre y post-intervención.

Muestras sanguíneas:

Se citó a los adultos entre 8:00 y 9:00 de la mañana con ayuno previo de 8 horas, y se les tomaron las muestras sanguíneas por venopunción en tubos al vacío (Beckton-Dickinson, México). De las muestras se obtuvo suero en el cual se determinaron las concentraciones de: glucosa (mg/dL); hemoglobina glucosilada (HbA1c); triglicéridos (mg/dL), colesterol (mmo/dL), y lipoproteínas de alta densidad (HDL mg/dL) en un equipo automatizado Selectra Jr. La fracción de lipoproteínas de baja (LDL mg/dL) se calculó con la ecuación de Friedewald. .

Medidas antropométricas:

De las medidas antropométricas se obtuvieron siguiendo un protocolo estandarizado:

- Peso: se pesó a los adultos mayores con la menor cantidad de ropa, (con una bata clínica) en una báscula calibrada marca Torino.
- Estatura: se colocaba a los pacientes con los talones juntos y sin calzado, y los glúteos, hombros y cabeza en contacto con el estadiómetro, los ojos mirando al frente y el plano de Frankfurt paralelo al suelo.
- Índice de masa corporal: se obtuvo de la razón del peso dividido entre la estatura al cuadrado (Kg/m^2).

Presión Arterial:

Esta fue tomada siguiendo la técnica establecida en el apéndice B de la NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, control o tratamiento de la hipertensión arterial. Se pidió al paciente sentarse y apoyar el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón. Se utilizó un esfigmomanómetro mercurial, se colocó el brazalete situando el mango sobre la arteria humoral y mientras se palpa la arteria humoral se infla al instante el mango hasta que el pulso desaparezca a fin de determinar por palpación la tensión arterial sistólica (TAS), se desinfla el mango y se coloca la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humoral, se infla rápidamente el mango 30 o 40 mm Hg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica, se desinfla a una velocidad de 2 mm Hg/seg. Cuando aparece el primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la tensión arterial sistólica (TAS) y el quinto la tensión arterial diastólica (TAD).

Cuestionarios:

Salud y polifarmacia

El cuestionario de Salud y polifarmacia se obtuvo del libro de Evaluación Gerontológica Integral, el cual está estandarizado y elaborado para población mexicana. Se le aplicó al participante una vez que estaba sentado y de manera personalizada, se les informaba el objetivo del mismo, qué evalúa y el tiempo de aplicación. Se procuró hacer cada pregunta con la mayor claridad posible, repitiéndolas si era necesario o explicándolas. El cuestionario está conformado por 18 preguntas y de él se obtuvieron los datos personales y el estado de salud que convenían al estudio. Anexo 1.

Cuestionario de actitudes a la vejez

El cuestionario de actitudes a la vejez es un instrumento que fue elaborado por la Universidad Autónoma del Estado de México y fue adaptado por expertos en el tema de gerontología para adultos mayores. Con él se evaluaron auto-prejuicios y auto-estereotipos. El cuestionario consta de 21 frases con respuestas tipo Likert, usando una escala de 1 a 4 con las que se muestra el completo desacuerdo, o, completo acuerdo con cada una de ellas. Para el análisis de los datos se sumó el puntaje y se calcularon los cuartiles y se tomó el primer cuartil como referente del bajo predominio de actitudes negativas a la vejez, y el último cuartil como categoría para designar el predominio alto. Anexo 2.

En relación al programa, este tuvo una duración de cinco meses, se inició en la primera semana de febrero y terminó la última semana de julio, sólo se impartía un día a la semana con duración de cinco horas. Las sesiones fueron teórico-prácticas. Los temas fueron: Envejecimiento Activo (que incluye el tema de

viejismo), Autoestima, Alimentación, Ejercicio físico, Higiene del sueño, Higiene corporal y ambiental; autocuidado, ayuda-mutua, autogestión y redes de apoyo social, cada uno con sus respectivos subtemas.

El material didáctico utilizado estuvo conformado por el cuadernillo del Programa de Envejecimiento Saludable para la prevención y control de DM 2 e HTA; el libro de Gerontología Comunitaria y, el manual de eficacia.

El cuadernillo de Envejecimiento Saludable contiene el programa, los subprogramas y sus respectivos objetivos y temas que se desarrollaban de manera programada en cada una de las sesiones.

Cabe mencionar que el tema de vejeismo es uno de los primeros que se desarrollan del programa.

Manual de autoeficacia es un cuaderno de autoreporte que contiene preguntas acordes a los temas que se implementaron a los núcleos gerontológicos en las sesiones informativas, está dividido por meses para dar seguimiento al programa. Este manual se entregó a cada adulto mayor al inicio del programa y se les pidió que mensualmente contestaran cada una de las preguntas para reportar si habían desarrollado alguna de las estrategias, autocuidado, ayuda-mutua o autogestión, o si iban cambiando algún estilo de vida o mejorándolo. Los estilos de vida saludables y las estrategias de autocuidado, ayuda-mutua y autogestión se evaluaron con escala de Likert del 1 al 10, valorado y reportado por el propio adulto mayor, en función con el cumplimiento con cada uno de ellos.

Recolección de datos cualitativos.

Con relación a la recolección de datos cualitativos se diseñó una entrevista semiestructurada que constó de 6 preguntas relacionadas con las representaciones sociales de la vejez y del programa. Se aplicó a 8 adultos mayores, antes de iniciar el programa, después de la intervención. Se tomó una postura cara a cara para hacerles las preguntas a profundidad y para finalizar la entrevista se llegó a un punto de saturación. Con las preguntas fue posible obtener la información que diera cuenta de cómo se representan los adultos mayores de la vejez, de lo que esta les significa y en consecuencia el cuidado de la salud, información que se obtuvo de las 4 primeras preguntas. Al final del programa, se les hicieron además de las 4 preguntas, las otras 2 que fueron para que dieran su opinión sobre el programa.

Análisis estadístico

Los datos cuantitativos se analizaron con cuartiles Q_1 - Q_4 , frecuencias relativas, t de Student, X^2 , t pareada, tomando como significancia estadística ($p < 0.05$), con el paquete estadístico SPSS versión 18.

6. RESULTADOS

En este apartado se muestran los resultados obtenidos antes y después de la intervención con el programa de envejecimiento saludable. Al inicio se describen los resultados del análisis cuantitativo y se muestran los cuadros de resultados; posteriormente se continúa con los resultados cualitativos, obtenidos con la técnica de la entrevista semiestructurada que fue aplicada a ocho adultos mayores que participaron en todo el el proceso de la intervención.

6.1 Resultados Cuantitativos.

En el cuadro 1 se presentan las variables sociodemográficas y del estado de salud de la población de estudio, en el cual se puede observar que la mayoría de los participantes fueron mujeres representando el 81%; que el promedio de edad fue de 66 ± 3 ; que el 23% de los adultos mayores son sanos y el 64% son enfermos, de los cuales el 14% padecen DM 2, el 20% tienen HTA y 30% tiene ambas enfermedades.

Por otra parte, la figura 1 muestra la diferencia entre los promedios del puntaje de la escala de actitudes a la vejez, pre y post-intervención, presentando diferencia estadísticamente significativa (51 ± 10 vs., 40 ± 9 , $p=0.01$).

En tanto que, en la figura 2 se puede apreciar que el porcentaje del alto predominio de actitudes negativas a la vejez, disminuye al final de la intervención con el programa de envejecimiento saludable, encontrando significancia estadísticamente significativa (29.7% vs., 3.1%), ($p<0.001$).

Así mismo, también se encontró una reducción en los promedios de bajo y alto predominio de actitudes negativas a la vejez después de intervenir, (39 ± 3 vs., 33 ± 3) (63 ± 4 vs., 46 ± 10) resultando estadísticamente significativo ($p<0.001$), cuadro 2.

El cuadro 3 muestra el efecto del programa de envejecimiento saludable sobre los parámetros bioquímicos relacionados con el predominio de actitudes negativas a la vejez, tomando como valor de referencia el primer y cuarto cuartil para designarse como alto o bajo. En este sentido, se puede observar en los resultados que hay una disminución en los promedios de glucosa (134 ± 47 vs., 114 ± 29), colesterol (223 ± 37 vs., 202 ± 41) y LDL (159 ± 40 vs., 116 ± 32) en los grupos de bajo predominio al final de la intervención, presentando significancia estadística ($p<0.05$).

De la misma manera se encontró una disminución en el promedio de la tensión arterial sistólica post-intervención (predominio bajo 124 ± 7 vs., 115 ± 8 y predominio alto 133 ± 15 vs. 124 ± 9) siendo estadísticamente significativo sólo en el segundo caso ($p < 0.05$), cuadro 4.

Con relación a los estilos de vida, cuadro 5; se pueden observar cambios en el grupo de bajo predominio de actitudes negativas a la vejez, reflejado en la post-intervención con el aumento de las medias en las estrategias de autocuidado y autoestima (8.0 ± 1.0 vs., 8.9 ± 1.8) (8.0 ± 0.8 vs., 9.2 ± 1.0), siendo estadísticamente significativos, $p < 0.05$.

En el mismo cuadro también se puede apreciar un aumento en los promedios en las estrategias de alimentación (7.9 ± 1.0 vs., 8.5 ± 1.0); higiene del sueño (7.7 ± 1.0 vs., 8.5 ± 1.0); higiene corporal (8.9 ± 1.0 vs., 9.2 ± 1.0) y ambiental (8.9 ± 1.0 vs., 9.0 ± 1.0), Sin embargo no son estadísticamente significativos.

En cuanto a la efectividad del programa sobre los parámetros antropométricos y presión arterial, no hubo diferencia significativa en los promedios del peso (66 ± 11 vs., 66 ± 10 , $p > 0.05$), sin embargo sí se encontró una disminución en el IMC (29 ± 4 vs., 28 ± 3 , $p = 0.03$), y una visible mejora en los valores de TAS Y TAD, (130 ± 20 vs., 119 ± 11 y 75 ± 9 vs., 72 ± 7) con significancia estadística ($p < 0.05$). (Cuadro 6).

Con relación a los parámetros bioquímicos, la glucosa y las LDL disminuyeron sus valores de referencia (136 ± 50 vs., 124 ± 45) (153 ± 47 vs. 130 ± 36), siendo estadísticamente significativos, $p < 0.05$. Asimismo se puede observar una reducción en los promedios de los triglicéridos (165 ± 92 vs., 157 ± 7), el colesterol (224 ± 42 vs., 218 ± 44) y la HbAc1 (6.6 ± 1 vs., 6.5 ± 1), en tanto que el promedio de HDL aumentó (55 ± 15 vs., 57 ± 14) pero ninguno mostro diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$), cuadro 7.

Por otra parte, en el Cuadro 8, se observa que hay una asociación negativa entre las actitudes negativas a la vejez y las variables de autocuidado ($r = -0.325$),

autoestima ($r = -0.309$), alimentación ($r = -0.202$), higiene del sueño ($r = -0.269$) y la higiene ambiental ($r = -0.259$) al final de la intervención con el programa de envejecimiento saludable, siendo estadísticamente significativo, ($p < 0.05$).

Situación que se refleja en los parámetros bioquímicos, cuadro 9, que muestra una relación positiva entre el puntaje de las actitudes negativas y los valores de triglicéridos ($r = 0.226$), colesterol ($r = 0.317$), LDL-Col ($r = 0.310$) glucosa ($r = 0.296$) y HbA1c ($r = 0.314$), siendo estos cambios estadísticamente significativos $p < 0.05$.

Cuadro 1. Características socio-demográficas y estado de salud de la población de estudio.

| Variable | Frecuencia n = 64 (%) |
|--|----------------------------------|
| Edad (media \pm DE) | 66 \pm 3 |
| 60 a 69 años | 49 (77) |
| \geq 70 años | 15 (33) |
| Sexo | |
| Mujer | 52 (81) |
| Hombre | 12 (19) |
| Estado civil | |
| Soltero | 20 (31) |
| Casado | 30 (47) |
| Viudo | 14 (22) |
| Años de escolaridad (media \pm DE) | 7 \pm 5 |
| Analfabetas | 3 (5) |
| 1 – 6 años | 35 (55) |
| 7 - 9 años | 11 (17) |
| \geq 10 años | 15 (23) |
| Estado de salud | |
| Sanos | 23 (36) |
| Enfermos | 41 (64) |
| Diagnóstico | |
| Sano | 23 (36) |
| DM | 9 (14) |
| HTA | 13 (20) |
| DM + HTA | 19 (30) |

Los datos son frecuencias y porcentajes. Diabetes mellitus tipo 2; Hipertensión arterial.

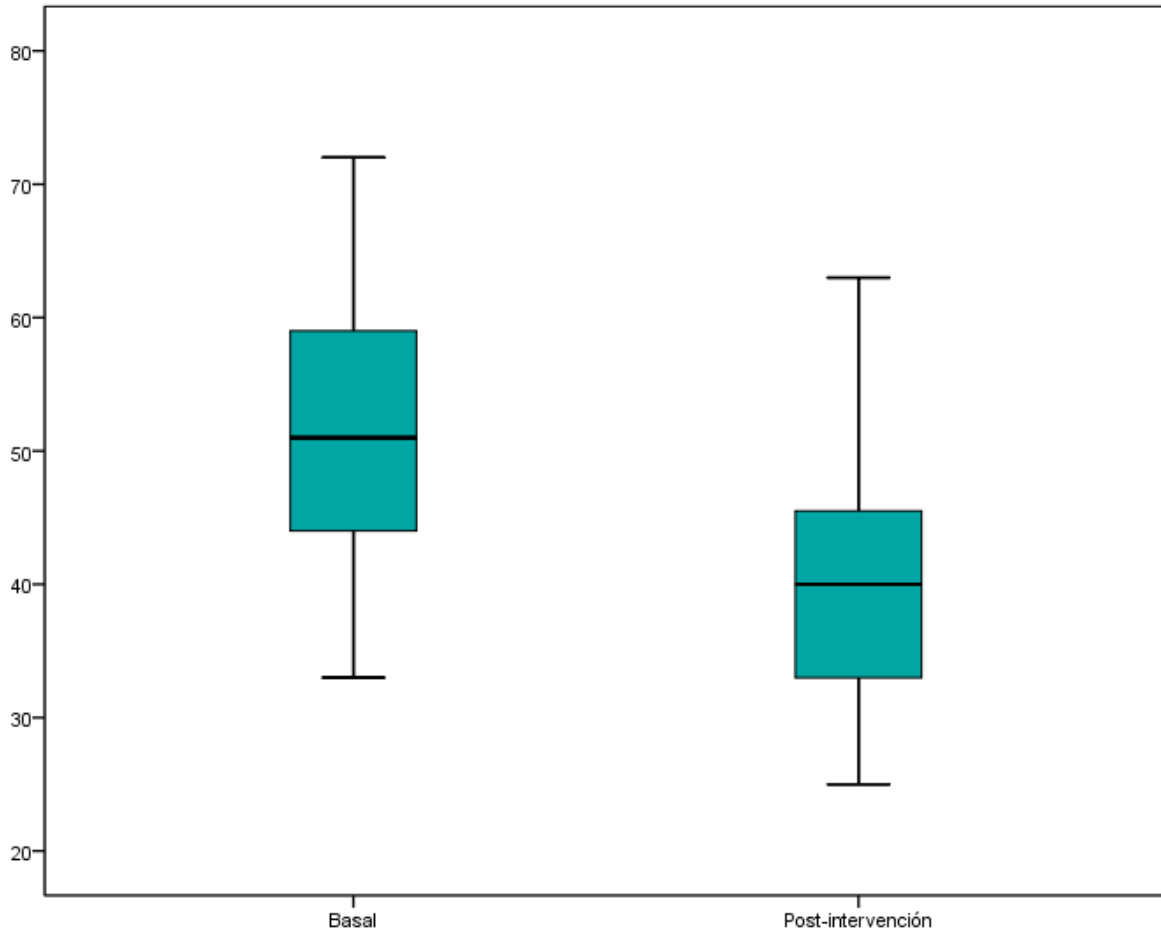


Figura 1. Media \pm DE del puntaje en la escala de actitudes a la vejez pre y post intervención. La gráfica muestra los resultados de la intervención comunitaria en el puntaje con el programa de envejecimiento saludable, cuya diferencia es estadísticamente significativa (basal, 51 ± 10 vs. post-intervención, 40 ± 9 , $p < 0.001$). Prueba t de Student, los valores expresados como la media \pm desviación estándar.

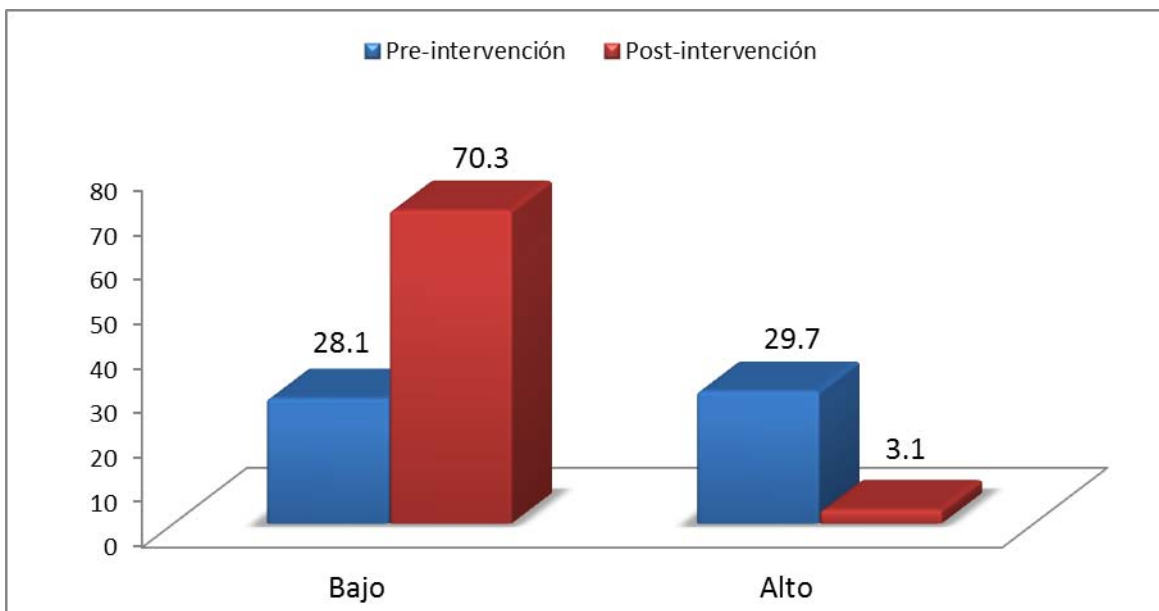


Figura 2. Cambios en el porcentaje del predominio de actitudes negativas a la vejez antes y después de la intervención comunitaria. Se observa una disminución significativa después de la intervención en el porcentaje de personas con alto predominio de actitudes negativas hacia la vejez (pre-intervención, 70.3% vs. post-intervención, 3.1%, $p < 0.001$)

Cuadro 2. Puntaje promedio del predominio bajo y alto de actitudes negativas a la vejez.

| Variable | Pre-intervención | Post-intervención |
|--|------------------|-------------------|
| Predominio bajo de actitudes negativas a la vejez (Q₁ n=18) | 39±3 | 33±3* |
| Predominio alto de actitudes negativas a la vejez (Q₄ n=19) | 63±4 | 46±10* |

La población considerada con predominio bajo de actitudes negativas a la vejez fue la que obtuvo un puntaje ≤ 46 ubicado en el percentil 25 y para el predominio alto un puntaje ≥ 56 ubicado en el percentil 75. Los datos presentados son medias y desviación estándar. *t* pareada. * $p < 0.0001$

Cuadro 3. Efecto del programa de envejecimiento saludable sobre los parámetros bioquímicos con relación a las actitudes negativas a la vejez.

| Variable | Bajo predominio Q ₁ | Alto predominio Q ₄ |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | n=18 | n=19 |
| Glucosa (mg/dL) | | |
| Pre-intervención | 134±47 | 144±46 |
| Post- intervención | 114±29* | 137±53 |
| Colesterol (mmo/dL) | | |
| Pre-intervención | 223±37 | 234±35 |
| Post- intervención | 202±41* | 229±38 |
| Triglicéridos (mg/dL) | | |
| Pre-intervención | 139±52 | 160±92 |
| Post - intervención | 132±66 | 158±73 |
| LDL (mg/dL) | | |
| Pre-intervención | 159±40 | 164±56 |
| Post- intervención | 116±32* | 140±32 |
| HDL (mg/dL) | | |
| Pre-intervención | 53±14 | 58±14 |
| Post- intervención | 58±13 | 61±17 |
| HbA1c | | |
| Pre-intervención | 6.6±1.5 | 7.1±1.6 |
| Post-intervención | 6.2±1.0 | 7.1±1.8 |

La población considerada con predominio bajo de actitudes negativas a la vejez fue la que obtuvo un puntaje ≤ 46 ubicado en el percentil 25 y para el predominio alto un puntaje ≥ 56 ubicado en el percentil 75. Los datos presentados son medias y desviación estándar. *t* pareada. **p*<0.05

Cuadro 4. Efecto del programa de envejecimiento saludable sobre los parámetros antropométricos y la presión arterial con relación a las actitudes negativas a la vejez.

| Variable | Bajo predominio Q ₁ | Alto predominio Q ₄ |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| | n= 18 | n = 19 |
| Peso (kg) | | |
| Pre-intervención | 66±13 | 66±10 |
| Post- intervención | 65±11 | 66±10 |
| IMC (peso/estatura²) | | |
| Pre-intervención | 27±3 | 30±5 |
| Post- intervención | 27±3 | 29±4 |
| Circunferencia de la cintura (cm) | | |
| Pre-intervención | | |
| Post- intervención | 91±12 | 96±10 |
| | 92±11 | 99±11 |
| Circunferencia de la cadera (cm) | | |
| Pre-intervención | 97±7 | 102±9 |
| Post- intervención | 97±6 | 102±10 |
| ICC (cintura/cadera) | | |
| Pre-intervención | 0.9±.08 | 0.9±.04 |
| Post- intervención | 0.9±.07 | 0.9±.08 |
| TAS | | |
| Pre-intervención | 124±7* | 133±15** |
| Post- intervención | 115±7 | 124±9 |
| TAD | | |
| Pre-intervención | 74±7 | 74±10 |
| Post- intervención | 72±8 | 75±6 |

La población considerada con predominio bajo de actitudes negativas a la vejez fue la que obtuvo un puntaje ≤ 46 ubicado en el percentil 25 y para el predominio alto un puntaje ≥ 56 ubicado en el percentil 75. Los datos muestran medias \pm DE; t pareada, *p=0.07, **p<0.01. IMC: Índice de masa corporal; ICC: Índice cintura cadera, TAS: Tensión arterial sistólica, TAD: Tensión arterial diastólica.

Cuadro 5. Influencia del predominio de actitudes negativas a la vejez sobre el autocuidado y estilos de vida saludable.

| Variable | Pre-Intervención | Post-Intervención | Valor de p |
|---|------------------|-------------------|------------|
| Predominio bajo de actitudes negativas a la vejez (puntaje ≤ 46) | | | |
| Autocuidado | 8.0 \pm 1.0 | 8.9 \pm 0.8 | 0.004* |
| Autoestima | 8.0 \pm 0.8 | 9.2 \pm 1.0 | 0.008* |
| Alimentación | 7.9 \pm 1.0 | 8.5 \pm 1.0 | 0.145 |
| Ejercicio físico | 8.4 \pm 1.0 | 8.4 \pm 1.0 | 1.000 |
| Higiene del sueño | 7.7 \pm 1.0 | 8.5 \pm 1.0 | 0.154 |
| Higiene Corporal | 8.9 \pm 1.0 | 9.2 \pm 1.0 | 0.205 |
| Higiene ambiental | 8.9 \pm 1.0 | 9.0 \pm 1.0 | 0.668 |
| Predominio alto de actitudes negativas a la vejez (puntaje ≥ 56) | | | |
| Autocuidado | 7.0 \pm 1.0 | 7.0 \pm 1.0 | 1.000 |
| Autoestima | 8.0 \pm 1.0 | 8.0 \pm 1.0 | 1.000 |
| Alimentación | 8.0 \pm 1.0 | 7.0 \pm 1.0 | 0.440 |
| Ejercicio físico | 8.0 \pm 1.0 | 8.0 \pm 1.0 | 1.000 |
| Higiene del sueño | 6.0 \pm 2.0 | 7.0 \pm 1.0 | 0.538 |
| Higiene Corporal | 8.0 \pm 1.0 | 8.0 \pm 1.0 | 1.000 |
| Higiene ambiental | 8.0 \pm 1.0 | 8.0 \pm 1.0 | 1.000 |

La población considerada con predominio bajo de actitudes negativas a la vejez fue la que obtuvo un puntaje ≤ 46 ubicado en el percentil 25 y para el predominio alto un puntaje ≥ 56 ubicado en el percentil 75. Los datos muestran medias \pm DE; t pareada *p<0.05

Cuadro 6. Efecto del programa de envejecimiento saludable sobre parámetros antropométricos y presión arterial

| Variable | Pre-intervención n = 64 | Post- intervención n = 64 | Valor de p |
|--|------------------------------------|--|-------------------|
| Peso | 66±11 | 66±10 | 0.118 |
| ÍMC (peso/estatura²) | 29±4 | 28±3 | 0.035 |
| Perímetro de la cintura(cm) | 94±10 | 97±11 | 0.009 |
| Perímetro de la cadera (cm) | 100±8 | 100±8 | 1.000 |
| ÍCC (cintura / cadera) | 0.92±.06 | 0.96±.09 | 0.002 |
| TAS (mm/Hg) | 130±20 | 119±11 | 0.0001 |
| TAD (mm/Hg) | 75±9 | 72±7 | 0.041 |

Los datos presentados son promedios ± DE, t pareada.

ÍMC: índice de masa corporal; ÍCC: índice cintura cadera, TAS: Tensión arterial sistólica, TAD: Tensión arterial diastólica.

Cuadro 7. Efecto del programa de envejecimiento saludable sobre parámetros bioquímicos.

| Variable | Pre-intervención | Post-intervención | Valor de p |
|-----------------------|------------------|-------------------|------------|
| Glucosa (mg/dL) | 136 ± 50 | 124 ± 45 | 0.006* |
| Triglicéridos (mg/dL) | 165 ± 92 | 159 ± 7 | 0.564 |
| Colesterol (mg/dL) | 224 ± 42 | 218 ± 44 | 0.169 |
| HDL-Col. (mg/dL) | 55 ± 15 | 57 ± 14 | 0.227 |
| LDL-Col. (mg/dL) | 153 ± 47 | 130 ± 36 | 0.001* |
| HbAc1 | 6.6 ± 1 | 6.5 ± 1 | 0.589 |

Los datos presentados son promedios ± DE, t pareada, p<0.05

HDL-Col: Lipoproteínas de alta densidad; LDL: Lipoproteínas de baja densidad; HbAc1: Hemoglobina glucosilada.

Cuadro 8. Relación entre puntaje de la escala de actitudes negativas hacia la vejez con la edad, y escala análoga de autoeficacia de autocuidado y estilos de vida saludable.

| VARIABLES | Valor de r Pre-intervención | Valor de r Post-intervención |
|--------------------------|--|---|
| Edad | -0.058 | -0.058 |
| Autocuidado | -0.117 | -0.325** |
| Autoestima | -0.097 | -0.309** |
| Alimentación | 0.105 | -0.202* |
| Ejercicio físico | -0.078 | -0.041 |
| Higiene del sueño | -0.122 | -0.269** |
| Higiene corporal | -0.157 | -0.191 |
| Higiene ambiental | -0.153 | -0.259** |

Correlación de Pearson. *p < 0.05. **P<0.01

Cuadro 9. Puntaje de la escala de actitudes negativas hacia la vejez con las mediciones antropométricas y parámetros bioquímicos.

| Variabes | Valor de r Pre-intervención | Valor de r Post-intervención |
|--|--|---|
| Peso | -0.049 | 0.011 |
| IMC (peso/estatura²) | 0.070 | 0.177 |
| ICC (cintura/cadera) | 0.125 | -0.007 |
| Triglicéridos | 0.084 | 0.226* |
| Colesterol | 0.151 | 0.317** |
| HDL-Col. (mg/dL) | 0.056 | 0.175 |
| LDL-Col. (mg/dL) | 0.070 | 0.310** |
| Glucosa (mg/dL) | 0.162 | 0.296** |
| HbA1c | 0.181 | 0.314** |

IMC: Índice de masa corporal, ICC: Índice cintura cadera, HDL: lipoproteínas de alta densidad, LDL: lipoproteínas de baja densidad, HbA1c: hemoglobina glucosilada. Correlación de Pearson. *p>0.05 **P<0.01

6.2 Resultados Cualitativos

La entrevista fue la técnica para obtener la información que mostrara cómo se representa el adulto mayor la vejez y su salud. Representación que en este estudio resulta trascendente, puesto que con ella se pretende indagar en el significado que los adultos mayores dan a ser viejo, y de ahí, comprender su asociación con el cuidado de su salud.

La entrevista se hizo a ocho adultos mayores, se estructuró con seis preguntas personales; cuatro relacionadas con la percepción de la vejez y de la salud en la vejez; las otras dos sobre el programa. De las cuales, solamente las primeras cuatro se les hicieron al inicio y al finalizar del programa, las otras dos, solo se les hicieron al haber concluido el programa, puesto que fueron elaboradas para obtener información sobre lo que este les había parecido.

A continuación se presentan las respuestas que dieron durante los adultos mayores entrevistados.

Entrevistas

Preguntas y respuestas pre-intervención y post-Intervención

1 ¿Qué significa para usted ser viejo?

| | |
|---------------------|--|
| (Mujer de 67) | <p><i>Pre-intervención</i></p> <p><i>“Dios nos deja ser viejos...duele todo...llegar a viejito es llegar a una edad que ya no se pueden hacer cosas, los tienen que ayudar”.</i></p> <p>Al inicio del programa se observó una tendencia prejuiciosa sobre la vejez, emanante de la idea que se ha construido en el interior del contexto sociocultural y a lo largo de la historia de vida de cada persona sobre lo que es ser viejo. Es importante mencionar de esta participante que, formó parte de un núcleo gerontológico conformado por personas con un nivel educativo alto, y que su respuesta fue muy similar a las respuestas expresadas por los adultos mayores de su grupo y de los otros grupos, al haberse planteado la misma pregunta, pero de manera grupal, al iniciar el programa.</p> |
| | <p><i>Post-intervención</i></p> <p><i>“Son las personas que cumplieron los sesenta años o más...pero biológicamente empezamos a envejecer antes de llegar a los 60 años”.</i></p> <p>Se puede señalar que ahora la vejez se reconoce como el constructo social que es.</p> |
| (Hombre de 67 años) | <p><i>Pre-intervención</i></p> <p><i>“...una persona que ya por su edad no puede hacer cosas...viejo es cuando ya estamos grandes de edad...a los viejos los debemos ayudar”.</i></p> <p>Esta respuesta también enmarca la tendencia viejista que albergaban mentalmente los adultos mayores antes de iniciar con las sesiones de información gerontológica, y que sugiere que la vejez tenía que ser esperada en un estado naturalizado de fragilidad y dependencia física, siendo uno de los estereotipos predisponentes a no tener una vejez con salud, dignidad y calidad de vida</p> |
| | <p><i>Post-intervención predisponer</i></p> <p><i>“Socialmente a los 60 o 65 años...”</i></p> <p>La respuesta muestra que el concepto sobre vejez cambió, adquirió mayor claridad con la información que les dio, permitiendo diferenciar cuándo se es viejo ante la sociedad.</p> |

| | |
|----------------------------|--|
| <p>(Señor de 61 años)</p> | <p><i>Pre-intervención</i></p> <p><i>“Estoy viejo...pero puedo hacer mis cosas... cuando ya nos alcanzó la vejez para qué vamos a servir si no vamos a poder hacer nada...”</i>. <i>“Cuantos viejos vemos con bastón, ya no pueden caminar...ya están viejos, cuando llegue a viejo no quiero estorbarle a nadie...me voy a quedar en mi casita que me hice, ahí tengo mis cositas, me estoy preparando para que ahí viva, ahí no le voy a estorbar a nadie”</i>.</p> <p>Saberse o verse viejo, normalmente los adultos mayores lo asociaban al estado físico, cuando ya no pudieran hacer cosas, y al uso de aditamentos que suponían necesarios en la etapa de la vejez, puesto que inferían que al entrar en ella marcaba el momento de empezar a aislarse, alejándose de la familia y la sociedad.</p> |
| <p>(Hombre de 72 años)</p> | <p><i>Pre-intervención</i></p> <p><i>“Mire señorita...el viejo...es cuando no se pueden hacer las cosas, la vejez ya no lo permite, no servimos para nada... yo ya estoy viejo y le puedo decir que si estoy viejo me siento como si no estuviera...hasta la gente me dice tú no te ves viejo, te ves joven, pero así me siento...eso...no sé qué sienten los que hablan que ya se sienten viejos...se cansan, están solos, abandonados, enfermos, ya no pueden salir, les cayo alguna enfermedad que no esperaban, se amargaron...algo malo les tuvo que pasar”</i>.</p> <p>Es notable que una noción viejista predomine como resultado de la falta de conocimientos sobre la vejez y el envejecimiento.</p> <p><i>Post-intervención</i></p> <p><i>“Es tener cumplidos sesenta años y de ahí en adelante nos llegó la vejez...pero no todos nos vemos igual de viejos, unos se ven mal y otros nos vemos más jóvenes”</i>.</p> <p>Es notable que los adultos mayores comprendieron que la vejez inicia a los 60 años de edad, -a pesar de ser una construcción social- no en el momento que presentaban signos de dependencia física o cuando desarrollaban una enfermedad.</p> |

| | |
|----------------------------|---|
| <p>(Mujer de 67 años)</p> | <p><i>Pre-intervención</i></p> <p><i>“Es tener una edad grande...ahora sí que a esta edad ya duele todo, que si no duele una cosa duele otra, los pies no se aguantan... no se pueden hacer las cosas como antes cuando está uno joven, chamaco, antes hacía mis cosas... qué se iba sentir el cansancio, nada..., hora si para que vea, da tristeza estar viejo, parece que esta uno mal, se siente uno como tonto, como que está quedando uno menso de plano. Le pido a Dios que no me deje mucho tiempo que me lleve, es muy triste estar viejo, solo, parece que entre más grande, más tonto se vuelve uno, que ya no se puede hacer nada, que no sirve para nada uno pues, nada más lata va dar uno...no quiero llegar a muy viejita que me estén cuidando como a los niños”</i></p> <p>Fue muy notoria la tendencia viejista predominante en los adultos mayores cuando se inició el programa, esta respuesta muestra algunos prejuicios y estereotipos construidos socialmente que representan la vejez en esta época.</p> |
| | <p><i>Post-intervención</i></p> <p><i>“Somos nosotros que estamos así...ya alcanzamos esta edad”</i></p> <p>La respuesta de esta adulta al igual que las anteriores denota que la idea que se tenía al principio sobre ser viejo o no, no dependía de las capacidades físicas, de la enfermedad o del estado emocional.</p> |
| <p>(Hombre de 75 años)</p> | <p><i>Pre-intervención</i></p> <p><i>“Ya está uno acabado que va antes no sentía uno la edad... a mí me duelen las rodillas, ya estoy viejo, me estoy acabando... vamos dejando de servir, se siente uno mal de sentirse así...llega el dolor, el cansancio, el mal humor, se van yendo poco a poco las ganas de vivir...”</i></p> <p>La percepción viejista, tiene efectos negativos, se puede decir que tiene funciones limitantes que no permiten pensar la vejez como una etapa más del ciclo vital humano y que esta puede ser modificada tomando medidas encaminadas a mejorar el estado de salud, mental y emocional.</p> |
| | <p><i>Post-intervención</i></p> <p><i>“Ser grande de edad...”</i></p> <p>El significado de viejo cambia al final del programa, por lo que se espera que este sea el principio de vivir una vejez con menos prejuicios y estereotipos, comprendiendo que las dolencias y enfermedades no son propias una edad adulta.</p> |
| <p>(Mujer de 64 años)</p> | <p><i>Pre-intervención</i></p> <p><i>“Es tener edad grande, desde los cincuenta años se va envejeciendo, va cambiando el cuerpo y las actividades”.</i></p> |

| | |
|---------------------------|--|
| | <p>La respuesta es basada en lo que mencionó la adulta que ha leído de envejecimiento, de ahí que sea notorio el acercamiento a la realidad y la ausencia de prejuicios y auto-estereotipos.</p> |
| | <p><i>Post-intervención</i></p> <p><i>“Son viejos las personas de sesenta años en adelante...el cuerpo sufre cambios biológicos que no son representativos de la edad cronológica, no se puede decir que hoy me dormí y era joven y mañana que cumpla 60 años soy vieja...”</i></p> <p>Al final del programa la adulta mayor muestra que el concepto de viejo lo asimilo claramente. Lo que da cuenta de que los conocimientos llevados a ellos, reducen notoriamente la carga de estereotipos y prejuicios construidos socialmente.</p> |
| <p>(Mujer de 65 años)</p> | <p><i>Pre-intervención</i></p> <p><i>“Es llegar a grande de edad, le cambia todo a uno, cambia la vida, el cuerpo, las fuerzas...el viejo es una persona con mucha experiencia, yo tengo mucha experiencia...”</i></p> <p>En la respuesta se conjugan elementos biológicos, psicológicos y sociales que acompañan el envejecimiento, y por lo tanto percepción de la vejez y de viejo, es distinta a la respuesta de la mayoría de los adultos mayores. Esta respuesta también parte de conocimientos previos de la adulta.</p> |
| | <p><i>Post-intervención</i></p> <p><i>“Para mi ser viejo es la gente que ha cumplido edad de 60 años...”</i></p> <p>La edad cronológica fue la más tomada en cuenta para poder dar un significado a ser viejo, lo que hizo posible que los adultos mayores que participaron en el programa, que tenían 60 años o más, aceptaran que llegar a ser viejo forma parte de una etapa más en su vida. Y que los prejuicios y estereotipos no son más que categorizaciones sociales que desdibujan al viejo.</p> |

Pre-intervención

“Somos viejos, estamos más expuestos y fácilmente nos enfermamos... hay enfermedades propias de la vejez y se pierde la vista, se pierde la memoria, hasta el apetito se pierde... Si no nos cuidamos dan otras enfermedades más fuertes...yo tengo miedo de enfermarme y que me tengan que hacer las cosas, de caer en cama y usar pañal, de que me den de comer en la boca porque yo ya no pueda hacerlo cuando esté viejita, ese es mi temor..., muchos se hacen viejos y se enferman enseguida”.

Post-intervención

“Que la enfermedad da en la vejez cuando no nos cuidamos...porque no hemos sabido cuidar nuestra salud, por eso dan las enfermedades crónicas”.

(Mujer de 67)

2. ¿Qué piensa de la enfermedad en la vejez?

Las respuestas que dieron a esta pregunta los adultos mayores mostraron una tendencia prejuiciosa en relación a la salud y enfermedad, quienes además inferían que la vejez es una etapa de pérdidas físicas mencionando su temor a la total dependencia en las actividades de la vida diaria.

El estereotipo y prejuicio se encuentran presentes en el momento que el adulto mayor da por entendido que la vejez es acompañada de enfermedad y pérdidas físicas que lo van a incapacitar progresivamente, como si se tratara de un hecho natural por el que tienen que pasar forzosamente. Sin embargo, es posible que sus respuestas no disten mucho de la realidad que están viviendo, y la estén basando sin saberlo en ella, lo que tampoco quiere decir que sea lo normal, o que sea a lo que estén destinados, puesto que la visión que tengan de la vejez quizás también pueda ser explicada porque al desarrollar una enfermedad sufran los daños físicos consecuentes a la enfermedad al no ser atendida medicamente ni poder costearla debido a la falta de seguridad social, la pobreza y marginalidad que atraviesa un alto porcentaje de adultos mayores.

En los siguientes cuadros se muestran sus respuestas.

Pre-intervención

“ Yo he visto que con la edad a la mayoría le duelen los huesos, les da artritis, a otro les da la diabetes puede ser otra enfermedad que les dé a los viejos...pero de algo se quejan siempre, siempre...por ejemplo muchos de ellos hacen cama, se van haciendo cada vez más niños”.

“ A mí hace un tiempo se me subió la presión y estoy con la diabetes y estoy hipertenso, me dio porque creo que no me cuidé cuando estaba joven, le entre mucho al refresco, las carnitas y la barbacoa eran lo que más me gustaba...se descuida uno mucho...yo fumaba mucho, dejé de fumar tiempo después de enfermarme, porque aun enfermo fumé. No hice caso de mi salud hasta ahora que estoy así y no quiero ponerme peor...”

Post-intervención

“La enfermedad en la vejez no es algo normal, porque ahora he aprendido con ustedes que las enfermedades pueden dar en cualquier momento de la vida, pero en la vejez no dan por ser viejos, es porque hemos descuidado la salud”

(Hombre de 62 años)

Pre-intervención

“Cuando somos viejos, nos ataca la enfermedad...lo que sí sabe uno cuando esta viejo es que de algo nos vamos a enfermar, estando viejo eso es lo único que tenemos seguro, la enfermedad y la muerte, de eso no nos escapamos”.

Post-intervención

“La enfermedad viene en veces por el mal cuidado de nuestra vida, por eso viene la enfermedad...”

(Hombre de 61 años)

Pre-intervención

“Cuando ya se llega a viejo es más posible que de una enfermedad, todo tiene que ver con la mente; que si se siente viejo se enferma, en cambio si nos sentimos jóvenes, la vida se siente diferente, hasta dan ganas de vivir, no sentirse viejo para no estar mal...puedo decir que hasta ataca la enfermedad si se siente uno viejo..., entonces ya no se quiere salir a la calle, hasta creo que los amigos se van si esta uno achacoso, se van quedando solos”.

Post-intervención

“Hay que aprenderse a cuidar para que ni estando viejos nos enfermemos...debemos ser alegres y alimentarnos bien...hacer ejercicio...todo eso nos va a evitar que enfermemos...”

(Hombre de 72 años)

Pre-intervención

“Ya es algo normal, porque ya nos ta uno fuerte, se pierde la fuerza, duele la cabeza, ya no da hambre, ataca la enfermedad ya que se hace uno viejo, según se cuida uno y que duelen los pies...”

Post-intervención

“No queremos enfermarnos cuando estamos viejos, es algo que no queremos que nos dé...pero por eso hay que hacer lo que nos vinieron a enseñar...”

(Mujer de 67 años)

Pre-intervención

“Stando viejo senferma uno aunque no quiera... creo que ya no se cura uno pues ya está uno viejo y jodido con la enfermedad...me canso cuando camino, ahí voy poco a poco, esto es cosa de los años y hay que entenderlo”.

Post-intervención

“No hay que dejar de ir al doctor para no ponerse peor...hay que comer menos grasa...hay que salir a caminar...cuidarse para no ponerse peor”.

(Hombre de 75 años)

Pre-intervención

“La mayoría de las enfermedades dan por no cuidarse, yo me cuido y tengo 7 años con diabetes, me cuido para que no me den otras enfermedades”.

Post-intervención

“Ahora tengo más claro que nunca que la enfermedad en la vejez no debería ser...que todos debemos de aprender a cuidarnos, para vivir una vida sana, sin tener que depender de los demás para movernos, bañarnos, comer...para disfrutar más de nuestra vejez...”

(Mujer de 64 años)

Pre-intervención

“Es más fácil enfermar...a mí me dio diabetes por una impresión muy fuerte...pero veo que hay muchos ancianitos ya viejitos que están bien ni parecen estar tan viejitos”.

Post-intervención

“Aprendí que no es normal enfermarse cuando se llega a viejo...que todo está en el cuidado que tenemos de la salud...y si nos seguimos cuidando como nos vinieron a enseñar podemos ser más sanos aunque estemos enfermos...nos podemos sentir mejor y es lo que queremos en esta edad...”

(Mujer de 65 años)

3. ¿ Tiene alguna enfermedad, por qué cree que le dio?

| |
|--|
| <p><i>Pre-intervención</i></p> <p><i>“No, yo tengo mucha salud, gracias a Dios estoy sana”.</i></p> <p><i>Post-intervención</i></p> <p><i>“No, no tengo ninguna y ahora me he aprendido a cuidar más...me siento más sana, más motivada”</i></p> <p style="text-align: right;"><i>(Mujer de 67 años)</i></p> |
| <p><i>Pre-intervención</i></p> <p><i>“Si, la hipertensión y sé que fue por no cuidarme antes”.</i></p> <p><i>Post-intervención</i></p> <p><i>“Tengo hipertensión, me dio por que mi alimentación no fue muy sana, fumé bastante hace varios años, mis hábitos no fueron muy saludables”</i></p> <p style="text-align: right;"><i>(Hombre de 62 años)</i></p> |
| <p><i>Pre-intervención</i></p> <p><i>“No tengo, me había dado el azúcar (diabetes), a veces me siento medio mal”. Pero estando viejo ya es normal que se enferme, el cuerpo no resiste...ahorita estamos, al rato no sabemos, al rato hasta la vista andamos perdiendo, así es a nuestra edad...sólo Dios sabe qué nos va mandar”</i></p> <p><i>Post-intervención</i></p> <p><i>“Si estoy enfermo, tengo diabetes, ustedes me dieron mis resultados y me avisaron que seguía mal de mi azúcar...fui al doctor y me dijo lo mismo que ustedes, que tengo la diabetes y no se cura...eso me dio porque no me he sabido cuidar y no había hecho caso de cuidarme antes”.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>(Hombre de 61 años)</i></p> |
| <p><i>Pre-intervención</i></p> <p><i>“No, no estoy enfermos, me siento fuerte”.</i></p> <p><i>Post-intervención</i></p> <p><i>“No estoy enfermo...y voy a seguir así...con el ejercicio y con mi alimentación más sana para no enfermarme, ya sabía yo que por algo no me enfermaba...porque me hasta el ejercicio y hasta me ha estado ayudando sin que yo lo supiera para cuidar mi salud...es cosa que uno quiera para estar bien y sentirse alegre, motivado, con ganas de seguir adelante”.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>(Hombre de 72 años)</i></p> |
| <p><i>Pre-intervención</i></p> <p><i>“No, no tengo, sólo que le duele a uno el cuerpo, ya la edad no ayuda en nada”.</i></p> <p><i>Post-intervención</i></p> |

“Si estoy enferma, no es normal que le duela la cabeza, es porque algo tenemos...no es normal, debemos atendernos, ver que nos está pasando y cuidarse, no dejarlo a la desidia..”

(Mujer de 67 años)

Pre-intervención

“Sí, me duele el estómago, ya estoy viejo que más quiere uno, sólo se enferma”.

Post-intervención

“Sí, estoy enfermo, porque no me supe cuidar...hay que cuidarse, comer sano, verduras, tomar agua, porque por eso no se puede obrar bien...el ejercicio nos ayuda a cuidar la salud, hay que cuidarnos porque ustedes ya nos enseñaron, no vamos a sentir mejor y por ejemplo yo ya lo estoy haciendo y me he sentido más bien...”

(Hombre de 75 años)

Pre-intervención

“Sí, me dio diabetes tipo 2, no me cuidé, trabajé con estrés, no comía a mis horas por el trabajo y comía a veces lo que tenía a la mano, las desvelada también me afectaron”.

Post-intervención

“Tengo diabetes, me dio por que mis hábitos no fueron totalmente saludables...lo que sí puedo decir que me controlo muy bien la glucosa y llevo una vida muy sana y activa...”

Pre-intervención

“Si estoy enferma, sufro de diabetes...me dio por el susto que me lleve con la noticia de que mi mamá se había muerto y yo ya iba para verla, no lo creía por eso, porque yo iba para su casa a desayunar con ella y la había visto en la noche anterior y estaba bien, iba a ir a desayunar con ella en ese momento a su casa”.

Post-intervención

“Sí, padezco de diabetes, ahora pienso que me dio por porque tomé mucho refresco en vez de agua, la crema también la comía diario, yo estaba gordita...por eso me dio”

4. ¿Qué hace para cuidar su salud?

Pre-intervención

“Me cuido yendo a mis clases de natación, uso unas cremas que nos ayudan a no vernos tan viejas, tan acabadas, hago dietas, a esta edad procuro no desvelarme tanto para que la cara no se me vea tan mal, tomo mis jugos naturales, salgo de paseo y me voy de vacaciones”

Post-intervención

“Continuo con mi rutina de ejercicio, tomo suficiente agua, mi alimentación es con más verdura”

(Mujer de 67 años)

Pre-intervención

“Hago lo que me dice el Dr., cuidarme, tomo mis medicamentos a mis horas y ya dejé de fumar, como a mis

| |
|---|
| <p>horas, aunque aveces no tengo hambre”.</p> <p><i>Post-intervención</i></p> <p>“Estoy haciendo lo que nos enseñaron ustedes; camino diario media hora, tomo agua suficiente, me ase diario, salgo de vez en cuando a divertirme, como más verduras”</p> <p style="text-align: right;">(Hombre de 62 años)</p> |
| <p><i>Pre-intervención</i></p> <p>“Ahorita no tengo de que cuidarme, no estoy enfermo”.</p> <p><i>Post-intervención</i></p> <p>“Sigo haciendo mi ejercicio, tomo agua, me alimento más sano”</p> <p style="text-align: right;">(Hombre de 61 años)</p> |
| <p><i>Pre-intervención</i></p> <p>“Yo me mantengo contento, corro y camino para estar fuerte, como bien, si se me antoja algo me lo como, a esta edad nos debemos dar ese gusto para estar bien”</p> <p><i>Post-intervención</i></p> <p>“Estoy haciendo lo que ustedes nos enseñaron, el ejercicio que es salir a caminar por las mañanas, comer a mis horas y que la comida tenga muchas verduras, el agua que no me haga falta”</p> <p style="text-align: right;">(Hombre de 72 años)</p> |
| <p><i>Pre-intervención</i></p> <p>“Hay, me pongo alcohol en el cuerpo...me acuesto un rato...me tomo una pastilla y así me tranquilizo un poco”</p> <p><i>Post-intervención</i></p> <p>“Ya no tomo tanta medicina y hasta siento que estoy mejor, ahora la comida casi es sin sal y aunque sea una verdura le pongo, las calabacitas son las que más hago o unos nopalitos..., también me salgo a caminar un rato en vez de quedarme sentada y la cabeza ya muy de vez en cuando me duele”</p> <p style="text-align: right;">(Mujer de 67 años)</p> |
| <p><i>Pre-intervención</i></p> <p>“Tomarse las medicinas para que se quite el dolor”</p> <p><i>Post-intervención</i></p> <p>“Hago lo que ustedes nos dicen que hagamos, comer más verdura, beber agua, caminar, deje el refresco, ya no como tanto pan ni tanta tortilla”</p> <p style="text-align: right;">(Hombre de 75 años)</p> |
| <p><i>Pre-intervención</i></p> <p>“Cambie mi alimentación, he aprendido a cuidarme mejor que antes... como más verdura, como a mis horas y hago ejercicio...me mantengo ocupada, eso me ha ayudado mucho”.</p> |

Post-intervención

“Continuo con haciendo Yoga y Tai-Chi, mi alimentación sigue siendo muy sana, procuro dormir entre 7 u 8 horas, tomo suficientes líquidos”

(Mujer de 64 años)

Pre-intervención

“Me tomo las medicinas, voy a mis consultas nunca falto, hago lo que me diga el doctor...como bien, preparo una bolsita de sopa que me la como en dos días, me alcanza bien para mí y la completo ya sea con un bistec, frijoles, tacos dorados o depende de los que se me antoje, casi no tomo refresco, mejor compro jugo de sabores, el de manzana o mango son los que más me gustan”.

Post-intervención

“Estoy haciendo todo lo que ustedes nos enseñaron, como mucha verdura, hago tres comidas al día y dos colaciones, hago Tai-chi, como frutas, tomo agua, no tomo refresco y duermo bien”

(Mujer de 74 años)

Estas dos preguntas son las que se hicieron a los mismos entrevistados al final de la intervención, dándoles pauta para que expresar sus puntos de vista sobre el programa de envejecimiento saludable. Comentarios que resultan importantes al escucharlos de quienes vivencian el programa. Por una parte contribuyen para conocer sobre su utilidad al hacerlo operativo aplicándolo a la vida cotidiana, y por otra, porque habría la posibilidad de detectar puntos débiles del programa.

5. *¿Le gustó el programa de envejecimiento saludable, ha sido de utilidad en su vida haber participado en él? ¿Por qué?*

Respuestas:

“ Si, me siento diferente, estoy haciendo lo que he aprendido, estoy contenta, sigo con mis clases de natación y ahora menos las voy a dejar...aprendí muchas cosas... a comer, o más bien dicho, aprendí a que mi alimentación debe ser sana, ponerle muchas verduras”.

“ Aprendí a que no debemos consumir todo lo que nos pasan en los anuncios en la televisión que para seguir viéndonos más jóvenes, o para perder peso, para quitarnos las arrugas, la edad..., ahora me siento contenta y no me avergüenza mie dad”.

“ Lo que vinieron a enseñaron con el programa me agradó, me hace sentir bien porque lo pongo estoy haciendo y cuando tenía dudas de algo que nos enseñaban estaba esperando con inquietud a que llegara el martes para preguntarles, hasta lo escribía en mi cuaderno...”

“ Ahora sé que lo más importante es seguir cuidando nuestra salud desde adentro y hacer ejercicio en el tiempo que nos reste de vida para vernos bien y sentirnos bien y eso es lo que a nosotros nos interesa”.

“ Yo quiero dar las gracias personalmente a la UNAM porque nos están tomando en cuenta, por fijarse en nosotros y que nos mandan a ustedes a enseñarnos. Yo personalmente puedo decir que aprendí cosas de la vejez que no sabía. Espero que hagan más programas y nos sigan tomando en cuenta porque es lo que nos falta”.

(Mujer de 67 años)

“El programa es bien, es bueno, porque aprendí mucho y eso es para mí muy importante... Después de que me llevo la jubilación estaba en la casa, al principio fui a pasear, estaba más joven y tenía ánimos, pero luego pasa el tiempo y como que se va perdiendo... después empecé a dejar de salir y en la casa la pasaba sentado viendo la televisión, luego me empezó el dolor de rodillas, me empecé a poner triste porque me empezó a llegar la vejez...los pies y las rodillas cada vez me dolían más y los pies hasta se me empezaron a hinchar y menos me paraba del sillón porque hasta para sentarme el dolor me molestaba mucho... yo creía que ya no iba a poder hacer nada y eso me entristecía...luego mi amigo que me visita me avisó del programa, yole dije que no quería venir pero él me insistió y vine. Luego me interesó y me gustó por eso vine. Vine porque me gustó platicar, ver a otros que más grandes que yo y se ven diferentes y me dije porque yo no voy a venir si me gusta platicar”.

“ Con el programa aprendí a que no debemos dejar de movernos, hora caminamos por las mañana media

hora...nos juntamos nosotros tres y me sigo tomando el medicamentos...las rodillas y los pies me dejaron de doler”.

(Hombre de 62 años)

“ A mí me gustó mucho, y quisiera que siguieran viniendo...estoy haciendo lo que ustedes nos pidieron que hiciéramos, sabemos cuidar. Lo que hice fue ir con el doctor y ya me estoy controlando la azúcar...ya aprendí que me debo cuidar porque ahí la tengo y si no me la cuido bien puedo perder la vista...se me puede empeorar...”

(Hombre de 61 años)

“ Yo vi muy bien el programa, con él ahora sé que el ejercicio es bueno para la salud de uno y que me siento joven porque siempre lo he hecho desde que era un joven y me ha gustado...de mi alimentación, como menos carne de puerco y de res...bebo más agua y que el refresco es mejor no tomarlo. El programa tiene puras cosas buenas nos enseñaron a cuidarnos y a que es importante a nuestra edad, que no debemos abandonarnos y dejarnos enfermar...que nos debemos de querer...”

(Hombre de 72 años)

“ El programa me gustó...aprendí que debemos procurar cuidarnos para tener salud, para sentirnos bien con ánimo... que debemos cuidar donde vivimos para no enfermarse y cuidarse siempre, ahora sí que la edad no es impedimento. Hay que salir a caminar, no quedarse encerrado”.

(Mujer de 67 años)

“ Yo aprendí que debemos cuidarnos... que la comida que comemos nos ayuda al cuerpo o nos hace mal y nos enfermamos...el ejercicio es importante y hay que hacerlo aunque no nos guste...mantenemos limpios bañados, arreglados para no oler mal, la boca no debe de oler mal...si estamos gorditos bajar de peso y hacer ejercicio porque eso ayuda para bajar y no subir”.

“ Estoy agradecido con ustedes y ojalá otros les den lo que nos vinieron a enseñar porque hace falta para que también aprendan a cuidarse”.

(Hombre de 75 años)

“ Realmente estoy muy agradecida con ustedes, con la UNAM y con el Dr. que los manda a enseñarnos, lo que ustedes nos vinieron a enseñar es muy valioso. Hace falta que programas como este se les den a todos los adultos mayores para que sigan aprendiendo y para los que no lo saben aprendan.

Yo sabía que con lo que hago me estaba cuidando y ayudando a cuidarse a otros adultos mayores, pero ustedes me lo vinieron a confirmar y eso me da una gran satisfacción, les puedo decir que ustedes ampliaron mis conocimientos, y ahora con más gusto lo voy a seguir haciendo”.

(Mujer de 64 años)

“El programa me gustó mucho y hasta me ayudó abajar mi azúcar, tengo mi presión bien ya la tengo en 120/80...el azúcar la tenía yo casi siempre en 200, ahorita la tengo en 130, por eso le digo que a mí sí me sirvió el programa... por medio de la alimentación que ustedes nos enseñaban...aprendí cómo debíamos de comer... yo no como las cinco veces al día pero como tres alimentos bien... pero ya no como tanta tortilla. Antes me comía hasta 5, 7, 8 en cada comida, ahora nomás una ó dos, por ejemplo si en la mañana me como una o dos, en la comida ya no como tortilla así es mi alimento... y hago de vez en cuando arroz, sopa de pasta, pero anteriormente me hacía todo el paquetito y sin verdura y me lo comía completo en dos días cuando mucho yo sola porque vivo sola... ahora no. Eso lo aprendí con ustedes...antes yo estaba mal porque el Dr. Me pedía siempre que me cuidara y esa era mi manera de cuidarme, yo creía que así me estaba cuidando bien pero el azúcar no me bajaba y me decía y me decía que me tenía que cuidar...y ahora yo aprendí a cuidarme con lo que ustedes nos enseñaron...ahora me apuro para venir aquí cuando ustedes vienen porque me gusta y los otros días me voy y camino por que ya lo aprendí que es bueno... tomo agua ya no como antes tampoco, que compraba sobres de sabores para prepararla y tampoco me tomaba toda. Ahora el agua que tomo es simple y es más”.

(Mujer de 65 años)

6. ¿Cambiaría algo del programa, qué cambiaría?

| Respuestas |
|---|
| <p><i>“No cambiaría nada del programa, nuevamente doy las gracias a la UNAM por pensar en nosotros, por tomarnos en cuenta a los viejos”.</i></p> <p><i>“Ahora lo que he aprendido se lo estoy enseñando a mi hijo y a su esposa para que aprendan a cuidarse y aprendan a cuidar a mi nieta. Es muy útil todo por eso no le cambiaría por ahora nada”.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>(Mujer de 67 años)</i></p> |
| <p><i>“No hay nada que se le pueda quitar todo está interesante...muy bien”.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>(Hombre de 62 años)</i></p> |
| <p><i>“No, el programa está muy bueno sigan viniendo a enseñarnos. Lo único que me costó es contestar el libro porque no estoy acostumbrado a estar escribiendo y me tardo...antes no lo hacía y prefiero hacer otras cosas porque no me gusta...”</i></p> <p style="text-align: right;"><i>(Hombre de 61 años)</i></p> |
| <p><i>No, es el tiempo el que hace falta, se nos fue muy rápido...no quería que se terminara. Hasta me gustaría que no se terminara y nos siguieran enseñando otras cosas de los viejos...”</i></p> <p style="text-align: right;"><i>(Mujer de 72 años)</i></p> |
| <p><i>Realmente no sé, a mí me gustó, a los demás debería de preguntarles si ellos si piensan en algo...falte dos veces pero fue por mi hija que la fui a ver, no era porque no me gustara...”</i></p> <p style="text-align: right;"><i>(Mujer de 67 años)</i></p> |
| <p><i>“No estaría bien que le cambien... sólo si ustedes quieren pero está bien porque nos enseña mucho...de ahí aprendí muchas cosas que no sabía...me gustó cuando nos enseñaron que el ejercicio es lo que nos va ayudar a la salud...los alimentos no deben tener grasa y debemos comer pepitas, almendras...beber más agua porque antes casi no tomaba tanta...veo otros viejos que se quejan y no hacen nada para cambiar...mejor se quejan nada más...yo lo aprendí con lo que nos enseñaron que aunque estemos viejos si uno quiere va cambiar pero debe ser para mejor”</i></p> <p style="text-align: right;"><i>(Hombre de 75 años)</i></p> |
| <p><i>No le cambio, al contrario, este programa deben llevarlo a otras comunidades, esto lo deberían de estar enseñando a otros adultos mayores porque es muy importante y nadie lo hace...veo que no hay aun quien se haya interesado por llevar fuera de los hospitales la salud...es importante aprender a cuidarse, como ustedes nos repetían, hay que enseñarles cómo hacerlo”</i></p> <p style="text-align: right;"><i>(Mujer de 64 años)</i></p> |
| <p><i>Nunca lo había pensado, para mí fue muy benéfico, yo que cuido a mi hermano que está enfermo le preparo la comida como aprendí en el programa y él no estaba acostumbrado a comer mucha verdura, hasta dice que le gusta lo que le preparo pero está sorprendido y él se siente mejor, al principio me costó para que se comiera la comida...no estaba acostumbrado y tomaba mucho refresco cuando tenía sed, hasta lo tenía en el refrigerador, eso no le hacía falta...ya cuando le explique del agua y me vio como la tomo me empezó a creer porque se quiere curar.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>(Mujer de 74 años)</i></p> |

7. DISCUSIÓN

La transición demográfica en México está siendo revestida por distintos acontecimientos; el cambio en la manera de enfermar, los aspectos políticos, sociales, culturales, económicos, educativos, ambientales, etc. En este mirar, se centra la tarea gerontológica y del trabajo social, que tienen entre sus funciones, incursionar a nivel comunitario e individual para mantener o recuperar la funcionalidad física, mental y social en la vejez y mejorar la calidad de vida, a través de acciones y programas que contrarresten los efectos negativos causados por estos condicionantes. Procurando de esta manera la inserción social tanto de grupos, como de individuos.

Se puede decir que la vejez es una etapa del ciclo vital humano que forma parte del envejecimiento, el cual, desde la óptica biológica puede ser definido como “un proceso gradual y adaptativo caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debido a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos biológicos, psicológicos y sociales que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo”, Mendoza, (2008). No obstante, los factores socioculturales son una variable que también inciden en dicho proceso, repercutiéndolo invariablemente.

Históricamente, desde el punto de vista socio-antropológico, la vejez forma parte de una construcción social que la ha representado bajo dos dimensiones: por un lado, la representa como una parte buena, sagrada, como un cúmulo de sabiduría y experiencia que puede aportar a las nuevas generaciones; por la otra parte, ha sido motivo de rechazo, de vergüenza y por lo tanto, no deseada. Partiendo de este último punto de vista, en la presente época a la vejez se le representa como una etapa de obsolescencia, pérdidas, decrepitud, aislamiento, dependencia, soledad y tristeza, además de asociarla con la enfermedad, lo que ha generado una visión

sesgada puesto que se trata de una carga de estereotipos y prejuicios con que se le mira.

Las evidencias científicas han demostrado que dichos estereotipos operan inadvertidamente en los ancianos, llevándolos a tomar decisiones inadecuadas, principalmente cuando se trata de la salud, debido al grado de desconocimiento gerontológico sobre la vejez y el envejecimiento, reforzando de esta manera una posición viejista.

En relación a estos planteamientos, en la presente investigación se encontró que los adultos mayores que participaron en el estudio, presentaron alto predominio de actitudes negativas a la vejez, al inicio de la intervención, lo cual concuerdan con la representación social que se tiene de la misma en la presente cultura occidentalista; que privilegia la juventud, la belleza y la fuerza física, desvirtuando y subordinando la vejez, con afecciones negativas, puesto que hace creer que ser viejo es algo malo, vergonzoso o indeseable, que es un periodo de pérdidas y decadencia, a la vez que se le asocia con la enfermedad, haciendo creer que las personas mayores son menos dinámicas y tienen menos valor.

Datos que también guardan relación con las palabras expresadas por los adultos mayores entrevistados al inicio del programa, cuando se les preguntó lo que significa para ellos ser viejo, entre las respuestas que dieron:

-“falta de salud, enfermedad como característica propia de la edad, pérdida de funcionalidad física, dependencia, aislamiento, soledad y la tristeza”.

De lo cual, se observa una percepción viejista, con la que inconscientemente corren el riesgo de estarla reproduciendo en actitudes autodiscriminatorias que sesguen su participar en actividades sociales, políticas, culturales, económicas, espirituales, cívicas etc., y entre lo más importante, que repercutan en las medidas que toman para el cuidado de su salud, al asociar la vejez con la enfermedad. No

obstante, indagar en esta postura viejista, fue el elemento central de esta investigación.

En este sentido, continuando con la misma pregunta, cabe mencionar que al inicio del trabajo con los núcleos gerontológicos, en las primeras sesiones para dar entrada al tema de vejeísmo, se lanzó la misma pregunta a todos los adultos mayores para trabajarla a manera de debate. Llama la atención que cuando dieron sus respuestas, normalmente hicieron énfasis en “el otro” el que está viejo, el que es achacoso, de carácter regio, enfermo, el que usa bastón, el que está enfermo, al que se debe ayudar, proveer, asistir. Haciendo mención que a pesar de la condición de salud y del humor que tuvieran, referían que eran personas de mucha experiencia y sabiduría.

Respuestas que tienen sentido, en el entendido de que se trata de la percepción que subyace a la representación social de la vejez, y que Jodelet las refiere de la siguiente manera: *las RS, “corresponden con la manera en que los sujetos sociales aprehenden los acontecimientos de la vida diaria, las características del medio ambiente, las informaciones que en él circulan, las personas del entorno próximo o lejano. Siendo un conocimiento espontáneo, ingenuo o de sentido común, por oposición al pensamiento científico”, (1986).*

Continuando con el análisis de actitudes a la vejez; en los hallazgos se encontró que el predominio de actitudes negativas a la vejez, que al inicio se mostró alto, baja después de la intervención, lo cual se observa en los porcentajes del mismo al inicio y al final de la intervención, siendo estadísticamente significativo. Suceso que concuerda con las evidencias científicas sobre éstos tipos de estudio, que sugieren que para cambiar la imagen de la vejez, es necesario transmitirles conocimientos gerontológicos explicándoles el proceso de envejecimiento y la vejez.

Asimismo se observa en el análisis de las actitudes negativas a la vejez con los parámetros bioquímicos, como los resultados de las pruebas estaban más elevadas al inicio del programa que cuando finalizó, en los adultos de bajo predominio. Lo cual lleva a suponer que los adultos mayores al aprender sobre el proceso de envejecimiento, modificaron sus conocimientos y cambiaron la visión que tenían sobre la vejez y la salud en la vejez, motivándose a adoptar estilos de vida saludables como son: el ejercicio físico, autoestima, la alimentación sana y equilibrada, mejorar sus hábitos de sueño, lo que les mejoró la salud. Situación que también podría estar explicando, por qué disminuyó la tensión arterial sistólica y diastólica al final de la intervención, en los grupos de bajo predominio de actitudes negativas a la vejez.

Suposición que surge al contemplar las respuestas de la entrevista, al haberles planteado las siguientes preguntas:

¿Qué piensa de la enfermedad en la vejez?, ¿tiene alguna enfermedad, por qué cree que le dio?

A lo que expresaron:

-“Estar enfermo se debe a la edad...”

-“Ya stando viejo senferma uno aunque no quiera...yo no quería enfermarme. Me siento mal, antes no me sentía así porque no staba yo así, creo que ya no se cura uno pues ya está uno viejo y jodido con la enfermedad...me canso cuando camino, ahí voy poco a poco, esto es cosa de nuestros años y hay que entenderlo”.

-“Pero estando viejo ya es normal que se enferme, el cuerpo no resiste...ahorita estamos, al rato no sabemos, al rato hasta la vista andamos perdiendo, así es a nuestra edad...sólo Dios sabe qué nos va mandar”; “No, no tengo, sólo que le duele a uno el cuerpo, ya la edad ahorasi que no ayuda en nada

Dicha postura, resalta el pensamiento que es elaborado y compartido socialmente, que se constituye a partir de las propias experiencias e informaciones y modelos de pensamiento que se reciben y transmiten a través de la tradición, la educación y la comunicación social. Siendo a un mismo tiempo, producto y proceso de una actividad de apropiación de una realidad externa y de la elaboración psicológica y social de esa realidad; siendo pensamiento constitutivo y constituyente de una representación social.

Al analizar propiamente los estilos de vida saludables, como parte de las estrategias fundamentales en la prevención y control de la DM 2 e HTA, y para el fomento de un envejecimiento saludable, se obtuvo un resultado favorable encontrado en el grupo de bajo predominio de actitudes negativas a la vejez, que aumentó las medidas de autocuidado, auto-estima, alimentación, higiene del sueño, higiene corporal e higiene ambiental.

Podría decirse que éstos resultados fueron posibles gracias al interés que mostraban los adultos mayores por aprender nuevas estrategias que les ayudaran a cuidar o mejorar su estado de salud, y sobre todo al hacerlas parte de su vida cotidiana. Lo que podría predecir la eficacia del programa, al haber una visible disminución en los resultados de los valores de glucosa, TAS, TAD; y las LDL, siendo estadísticamente significativos, y al bajar los promedios de los triglicéridos, colesterol y la HbAc1, y aumentar el promedio de HDL, aun cuando estos últimos no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a estos resultados, cabe mencionar que en otras investigaciones sobre estilos de vida saludables, ya se había demostrado que las estrategias de autocuidado, alimentación, autoestima y ejercicio físico, son acciones encaminadas para alcanzar un envejecimiento saludable y controlar DM 2 e HTA, (Rosado, 2011; Lagunas, 2012)

En este sentido, los hallazgos obtenidos en este estudio muestran que a medida que se puede disminuir la carga de auto-prejuicios y auto-estereotipos de la vejez, es posible estimular la adopción de estilos de vida saludables y estrategias de autocuidado y autoestima que se reflejan en la mejora de la salud. Lo cual puede deducirse al observar una asociación positiva entre el puntaje de las actitudes negativas a la vejez y los parámetros bioquímicos, en la que se encontró que mejoraron los valores de triglicéridos, colesterol, LDL, glucosa y HbA1c al final de la intervención, siendo estos resultados estadísticamente significativos.

En este sentido, se puede inferir que una imagen con menos prejuicios y estereotipos de la vejez, facilita el empoderamiento de los adultos mayores a través de fundamentos teórico gerontológicos, sirviéndoles de herramienta para el cuidado de su salud, y con ello, disminuir el riesgo de discapacidad y para que mejoren su calidad de vida.

El cuidado de la salud fue importante, en todo momento de la intervención con el programa, por lo que fue importante preguntar a los entrevistados ¿qué hacen para cuidar su salud?

Es evidente en las respuestas que dieron sobre las medidas de autocuidado que llevaban a cabo, que eran distintas entre los adultos mayores, puesto que dependían de la escolaridad, del rol anterior y de la situación económica que cursaban; entre ellos hubo una maestra y un maestro -ambos jubilados de primaria- una enfermera jubilada del ISSSTE, una estilista, un carpintero y un señor que sólo se dedicó al campo.

-“Me dedico el tiempo a mí, a mi vida, ahora yo me cuido yendo a mis clases de natación, uso unas cremas que nos ayudan a no vernos tan viejos estar tan acabados, hago dietas, a esta edad procuro no desvelarme tanto para que la cara no se me vea tan mal, tomo mis jugos naturales, salgo de paseo y me voy de vacaciones”. (Mujer jubilada de 67 años de edad)

-“Cambie mi alimentación, he aprendido a cuidarme mejor que antes... como más verdura, como a mis horas y hago ejercicio...me mantengo ocupada, eso me ha ayudado mucho”.
Mujer de 64

-“Hago lo que me dice el Dr., cuidarme, tomo mis medicamentos a mis horas y ya dejé de fumar”. Como a mis horas, aunque a veces no tengo hambre”. (hombre de 62 años);

-“Me tomo las medicinas, voy a mis consultas nunca falto, hago lo que me diga el doctor...como bien, preparo una bolsita de sopa que me la como en dos días, me alcanza bien para mí y la completo ya sea con un bistec, frijoles, tacos dorados o depende de los que se me antoje, casi no tomo refresco, mejor compro jugo de sabores, el de manzana o mango son los que más me gustan”. (Mujer de 74 años).

-“Hay, me pongo alcohol en el cuerpo...me acuesto un rato...me tomo una pastilla y así me tranquilizo un poco”. (Mujer de 67 años).

No obstante, estas respuestas se modificaron después de que participaron en el programa, y entre lo importante que se puede destacar es que ellos modificaron algunas conductas, principalmente en sus hábitos:

-Como menos tortillas, tomo agua, salgo a caminar, casi no le pongo sal a la comida, ya no me hago tacos de crema, como más verduras, no tomo tanto líquido por la tarde y no che, y puedo dormir más porque no me levanto al baño...

Al final del programa los adultos mayores se mostraron satisfechos por haber participado en el programa y haber aprendido a cuidarse:

-“ Yo aprendí que debemos cuidarnos... que la comida que comemos nos ayuda al cuerpo...el ejercicio es importante y hay que hacerlo aunque no nos guste...estoy agradecido con ustedes y ojalá otros les den lo que nos vinieron a enseñar porque hace falta para que también aprendan a cuidarse”. (Hombre de 75 años).

-“Yo sabía que con lo que hago me estaba cuidando y ayudando a cuidarse a otros adultos mayores, pero ustedes me lo vinieron a confirmar y eso me da una gran satisfacción, les

puedo decir que ustedes ampliaron mis conocimientos, y ahora con más gusto lo voy a seguir haciendo". (Mujer de 64 años)

"El programa me gustó mucho y hasta me ayudó abajar mi azúcar, tengo mi presión bien ya la tengo en 120/80...el azúcar la tenía yo casi siempre en 200, ahorita la tengo en 130, por eso le digo que a mí sí me sirvió el programa... por medio de la alimentación que ustedes nos enseñaban...aprendí cómo debíamos de comer... ya no como tanta tortilla, antes me comía hasta 5, 7 u 8 en cada comida, ahora nomás una ó dos...hago de vez en cuando arroz o sopa de pasta, pero anteriormente me hacía todo el paquetito y sin verdura y me lo comía completo en dos días yo sola porque vivo sola, ahora no ...ahora me apuro para venir aquí cuando ustedes vienen porque me gusta y los otros días me voy y camino por que ya lo aprendí que es bueno... tomo agua". (Mujer de 74 años).

Los adultos mayores señalaron que haber participado en el programa los hacía sentirse contentos con ellos mismos porque aprendieron cosas nuevas. Comentaron que seguirían participando en otras actividades, que se habían dado cuenta que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial no tienen cura, pero sí se pueden controlar, siempre y cuando pusieran en práctica los estilos de vida saludables que se les enseñaron.

Respecto a las actitudes negativas a la vejez, resaltaron que la vejez no debe causarles rechazo, y no es motivo para descuidar su propia persona, que no hay enfermedades que den solo por llegar a la vejez.

Siguiendo en la línea de nuestros resultados, se puede inferir que el elevado grado de actitudes negativas a la vejez es subsecuente a la imagen estereotipada del envejecimiento, y que alude a una presencia viejista de la sociedad. Lo cual compromete el estado de salud de los adultos mayores, puesto que es frecuente la asociación que hace de la vejez con la enfermedad, siendo un suceso comprensible tras vislumbrar la falta de conocimientos gerontológicos que ha predominado durante mucho tiempo en la sociedad.

Por lo que se puede decir que: reducir el grado de actitudes negativas a la vejez, permitió llevar un mejor control de la diabetes mellitus y de la hipertensión arterial a los adultos mayores con dicho padecimiento, lo cual puede ser observado a través del mejoramiento que se encontró en los marcadores bioquímicos de glucosa, colesterol, triglicéridos, HDL, LDL y HbA1c, y al reducir los valores de la TAS y de la TAD.

En este sentido, se puede señalar que los adultos mayores se representaron la vejez de manera diferente después de haber participado en el programa de envejecimiento saludable, y que es probable que hayan modificado algunas de sus actitudes, lo cual puede deducirse al ver como baja el predominio de actitudes negativas a la vejez al final de la intervención. Datos que permiten suponer que al recibir la información sobre vejez, estilos de vida saludables y las estrategias de autocuidado, con enfoque gerontológico, los adultos mayores pasaron por un proceso de reconceptualización de la vejez y sensibilización que les permitió actuar y tomar decisiones diferentes a las usuales sobre su vida y, especialmente en lo referente al cuidado de la salud.

Por otro lado, el dotar de conocimiento a los adultos mayores, es empoderarlos, dándoles las herramientas que les serán de utilidad en lo restante de su vida, es despertarles nuevas esperanzas, cuando ellos suponían que en la vejez no hay nada más que hacer.

Finalmente, cabe mencionar que en el fenómeno del envejecimiento, la salud se posiciona en problema de agenda pública emergente que demanda la elaboración de programas sustentables que tengan entre sus principios, cambiar la imagen social de la vejez, para poder dar inicio a una nueva cultura del envejecimiento.

8. CONCLUSIONES

Hipótesis

- *Tomando en cuenta lo reportado por otros estudios sobre la relación del conocimiento de los adultos mayores sobre cambios biológicos de la vejez y las capacidades prevalentes en esta etapa, suponemos que el grupo de ancianos detectado con predominio de actitudes negativas a la vejez mostrará una disminución estadísticamente significativa en el grado y proporción de dichas actitudes después de su participación en el programa de envejecimiento saludable.*
- *Considerando la efectividad de programas de gerontología comunitaria para la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, suponemos que el programa de envejecimiento saludable enmarcado en el envejecimiento activo propiciará una mejoría estadísticamente significativa en indicadores clínicos y marcadores bioquímicos de la HTA y la DM2.*
- *Enmarcados en la influencia de los auto-prejuicios y auto-estereotipos de los adultos mayores sobre su participación activa en programas a nivel comunitario, suponemos que se observará una asociación estadísticamente significativa entre el alto predominio de actitudes negativas a la vejez con el menor grado en las medidas de autocuidado para la prevención y control de la HTA y la DM2.*

Conclusiones

- Nuestros resultados apoyan la propuesta de que el conocimiento sobre los cambios biológicos, sobre el envejecimiento, las capacidades físicas, psicológicas y sociales que se mantienen sobre la vejez, cambia la auto-percepción negativa de la vejez de los adultos mayores.

- Los hallazgos del estudio sugieren que el programa de envejecimiento saludable enmarcado en el envejecimiento activo tiene un efecto positivo para la prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2.
- Los datos observados después de la intervención comunitaria sugieren que las actitudes negativas sobre la vejez tienen una influencia estadísticamente significativa sobre el grado de autocuidado de los adultos mayores para la prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2.
- Se observa, que con la información impartida durante el programa, se pueden contrarrestar los prejuicios y estereotipos que tienen los adultos mayores asociados al envejecimiento, logrando de esta manera, percibir de forma diferente la vejez y el envejecimiento, lo que les permite tomar mejores decisiones respecto al cuidado de su cuerpo, basadas en la información y reflexión, obteniendo con ello, elementos para buscar su empoderamiento.

9. PERSPECTIVAS

- Es conveniente continuar con esta línea de investigación con tamaño de muestras representativas y análisis mixtos (cuali-cuantitativos) a largo plazo.
- Los resultados sustentan la propuesta de implementar y desarrollar programas de gerontología comunitaria enmarcados en el envejecimiento activo para la prevención y control de las enfermedades crónicas no degenerativas.

REFERENCIAS

- Abric, J.C. (2001). "A structural approach to social representations". En: Deaux, K., Philogene, G. Representations of the social. Bridging theoretical traditions. Massachusetts: Blackwell Publishers.
- Acosta, R., Hernández, J.A. (2004). "La autoestima en la educación". Chile: Universidad de Tarapacá.
- Aguilar-Navarro, S.G., Ávila-Fuentes, J.A. (2010). "Diabetes and aging". *Revista de Investigación Clínica*, 62, 302-304.
- Albala, C., Lebrão, M.L., León, E.M., Ham-Chande, R., Hennis, A.J., Palloni, A., et al. (2005) "Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5), 307–22.
- American Diabetes Association. (2013). "Diabetes tipo 2". Disponible en: <http://www.diabetes.org/>
- Araya, S. (2002). "Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión". Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO.
- Arronte, A. (2008). "Higiene del sueño" en: Mendoza-Núñez, V.M., Martínez-Maldonado, M.L., Vargas, L.A. Gerontología comunitaria. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Barceló A, Valera G, Cafiero E, Cotelea S, Orduñez P, Silvana L, Pérez M, Prieto E, Legetic B. (2009). "Hospedales. Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad". Montreal-Canadá. Organización Panamericana de la Salud, 9-12.
- Barrantes-Monge, M., García-Mayo, E., Gutiérrez-Robledo, L.M., Miguel-Jaimes, A. (2007) "Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos". *Salud Pública de México*, 49, (Supl 4), S459-S466.
- Beaman, P., Reyes, S., García-Peña, C., Cortés, A.R. Grupo Nacional de Investigación sobre el Envejecimiento en el IMSS, (2004). "Percepción de la salud entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social". En: Muñoz, O., García-Peña, C., Durán-Arenas, L. Disponible en: <https://ddsudg.files.wordpress.com/2014/06/la-salud-del-adulto-mayor-imss-2004.pdf>
- Beauvoir, S. (1983). "La vejez". Barcelona: Edhasa.
- Bodner, E. (2009). "On the origins of ageism among older and younger adults". Cambridge: Cambridge University.
- Casal, S. (2005). "Los estereotipos y los prejuicios: cambios de actitud en el aula de L2". *Estudio de Lingüística Inglesa Aplicada*, 6, 135-149. Disponible en: <http://institucional.us.es/revistas/elia/6/art.7.pdf>
<http://www.dialnet.uniroja.es/serviet/articulo?codigo=2054980> [Consulta: 28 julio de 2014].

Castellano, F. C.L., De Miguel, A. (2010). "Actitudes de los ancianos hacia el envejecimiento". En: Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 259-279. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/261/estereotipos-viejistas-en-ancianos-actualizaci-ES.pdf>

CELADE/CEPAL, (2006). "Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez". Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: <http://www.eclac.cl/celade/envejecimiento>

Chapela, M. C. (2010), "Diabetes, obesidad, ocultamientos y promoción de la salud", in M. C. Chapela (ed.), *En el debate: Diabetes en México*, México, Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, Capítulo 5: 135-163.

Chapin, R., Becker, A., Gordon, T., Terrebone, S. (2002), "Ageims and the older adult resources brief overview". Kansas: Universidad de Kansas.

Clémence, A. (2000) "Social Positioning and social representations" en *Representations of the social. Bridging theoretical traditions*. Massachusetts: Blackwell Publishers;. P.83-95.

Concejo Nacional de Población. (2005). "De la población de México 2005-2050". Disponible en: <http://www.conapo.gog.mx/>

Consejo Nacional de Población. (2000). "En 2010, la esperanza de vida de los mexicanos es de 75 años". Boletín del Consejo Nacional de Población, 05.

Correa, E., Casillas, L., Vargas, L. (2008). "Alimentación y nutrición durante el envejecimiento". En: Mendoza, V.M., Martínez, M., Guadarrama, L. "Gerontología comunitaria". México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM: 2008

Correa, E., Casillas, L., Vargas, L. (2008). "Alimentación y nutrición durante el envejecimiento". en Mendoza, VM., Martínez, M., Guadarrama, L.A. Gerontología comunitaria. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

Crespo, M. (2002). "Antropología de los cuidados en el anciano: evolución de los valores sociales sobre la vejez a través de la historia". España: Universidad de Alicante. Disponible en: http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/manuel_lillo_crespo2.htm

Ding, J., Strachan, M.W., Reynolds, R.M., Frier, B.M., Deary, I.J., Fowkes, F.G., Lee, A.J., McKnight, J., Halpin, P., Swa, K., Price, J.F.; Edinburgh Type 2 Diabetes Study Investigators. (2010). "Diabetic retinopathy and cognitive decline in older people with type 2 diabetes: the Edinburgh Type 2 Diabetes Study". *Diabetes*, 59, 2883-9.

Stefani, D., Rodríguez, F. N. (1998). "Actitudes hacia la vejez y nivel socioeconomic". *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20 (2),207-216.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). "Seguro popular y gasto en salud en hogares mexicanos: consolidar el efecto protector. Evidencia para la política pública en salud". México: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

Federación Mexicana de Diabetes. (2009). "Cuidados preventivos y complicaciones en la tercera edad". México: Federación Mexicana de Diabetes.

Fernández-Ballesteros, R. (1996). "Psicología del envejecimiento: lección inaugural del curso académico". Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Ferrero, G.A., Álvarez, M.P., Huerta, N., Stivelberg, A., Terán, A., Carrión, C., et al, (1988). "Envejecimiento y vejez: nuevos aportes". Argentina: Editorial Atuel.

Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J., Stern, C., Lozano, R., Sepúlveda, J. (1991). "La transición epidemiológica en América Latina". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 111(6):487.

García, J., Melián, J. (1993). "Hacia un nuevo enfoque del trabajo social". España: CEP S.L.

Gascón, D.L. (2009). "Introducción a la antropología social: biologicismo, corporalidad y vejez". México: Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, UNEVE.

Gastron, L., Vujosevich, J., Andrés, H., Oddone, M.J. (2002). "La vejez como objeto de las representaciones sociales". En: Jornads, G. G. Instituto de investigaciones sociales Gino Germain. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales; Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/gastron.rtf>

Gómez, L.R. (2006). "Estatus social y rol de la ancianidad". En: Miradas sobre la vejez: un enfoque antropológico. México: Editorial Plaza y Valdez- El Colegio de la Frontera Norte.

González, C. (2012). "Los determinantes: los cambios demográficos. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción". México: Academia Nacional de Medicina de México, Academia Mexicana de Cirugía, Instituto Nacional de Geriátrica, Universidad Nacional Autónoma de México.

González-Chávez, A., Becerra-Pérez, A. R., Carmona-Solís, F. K., Cerezo-Goiz, M.I.A., Hernández-Hernández, H., Lara-Esqueda, A. (2001). "Ejercicio físico para la salud." *Revista Mexicana de Cardiología*, 12 (4), 168-180.

González, JG. (2001). "El envejecimiento: aspectos sociales". Costa Rica: Universidad San José Costa Rica.

Gutiérrez, L.M. (2004). "La salud del anciano en México y la nueva epidemia del envejecimiento: La situación demográfica de México". <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/dh/k.pdf>

Guzmán, J.M., Huenchuan, S. (2002). "Imagen del envejecimiento". Santiago de Chile: CELADE/División de la población, CEPAL.

Hernández-Pozo, M., Torres, M., Coronado, O., Herrera, A., Castillo, P., Sánchez, A. (2009). "Actitudes negativas hacia la vejez en población mexicana: Aspectos psicométricos de una escala" en: González-Celis, R. *Evaluación en Psicogerontología*. México: El Manual Moderno.

Huenchuan, S. (2005). "Políticas sobre América Latina: elementos para su análisis y tendencias generales". Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, p.160.

- Huici, C., Ros, M. (1993). "Identidad y diferenciación intergrupal" *Psicothema*, 5, 225-236. Disponible en: <http://www.psychothema.com/pdf/1140.pdf>
- Ibáñez, T. (1994). "Representaciones sociales. Teoría y método". En: *Psicología social construcciónista*. México: Universidad de Guadalajara, p.153-216.
- Jasper-Faiter, D., Huenchuan, S., Guzmán, J.M., Schkolnik, S., Villa, M., González, D., et al. (2007). "Informe sobre la aplicación de la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento". Santiago de Chile: CEPAL.
- Jodelet, D. (1998). "La representación social: fenómenos, concepto y teoría" en: Moscovici, S. *Psicología Social II*. España: Paidós, p. 469-481.
- Lagunas, L.A. (2012). "Impacto de un programa de envejecimiento saludable para la prevención y el control de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial en el marco del envejecimiento activo". Tesis. Posgrado en Trabajo Social, UNAM.
- Levy, B.R., Banaji, M.R. (2004). "Implicit Ageism". In: Nelson, T.D. *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: MIT Press.
- LIM. (2011). *Generación sobre evidencia científica. Sobre salud y grupos vulnerables*. México: Instituto Nacional de Salud Pública CISS.
- Lopes, P. N. (1973). "Transición Demográfica: ¿resumen histórico o teoría de la población?" *Demografía y Economía*, VII (1), 86-94. Disponible en: http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/FG4A68D889KKCNUGM_R9IS4EITXF7M7.pdf
- Losada, A. (2004). "Edadismo: Consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención". Madrid: Portal Mayores, informes Portal Mayores. Disponible en: <http://www.imsersomayores.scic.es/documentos/losada-edadismo-01.pdf>
- Maravall, H. (1997). "La atención a la dependencia: El gran reto de la política social hacia las personas mayores". *Investigaciones Psicológicas*, 6, 9-19.
- Mejía-Arango, S., Zúñiga-Gil, C. (2011). "Diabetes mellitus como factor de riesgo de demencia en la población adulta mayor mexicana". *Revista de Neurología*, 53(7), 397-407.
- Mendoza, V.M., Vargas, G.L.A. (2008). "La hipertensión arterial sistémica" en: *Gerontología comunitaria*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.p. 139-159.
- Mendoza, V.M., Sánchez, M.A. (2008). "Diabetes Mellitus". En Mendoza Núñez, V., Martínez Maldonado, M.L. *Gerontología comunitaria*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, p.119-129.
- Mendoza-Núñez, V.M., Martínez-Maldonado, M.L., Vargas-Guadarrama, L.A. (2008). "Viejismo: prejuicios y estereotipos de la vejez." México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

- Mendoza-Núñez, V.M., Martínez-Maldonado, M.L., Correa-Muñoz, E., (2009). "Implementation of an active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly". *BMC Geriatrics*. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/9/40>
- Mendoza-Núñez, V.M., Sánchez-Rodríguez, M.A., Correa-Muñoz, E. (2008). "Estrategias para el control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario". México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. p.48-56.
- Mendoza, V.M., Maldonado, M.L. (2008). "Programa de envejecimiento saludable para la prevención y control de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial". México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Mendoza, V.M., Martínez, M.L., Correa, E. (2008). "Estrategias para el control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario". México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Mendoza, V.M., Sánchez, M.A. (2008). "Diabetes mellitus". En: Gerontología comunitaria. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM.p.119-129.
- Moñivas, A. (1994). "Epistemología y representaciones sociales: concepto y teoría". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (4), 409-419.
- Moñivas, A. (1998). "Representaciones sociales de la vejez (modelos de disminución y crecimiento)". *Anales de Psicología*, 14 (1), 13-25. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v14/v14_1/mv03v14-1.pdf
- Mora, M. (2002). "La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici". *Athenea Digital*, 2. Disponible en: <http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf>
- Morales, M.E. (2006). "Chile envejece: prospectiva de los impactos políticos y sociales de este fenómeno hacia el bicentenario 2006". Disponible en: <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/chien.htm>
- Morán, M. (2004). "Gerontología social aplicada: visiones estratégicas para el trabajo social". Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Moreno, M., García, I., Fresneda, M.D. (2001). "Autoestima y satisfacción vital en personas mayores" *Profesorado*, 5(1). Disponible en: <http://www.ugr.es/~recfpro/rev151COL7.pdf>
- Moya, M. (2003). "Creencias estereotípicas y género: Sexismo ambivalente.". En: Paéz D., Fernández, I., Ubillos, S., Zubieta, E. *Psicología social, Cultura y Educación*". Madrid: Pearson. p.789-797.
- Naciones Unidas (1982). "Plan de Acción sobre el envejecimiento: Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento". Viena: Naciones Unidas y OMS.
- Naciones Unidas. (2002). "Informe Sobre la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento". Madrid: Naciones Unidas.

- Nadal, J. Carrera, A. Sudriá, C. (1978). "La economía española en el siglo XX: una perspectiva histórica". Barcelona: Editorial Ariel.
- Neugarten, L.B. (1999). "Los significados de la edad". Barcelona: Herder.
- NOM, (2005). "Norma Oficial Mexicana para la promoción y educación para la salud en materia alimentaria". México: NOM-043-SSA2-2005.
- Novelo, H. (2003). "Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década" *Revista de Salud Pública y Nutrición RESPYN*, 5-2003,
- Organización de las Naciones Unidas, (1982). Informe sobre la Primera Asamblea Mundial del Envejecimiento. Viena: ONU.
- Organización Mundial de la Salud (2003). "Envejecimiento Activo: un marco político" *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37 (2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud. (1990). "Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de un grupo de estudio de la OMS (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 797)". Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). "Envejecimiento saludable: el envejecimiento y la actividad física en la vida diaria. Programa sobre Envejecimiento y salud". Ginebra:OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). "Datos interesantes acerca del envejecimiento". Ginebra:OMS. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). "Día Mundial de la diabetes". Ginebra: OMS. Disponible en: <http://www.worlddiabetesday.org/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). "Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010: resumen de orientación". Ginebra: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/gho>
- Páez, D. (2003). "Relaciones intergrupales". En: Páez, D., Fernández, I., Ubillos, S. E. Zubieta. E. *Psicología Social, Cultura y Educación*. Madrid: Pearson. p. 752-769.
- Parales, C. Dulcey, E. (2002). "La construcción social del envejecimiento y de la vejez: un análisis discursivo en prensa escrita". *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (2), 107-121. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80534209.pdf>
- Perera, M. (1999). "A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad". La Habana: Centro de Investigación en Estudios Psicológicos y Sociológicos. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_sociales.pdf
- Pérez, L. (2006). "La estructura de la vejez: Nuevas y viejas formas de envejecer". Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO.
- Prieto, R. O. (1999). "Gerontología y geriatría: breve resumen histórico". *RESUMED*, 12, 51-54. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res01299.pdf

Rosado, J. (2011). "Efecto de la caminata y el Tai Chi sobre los marcadores biológicos de estrés oxidativo e inflamación crónica en ancianos". Tesis Doctoral Posgrado en Ciencias Biológicas. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Ruiz, J.A. (2011). "La transición demográfica y el envejecimiento poblacional: futuros retos para la política de salud en México". *Encrucijada Revista Electrónica del Centro de Estudios en Administración Pública*. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Transici%C3%B3n-Demogr%C3%A1fica-En-M%C3%A9xico/61226854.html>

Salvareza, L. (2002). "Psicogeriatría: teoría y clínica". (2ª ed.). Buenos Aires: Paidós.

Sánchez, M.A., Mendoza, V.M. (2003). "Envejecimiento, enfermedades crónicas y antioxidantes". México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

Sánchez, P. (1993). "Sociedad y población anciana". Murcia: Secretaría de Publicaciones Universitarias: Universidad de Murcia.

Secretaría de Salud. (2010). "Para la prevención y control de la diabetes mellitus". NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. Diario Oficial de la Federación 2010: Secretaría de Salud.

Secretaria de Salud. (2010). "Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias". Norma Oficial Mexicana. NOM-037-SSA2-2012. DIARIO OFICIAL. Secretaría de Salud.

Secretaría General del Concejo Nacional de Población (2010). "Principales causas de mortalidad en México 1980-2007". XLIII Periodo de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo "Salud, morbilidad, mortalidad y desarrollo". Vivir Mejor. Nueva York.

Serge, M. (1997). "El psicoanálisis, su imagen y su público". Francia: Editorial Huemul. Presses Universitaires de France.

Snyder, V.N., Wong, R. (2006). "Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México". México: Instituto Nacional de Salud Pública INSP.

Stuar-Hamilton, I. (2000). "Psicología del envejecimiento". 3ra edición. España: Morata.

Treviño-Siller, S., Pelcastre, B., Márquez, M. (2006). "Experiencias del envejecimiento en el México rural". *Salud Pública de México*, 48 (1), 30-38.

United Nations. (2011). "Population ageing. Latin América and the Caribbean". Demographic observatory. ECLAC 2012. Disponible en : <http://www.cepal.org>

Vaqué, J., San José A. (1999). "Envejecimiento: problemas que presenta y soluciones adoptadas" en: piédrola, G. Medicina Preventiva y Salud Pública. México: McGraw Hill-Interamericana.

Vargas-Guadarrama, L.A., Martínez-Maldonado, M.L., Vivaldo-Martínez, M., Mendoza-Núñez, VM. (2008). "El viejismo a través de la historia". En: *Viejismo: prejuicios y estereotipos de la vejez*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. p. 33-35.

Walter A. (2006). "Active ageing in employment: its meaning and potential" *Asia-Pacific Review*, 13 (1), 78-93.

World Health Organization. (2013). "10 facts on noncommunicable diseases". Ginebra: WHO.

World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy Framework*. Geneva: WHO Available from: <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>


World Health Organization. (2008). "The Prevention of Diabetes Mellitus and Its Complications". Geneva: WHO.

Zarebki, G. (2005). "Hacia un buen envejecer". Buenos Aires: Universidad Maimónides. Científica y Literaria.

Zemelman, H. (2012). "Pensar teórico y pensar epistémico: los retos de las ciencias sociales latinoamericanas". México: Instituto Pensamiento y Cultura en América Latina". p. 1-17.

ANEXOS

Anexo. 1.

| | |
|---|---|
|  | <p>FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD Y POLIFARMACIA*</p> |
|---|---|

Folio: _____

I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre(s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

1. Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ 2. Sexo: M F

3. Lugar de nacimiento: _____

4. Estado Civil: _____ 5. Religión: _____

6. Lugar de residencia en los últimos 5 años (marque con una **X** la opción):

Urbano Suburbano Rural Cd. de México

Especifique el lugar: _____

¿Desde hace cuánto tiempo vive ahí? Años _____.

7. Escolaridad

Número de años de escolaridad _____
Especificar _____

8. Ocupación(es) anterior(es): _____

Por más de 5 años

9. Ocupación(es) actual(es): _____

Por más de 2 años

10. ¿Con quién vive?

- Solo
- Esposo(a)
- Hijo(a)(s)
- Nieto(a)(s)
- Otros familiares. Especifique: _____
- Amigos
- Otros, especifique: _____

11. ¿Con cuántas personas vive?: _____

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

12. Fuentes de ingreso económico:

- Aún trabaja
- Apoyo del esposo(a)
- Pensión de jubilación
- Pensión de invalidez
- Pensión de viudez
- Apoyo familiar
- Otros

13. Ingreso económico familiar mensual: \$ _____

III. ASPECTOS DE SALUD

14. ¿Tiene alguna(s) enfermedad(es) actualmente? SI NO

Si su respuesta es Sí, especifique el tiempo de diagnóstico en años o meses

- Diabetes mellitus (tiempo de diagnóstico) _____
- Hipertensión arterial (tiempo de diagnóstico) _____

- Cardiopatía (tiempo de diagnóstico)_____
- Trastornos articulares (tiempo de diagnóstico)_____
- Otros, especifique diagnóstico y tiempo_____

15. ¿Actualmente consume algún medicamento por largos periodos por alguna enfermedad crónica? (Considerar laxantes, antiácidos, vitamínicos específicos, homeopáticos y herbolaria). (Especificar el número de semanas, meses o años que lleva consumiéndolos en la columna Tiempo de consumo)

| Medicamento | Indicado para | Dosis | Indicado por | Tiempo de consumo |
|-------------|---------------|-------|--------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

16. De acuerdo con la respuesta anterior ¿existe polifarmacia (consume 5 o más medicamentos al día por más de un mes)? SI NO

17. ¿En los últimos doce meses ha tenido diagnósticos nuevos (Incluyendo padecimientos crónicos, agudos y hospitalizaciones)? SI NO

En caso afirmativo anótelos en los siguientes renglones.

18. ¿Cómo clasificaría su estado de salud?

Excelente Bueno Regular Malo Muy malo

19. ¿Cómo consideraría su estado de salud en comparación con las personas de su misma edad?

Mejor Igual Peor

Observaciones: _____

Fecha de aplicación: _____ (día/mes/año)

Anexo 2.

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

CUESTIONARIO DE ACTITUDES A LA VEJEZ

DATOS GENERALES

Nombre: _____ edad _____ sexo _____

Instrucciones: A continuación le voy a presentar una serie de frases relacionadas con pensamientos hacia usted mismo, por favor, contésteme cada una de ellas usando la escala del 1 al 4 para saber que tanto estaría en desacuerdo o en acuerdo.

1 = completamente en desacuerdo

2 = medianamente en desacuerdo

3 = medianamente de acuerdo

4 = completamente de acuerdo

| Frases | Respuestas |
|---|-------------------|
| 1. Le da tristeza verse viejo (a) | |
| 2. Es desagradable que le salgan arrugas | |
| 3. Le da miedo envejecer | |
| 4. No le gusta que la gente lo vea con canas | |
| 5. La boca de una persona vieja huele mal | |
| 6. Es espantoso perder sus capacidades mentales con la edad | |
| 7. Los viejos se vuelven necios y repetitivos | |
| 8. Con la edad viene la tristeza y la soledad | |
| 9. Las mujeres canosas son poco atractivas | |
| 10. A los viejos los olvidan en algún rincón | |
| 11. Los hombres que se quedan calvos son poco atractivos | |
| 12. Una mujer debe evitar todo signo de vejez | |
| 13. Estar viejo es deprimente | |
| 14. Los ancianos huelen mal | |
| 15. Es fácil tomarle el pelo a las personas mayores | |

| | |
|---|--|
| 16. Estar viejo quiere decir perder la independencia | |
| 17. Los viejos dan mucha lata | |
| 18. Los peores conductores son las personas mayores | |
| 19. Los viejos son avaros | |
| 20. Los asilos para personas mayores son deprimentes | |
| 21. Teme hacerse inútil con la edad. | |

Fuente: González-Celis R. Evaluación en psicogerontología. 2009. p.1-16. Adaptada y modificada para la población de estudio por la Unidad de Investigación Gerontológica de la FES, Zaragoza. UNAM.

Observaciones

Fecha de aplicación (/ /)
 día mes año

Anexo 3.

Entrevista semiestructurada.



FES, ZARAGOZA UNAM

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE
GERONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO
SOCIAL

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Preguntas

-
1. ¿Qué significa para usted ser viejo?
 2. ¿Qué piensa de la enfermedad en la vejez?
 3. ¿Tiene alguna enfermedad, por qué cree que le dio?
 4. ¿Qué hace para cuidar su salud?
-
5. ¿Le gustó el programa de envejecimiento saludable, ha sido de utilidad en su vida? ¿Por qué?
 6. ¿Cambiaría algo del programa, qué cambiaría?
-

Índice de cuadros y figuras de resultados cuantitativos y cualitativos

Cuadro 1. Características socio-demográficas y estado de salud de la población de estudio. Pág. 110

Cuadro 2. Puntaje promedio del predominio bajo y alto de actitudes negativas a la vejez. Pág. 113

Cuadro 3. Efecto del programa de envejecimiento saludable sobre los parámetros bioquímicos con relación a las actitudes negativas a la vejez. Pág. 114

Cuadro 4. Efecto del programa de envejecimiento saludable sobre los parámetros antropométricos y la presión arterial con relación a las actitudes negativas a la vejez. Pág. 115

Cuadro 5. Influencia del predominio de actitudes negativas a la vejez sobre el autocuidado y estilos de vida saludable. Pág. 116

Cuadro 6. Efecto del programa de envejecimiento saludable sobre parámetros antropométricos y presión arterial. Pág.117

Cuadro 7. Efecto del programa de envejecimiento saludable sobre parámetros bioquímicos. Pág.118

Cuadro 8. Relación entre puntaje de la escala de actitudes negativas hacia la vejez con la edad, y escala análoga de autoeficacia de autocuidado y estilos de vida saludable. Pág. 119

Cuadro 9. Puntaje de la escala de actitudes negativas hacia la vejez con las mediciones antropométricas y parámetros bioquímicos. Pág. 120

Figura 1. Media \pm DE del puntaje en la escala de actitudes a la vejez pre y post intervención. La gráfica muestra los resultados de la intervención comunitaria en el puntaje con el programa de envejecimiento saludable, cuya diferencia es estadísticamente significativa (basal, 51 ± 10 vs. post-intervención, 40 ± 9 , $p < 0.001$). Prueba t de Student, los valores expresados como la media \pm desviación estándar. Pág. 111

Figura 2. Cambios en el porcentaje del predominio de actitudes negativas a la vejez antes y después de la intervención comunitaria. Se observa una disminución significativa después de la intervención en el porcentaje de personas con alto predominio de actitudes negativas hacia la vejez (pre-intervención, 70.3% vs. post-intervención, 3.1%, $p < 0.001$). Pág. 112

Índice de cuadros de la entrevista

| | |
|--|-----------|
| ¿Qué significa para usted ser viejo? | Pág. 121 |
| ¿Qué piensa de la enfermedad en la vejez? | Pág. 126 |
| ¿Tiene alguna enfermedad, por qué cree que le dio? | Pág.129 |
| ¿Qué hace para cuidar su salud? | Pág. 130 |
| ¿Le gustó el programa de envejecimiento saludable, ha sido de utilidad en su vida haber participado en él? ¿Por qué? | Pág. 133 |
| ¿Cambiaría algo del programa, qué cambiaría? | Pág. 134. |

Índice de figuras

| | |
|--|---------|
| Figura 1.1.1. Pilares del envejecimiento activo. | Pág. 20 |
| Figura 1.1.2. Clasificación de la vejez por edad. | Pág. 26 |
| Figura 1.5.1. Estrategias y estilos de vida saludables | Pág. 77 |
| Figura 1.5.2. Aproximaciones constructivistas. | Pág. 79 |
| Figura 1.5.3. Alimentos y la aportación de nutrientes al organismo. | Pág. 82 |
| Figura 1.5.4. Hábitos sobre la higiene del sueño. | Pág. 85 |
| Cuadro 5.1 Operacionalización de las variables de estudio. | Pág. 99 |
| Figura 5.1. Esquema general del estudio. | Pág. 97 |
| Cuadro 1.5.1. Programas gerontológicos para el fomento de un envejecimiento saludable. | Pág. 73 |