



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Tesis Grupal:

**Identificación del Adulto Mayor en el
Contexto de la Tercera Edad.**

*Que para obtener el título de
Licenciada en Enfermería presentan:*

Judith Elizabeth González López

Número de cuenta 307030638

Miriam Olivia Terrazas Alcántara

Número de cuenta 092282104



Dra. María del Pilar Sosa Rosas
Directora del Trabajo

México D.F.

Octubre de 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

*A mis abuelos,
que desde el cielo siguen velando por mí...*

*A mi mamá, a mi tía y a mi hermana,
por siempre darme su apoyo constante e incondicional
durante toda mi vida
pues sin su ayuda esto no hubiera sido posible...*

*Gracias a mi pareja,
que durante toda mi etapa estudiantil me brindo su ayuda,
calidez, comprensión y me lleno de aliento para continuar...*

*A Sandra,
por sus sabias palabras y por ser parte de mi luz en días oscuros...*

*Agradezco a mis amigas, amigos y profesores,
quienes han sido una guía para mí,
que me han hecho crecer como persona y como ser profesional...*

*En especial a mi amiga Miriam,
que confió en mí en tan importante misión,
quien ha sido un apoyo incondicional en este trayecto
y se ha convertido en una hermana para mí,
espero seguir creciendo profesional y personalmente a su lado...*

(Judith González)

*A mi mamá,
por su amor, su sabiduría y creer siempre en mí...*

*A mis hijos,
por todo el tiempo de días y noches que me prestaron
Para poder llegar a la meta, y por su sinceridad y su cariño...*

*A mi esposo,
Por las veces que me retaste y que me sirvió de impulso para seguir,
a pesar de todo, y por tu amor ...*

*A Rafa y Jaz,
por sus palabras de aliento...*

*Gracias a los profesores y compañeros,
que de alguna manera ayudaron a formarme profesionalmente ...*

*Y a tí, Judith,
por aceptar este reto,
por vivir hombro a hombro conmigo cada momento,
por las risas, los desvelos, las lágrimas, tu amistad,
y también por ser parte de mi familia...*

(Miriám Terrazas)

*Gracias a Dios,
por darnos la paciencia y el entendimiento para iniciar
y finalizar esta gran etapa de la vida...*

*Agradecemos infinitamente a La Dra. Pilar Sosa,
por ser la luz en un camino que se había vuelto oscuro,
por confiar en nosotras y estar a nuestro lado,
por enamorarse de nuestro proyecto como nosotras...*

*Al profesor Querubín Enríquez y al profesor Mario Cuna,
por aceptar terminar este ciclo con nosotras...*

*Al ingeniero en sistemas,
quien siempre nos rescató de toda adversidad
sin importar la hora o el día o el problema...*

*A Rafa Terrazas, por el gran apoyo brindado
a última hora, dando esos toques finales
que tanto nos hacían falta...*

*A Cadaa,
porque eres un ser increíble y siempre nos has
apoyado, y porque eres parte de este logro,
y porque te queremos mucho!!!
(al final, pero no menos importante)*

(Las dos ☺)

INTRODUCCIÓN

La humanidad ha sufrido varios cambios con el paso del tiempo sobre todo en relación al promedio de vida del ser humano y a que se han presentado diversos acontecimientos que han modificado las características de la población a nivel mundial.

En México en los inicios del siglo XX, sobre todo después de la revolución mexicana, se consideraba una prioridad el lograr que la población de 0 a 5 años tuviera las mejores condiciones para vivir y sobrevivir, en cambio en este momento en que se ha logrado aumentar el promedio de vida de los hombres y las mujeres, se observa que ha ido en aumento un nuevo grupo: los adultos mayores.

La transición en la cual nos encontramos deja ver que dentro de poco, será este grupo de edad el que predomine a nivel mundial; por eso es que los profesionales de la salud y sobre todo los de enfermería debemos estar preparados y capacitados para brindar la atención necesaria a cada uno de ellos.

Este grupo etario requiere de satisfacer necesidades particulares para poder lograr un envejecimiento saludable. Ya que es inminente la inversión de la pirámide poblacional, se debe contar con un equipo multidisciplinar capaz de instruir a la población para lograr el cometido, y que además provea de los elementos necesarios para que continúen siendo unas personas activas dentro de una sociedad que exige un ritmo de vida marcado por la globalización.

La oportunidad de que el adulto mayor exprese su sentir, sus necesidades, su precepción de sí mismo en sociedad; nos permite recordar que no dejan de ser seres humanos diferentes a lo que eran anteriormente, es una transición que no forzosamente implica una dependencia, sino por el contrario,

contribuyen de diversas maneras, tanto como para la familia e incluso para la sociedad.

Es por ello que la presente investigación de corte cualitativo trata de los adultos mayores independientes en donde se muestra como se consideran ellos en esta etapa de la vida, como es su visión a través de la vejez, y cómo es que el mantenerse independientes y activos les da mayores posibilidades de sentirse plenos en esa etapa de la vida.

Índice

Agradecimientos	<i>i</i>
Introducción	<i>iv</i>
1. Antecedentes y problema de investigación	01
2. Pregunta de investigación	04
3. Objetivos	05
3.1 Objetivo general	05
3.2 Objetivos específicos	05
4. Justificación y relevancia del estudio	06
5. Marco referencial	07
5.1 Panorama poblacional	07
5.2 Teorías del envejecimiento.	10
5.2.1 Teorías psicológicas	10
5.2.1.1 Teorías Individualista de Jung	10
5.2.1.2 Teorías del Desarrollo de Erikson	11
5.2.2 Teorías sociológicas	12
5.2.2.1 Teoría de la Actividad	12
5.2.2.2 Teoría de los Roles.....	13
5.3 Envejecimiento	15
5.3.1 Concepto de envejecimiento.....	15
5.3.2 Cambios anatomofisiológicos normales en la vejez	16
5.3.3 El adulto mayor	19
5.3.4 Identidad y autopercepción en la vejez.....	20

6.	Abordaje metodológico	26
7.	Resultados y discusión	30
8.	Conclusión	39
9.	Sugerencias	43
10.	Referencias bibliográficas	44
11.	Anexos	48
11.1	Guía de entrevista semiestructurada	48
11.2	Consentimiento informado	48
11.3	Índice de Barthel	52
11.4	Escala Mini Examen Mental de Folstein Modificado	55
	11.4.1 Medición del deterioro cognitivo leve	59
	11.4.2 Actividades cognitivas	59

1. ANTECEDENTES Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Durante muchos siglos, los ancianos constituían una pequeña minoría dentro de un mundo que no estaba interesado en el estudio y solución de sus problemas, ni se tenía manera de hacerlo aunque se quisiese; lo que históricamente reforzó el criterio pesimista sobre el envejecimiento.

Envejecer de manera saludable implica no solamente tener la posibilidad de cuidados médicos ante los problemas de salud que se presenten en esta etapa de la vida, sino también reconocer a los adultos mayores como seres humanos con necesidades y posibilidades especiales.

El envejecimiento produce una serie de cambios como limitaciones funcionales, pérdida de autonomía, independencia, adaptabilidad y disfuncionalidad motriz.

A medida que aumentan la edad, la calidad de vida está determinada por la capacidad para mantener la autonomía, o sea, la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir el día de acuerdo con las normas y preferencias propias y la independencia, es decir, la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, en otras palabras, capacidad de vivir recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás. (OMS, 2002)

Debido a la transición demográfica mundial, en muchos países se han analizado los cambios anatomofisiológicos y funcionales que las personas de la tercera edad van presentando en una forma de cubrir la necesidad de conocer más acerca de dichos cambios e incluso de conocer la opinión de los adultos mayores sobre el proceso en el cual se encuentran inmersos.

Unos de los principales criterios para la realización de estudios son los de fragilidad validados por Fried: pérdida involuntaria de peso, baja energía o agotamiento, lentitud en la movilidad, debilidad muscular y baja actividad física. En un estudio basado en estos parámetros se observa que los adultos mayores presentaron una prevalencia de pre – fragilidad fue del 44.6% y de fragilidad del

8.5% estas cifras por si solas no nos dicen nada pero si consideramos que la población va en aumento y que estos criterios estrictamente hablando disminuyen la calidad de vida de los adultos y los vuelven más frágiles y vulnerables a adquirir diversas enfermedades o a agudizarlas es cuando objetivamos la importancia de mirar su panorama. (J"Urschik. Et al. 2011)

Algunos otros ejemplos de estudios son: la comunidad de Lima, Perú que observo la velocidad de la marcha en una población de adultos mayores; esto porque representa una habilidad compleja para ellos al intervenir una articulación coordinada de mecanismos tanto adaptativos como anatómicos y funcionales. En dicho estudio se encontró una asociación entre velocidad de la marcha disminuida a una mayor edad así como la influencia de la variante sexo (femenino) y la presencia de una fragilidad. (Varela. Et al. 2009)

En un estudio realizado en atención primaria en Córdoba se observó que los trastornos depresivos se hacen más frecuentes en esta etapa de la vida que en cualquier otra; se valoró a adultos mayores mediante la escala de screening de depresión geriátrica GDS-15 de Yesavage; encontrando una puntuación mayor a 5 en un porcentaje corresponde 24.49%, indicando la presencia de una posible depresión, siendo de 39.42% en mujeres y 15.21% en hombres. (Balmon, Carmen y Dorado Juan, 2004)

Actualmente las líneas de investigación sobre la depresión apuntan hacia una relación con la demencia. Zalsman y colaboradores en abril de 2000 presentaron un estudio de caso control donde en personas hospitalizadas psiquiátricamente con depresión mayor de inicio tardío tenían la probabilidad doble de desarrollar una demencia que en los individuos sin historia previa de depresión basta recordar que la demencia constituye la tercera causa de mortalidad en los países industrializados y absorbe gran parte de los recursos sanitarios y sociales. (Izquierdo Eulalia, et al. 2003)

El proceso de envejecimiento cerebral afecta a todos los individuos, manifestándose en el anciano sano como un descenso de funcionalidad en el área cognitiva, asociado a un ralentizamiento psicomotor y que no interfiere con las actividades de la vida diaria.

El aumento de la prevalencia del deterioro cognitivo en la población mayor y su repercusión en el nivel de independencia y calidad de vida de los mayores institucionalizados, constatados por los estudios epidemiológicos en general y nuestro en particular, justifica la necesidad de identificar precozmente tal alteración para iniciar, lo antes posible, programas de intervención dirigidos a preservar las funciones cognitivas del anciano el máximo tiempo posible. Es por ello que se cuentan con importantes razones que justifican la preocupación por un diagnóstico precoz del deterioro cognitivo, no menos importante es ofrecer la oportunidad a la familia de recibir información sobre la enfermedad desde un inicio, poder adaptarse u ajustar los cuidados a las necesidades de cada fase y planificar el futuro. Esto ayuda a mejorar su bienestar y la calidad de las personas, evitando el desconcierto al no comprender lo que está sucediendo, y prevenir para que no se tomen decisiones equivocadas en momentos de crisis. (Vallejo Jesús y Rodríguez Jesús, 2010)

Actualmente no existe un criterio uniforme acerca de si la edad, la educación o el sexo afectan la prevalencia del deterioro cognitivo leve. Por lo general se ha encontrado una prevalencia mayor en individuos con nivel educativo bajo, aunque no existe unanimidad al respecto, y no suelen hallarse diferencias entre los sexos. (Migliacci y Scharovsky, 2009); sin embargo existen escalas que miden la funcionalidad del anciano como Nutritional Screening Initiative, se trata de un instrumento de cribaje muy sensible realizado a mayores de 65 años, pero no específico (Mitchell, 2002); la escala de Norton modificada, la cual nos da una valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión; Índice de Lawton - Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, que nos habla de la dependencia en continencia urinaria y fecal; PFEIFER – SPMSQ, el cual es una

valoración mental del área cognitiva mediante un cuestionario de rastreo validado para la detección del deterioro cognitivo en los pacientes ancianos; la escala “GIJÓN” de valoración socio-familiar en el anciano, la cual nos da un estudio sociofamiliar en el anciano para la detección de riesgo social; la escala de valoración Barthel para actividades de la vida diaria, la cual identifica el grado de dependencia o independencia en los adultos mayores, y la escala Minimental de Folstein modificada, la cual ayuda a realizar una valoración del deterioro cognitivo en los ancianos; entre otras muchas escalas e instrumentos de valoración, siendo estas dos últimas las empleadas en la presente investigación.

Se hizo una búsqueda en las bases de datos como *Medline*, *Redalyc* y *Scielo* sobre cómo se percibe el adulto mayor así mismo, se encontró que la mayoría de los estudios son de corte cuantitativo que se enfocan en las estadísticas de dependencia del adulto mayor; también se encontraron algunos estudios de tipo cualitativo que también hacen observaciones sobre el adulto mayor dependiente expresados en tercera persona.

Con lo dicho anteriormente podemos mencionar que la sociedad y los científicos están más ocupados en el adulto mayor deteriorado y dependiente, poco se habla y se ha estudiado de la independencia y de cómo se percibe así mismo el adulto mayor independiente.

Dado que los adultos mayores son considerados una población vulnerable es muy importante dar a conocer si éstos se identifican como tales, y es así como surge la pregunta de investigación.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cómo se identifica el adulto mayor en el contexto de envejecimiento?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir como se identifica el adulto mayor en el contexto de envejecimiento a partir de su vivencia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la visión de la persona de sí mismo como adulto mayor.

Compartir los resultados obtenidos con la comunidad de enfermería para colaborar en el cuidado del adulto mayor en su visión de sí mismo.

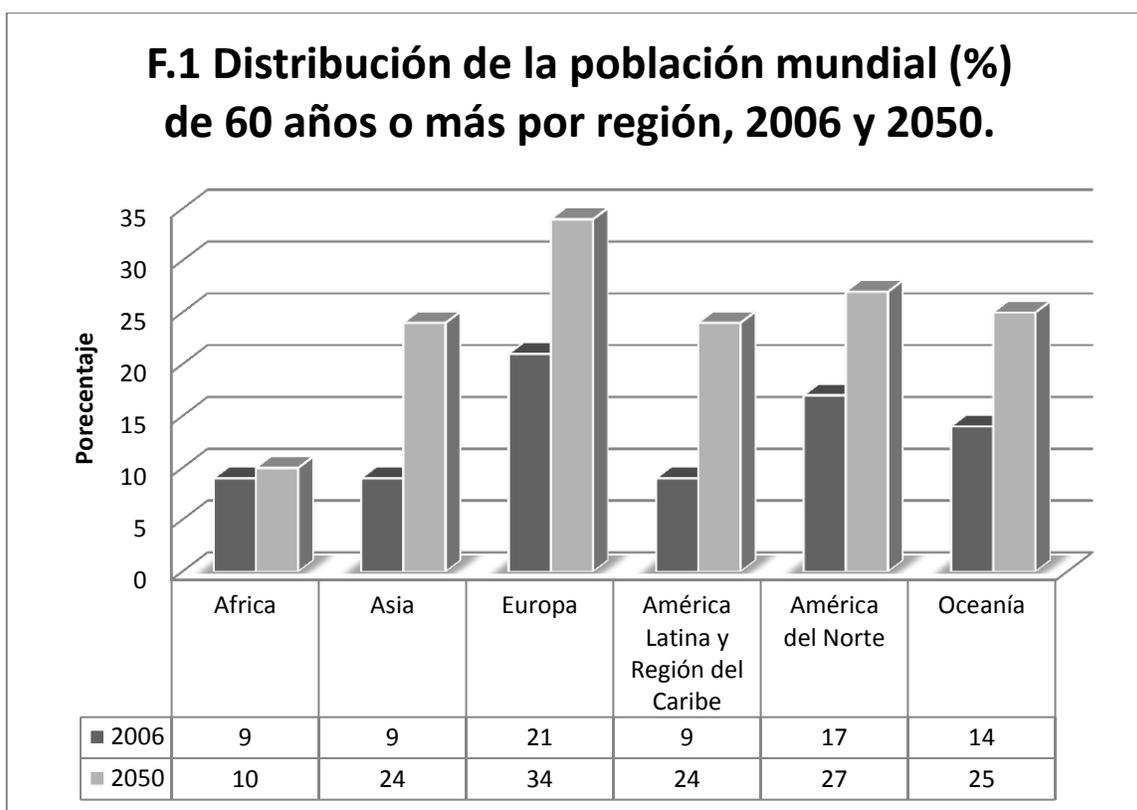
4. JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO

La presente investigación se inicia por el deseo de conocer la opinión que tiene el adulto mayor sobre sí mismo, en el contexto de la tercera edad, así como su rol en la sociedad, esto obedece que al buscar en la bibliografía se encuentra mucha información sobre el proceso de envejecimiento, acerca de adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas y adultos mayores dependientes sin embargo hay poca literatura sobre cómo se percibe el adulto mayor en su vejez, por lo que consideramos importante investigar sobre cómo vive y se identifica.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 PANORAMA POBLACIONAL

La población mundial está envejeciendo rápidamente, para el año 2050 se estima que el número de personas de 60 años de edad y más se habrá duplicado, de 11% en el 2006 a 22%. Por primera vez en la historia de la humanidad, habrá más personas mayores que niños (de 0–14 años de edad) en la población. Los países en desarrollo están envejeciendo a un ritmo mucho mayor que los países desarrollados: dentro de cinco décadas, poco más del 80% de las personas mayores del mundo vivirán en países en desarrollo, frente a 60% en el 2005.



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una guía. Brasil, 2005, disponible en (<http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>)

Como se observa en la gráfica el crecimiento de la población de adultos mayores varía del 4% al 22%, siendo Europa el continente que tendrá la mayor concentración de adultos mayores, sin embargo la sumatoria de América Latina y

Región del Caribe (del 9% al 24%) con América del Norte (del 17% al 27%) nos arrojan que es en dicho continente se encontrara la mayor concentración de adultos mayores a nivel mundial.

Por otra parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) insita a trabajar en el envejecimiento para hacer frente a una realidad inminente. La población en las Américas está creciendo, no solo en cantidad sino también en edad así lo indicó Balladelli en el Congreso Nacional de Gerontología Comunitaria e Institucional; en donde mencionaba que los adultos mayores son el grupo poblacional que crece más rápido en América Latina y el Caribe. En 2006, existían 50 millones de adultos mayores, pero en 2025 se estima serán 100 millones, mientras que en 2050 habrá aproximadamente 200 millones. De hecho con los avances a nivel tecnológico y en programas de planificación familiar es posible que el 75% de las personas que nacen actualmente llegaran a ser adultos mayores y un 40% sobrepasarán sus 80 años. (OPS, 2015)

Así mismo como una forma de garantizar la protección a este grupo de personas en crecimiento, la OPS publicó un documento donde se indica el marco legal en el cual se fundamentan los derechos humanos y libertades de los adultos mayores, mencionados a continuación:

- La vida
- Integridad funcional
- Libertad personal
- Debido proceso
- Privacidad
- Libertad de expresión
- Nombre
- Movimiento
- Igualdad ante la ley
- Protección judicial
- Trabajo

- El goce del más alto nivel posible de la salud física y mental
- Educación
- Los beneficios de la cultura y el proceso científico
- Protección de las personas con discapacidad
- Protección de las mujeres
- Protección de las personas mayores

Este marco legal es de suma importancia para hacer frente del envejecimiento en nuestra población y así tratar de garantizar su dignidad y autonomía; “en México hay 10 millones 55 mil 379 personas mayores de 60 años”, dijo el director del INAPAM, Alejandro Orozco y el subsecretario de Población, Migración y Asuntos Religiosos de la Secretaría de Gobernación, René Zenteno, señaló que el grupo de 65 años representa el 6.2% de la población, pero que esta proporción se duplicará en 2020 al 12% y en 2050 el 30%. Según datos del Censo de Población y Vivienda 2010, el envejecimiento poblacional se ha dado rápidamente, pues en 1970 los mayores de 65 años eran 1.8 millones y en 2010 cerca de 7 millones.¹

El Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) durante el último censo realizado en el año 2010, en México existen 112,336,538 habitantes, en el Distrito Federal hay 8,851,080 de habitantes, de los cuales el 11.6% son adultos mayores.

A medida que las ciudades crecen, su proporción de residentes de 60 años de edad y más va en aumento. Las personas mayores son un recurso para sus familias, comunidades y economías en entornos de vida sustentadores y facilitadores. La OMS considera que el envejecimiento activo constituye un proceso que dura toda la vida y es afectado por varios factores que, por sí solos y

¹ El Universal. Aumenta en México la población de la tercera edad. México, 6 de octubre de 2011 consultada en septiembre 8 de 2015; disponible en (<http://archivo.eluniversal.com.mx/notas/799296.html>) y ZócaloSaltillo. México de la tercera edad. México, 7 de octubre de 2011 consultada en septiembre de 2015; disponible en (<http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/mexico-de-la-tercera-edad>).

en conjunto, favorecen la salud, la participación y la seguridad en la vida de los adultos mayores.²

5.2 TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

Cuando se habla acerca del envejecimiento existe una gran cantidad de teorías que buscan explicar esta etapa de la vida, la mayoría de estas teorías son de índole biológicas quitándole así lo “normal” a esta fase en la vida de todo ser humano y convirtiéndolo más en un fenómeno biológico. Como individuos que somos si bien nos constituimos de carne y hueso también debemos recordar que somos entes psicológicos y emocionales, que se ven inmersos en una sociedad y pertenecen a una cultura, es por esto que en esta ocasión se abordaran teorías psicológicas y sociales las cuales nos brindaran la visión de un panorama diferente acerca del envejecimiento y las funciones del adulto mayor.

5.2.1 TEORÍAS PSICOLÓGICAS

El tema del envejecimiento del ser humano siempre ha sido una preocupación de estudio para las diferentes profesiones, entre ellas la psicología que con el transcurso de los años ha aportado diferentes teorías alrededor del adulto mayor entre las cuales se destacan las siguientes:

5.2.1.1 *Teorías Individualista de Jung*

Esta teoría parte de la hipótesis de que cuando una persona envejece, el enfoque se desplaza desde el mundo exterior (extroversión) hacia la experiencia interior (introversión). En esta etapa de la vida, la persona mayor buscará respuesta a muchos de los enigmas de la vida e intentará encontrar la esencia del “verdadero yo”.

Jung vio que las personas mayores se esforzaban por desarrollarse a sí mismos, él creía que raramente se alcanzaba una personalidad integrada y esto

² Organización Mundial de la Salud. Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía. 2010 Brasil, 2005, disponible en (<http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>)

lógicamente no excluía a los individuos mayores. Dentro de las personas existen tendencias que se encuentran en conflicto y que necesitan ser reconocidas y reconciliadas por el propio sujeto y que sin dudarle gran parte de este reconocimiento reflejara la tendencia de cada género.

Jung propone que esta tendencia de género aparece aproximadamente en la mitad de la vida, y observó que la expresión de género aumenta en la tercera edad y busca redefinirse a sí mismo a través de la reconciliación entre los géneros; esto quiere decir los hombres expresan su feminidad y las mujeres su masculinidad supone otro intento.

Además propone que dentro de cada persona existe una orientación hacia el mundo exterior denominada extroversión, y una orientación hacia el interior (el lado subjetivo) que llamó introversión. Estas orientaciones se modifican según la edad, por una parte en la juventud las personas expresan su extroversión; en cuanto las preocupaciones van pasando se comienza a reflexionar sobre los valores y a explorar el lado interino.

5.2.1.2 *Teorías del Desarrollo de Erikson*

Erickson fue una persona que en el ámbito psicosocial le dio un aporte importante a la creación de la personalidad, mientras la mayoría de los teóricos de su época colocaban el desarrollo de la personalidad durante los primeros años de vida; él estudio la influencia que tiene el proceso social en el desarrollo de la personalidad y conforme a esto logro describir 8 etapas en el ciclo vital de las personas, en las cuales nos enfrentamos a “crisis del desarrollo”. Esto quiere decir que desde nuestra infancia hasta nuestra adultez contamos con una serie de tareas específicas que nos ayudaran a superar dichas crisis (en caso de completarlas adecuadamente) y de esta manera comenzar a crecer emocionalmente.

Para Erikson la adultez mayor corresponde aproximadamente de los años 65 hasta el fallecimiento y a esta etapa la denomina “Integridad del Yo contra

Desesperación” en el cual la persona hace una revisión de su propia vida, da significados a los eventos, empieza la auto – aceptación y dignidad ante las metas alcanzadas o los fracasos vividos mientras logra mantener sentimientos de valía frente a sí mismo.

De lo contrario él menciona que si el adulto mayor no llega a visualizar la propia vida como exitosa podría percibirse con desprecio, disgusto y minusvalía; volviéndose una persona posiblemente solitaria, deprimida y en casos extremos negarse a la muerte.

Por esta razón es importante que el adulto mayor no se obsesione con ideas erradas o fatalistas al recordar su vida o bien al pensar en el futuro como si se tratara solo de la muerte, para que no se vuelvan pensamientos enfermizos que los introduzcan en un círculo vicioso.

5.2.2 TEORIAS SOCIOLOGICAS

Las teorías que se desarrollan desde el punto de vista social tratan principalmente de abordar como resulta la conducta en las personas que cuentan con más años a la vez intentan explicar como causas políticas, económicas, legales, etc. inciden en la forma en que el individuo se adapta a su vejez.

5.2.2.1 *Teoría de la Actividad*

Esta teoría propone que las personas mayores deben mantenerse activas y vinculadas si quieren envejecer con éxito (Havighurst, Eugarten y Tobin, 1963). Manteniéndose activo y ampliando las actividades de que se disfruta en la edad media de la vida, la persona mayor tiene más probabilidades de disfrutar en su vejez.

Para esta teoría lo más importante es estar socialmente involucrado, sin importar el tipo de roles sociales que se desempeñen así como calidad en sus relaciones. Enfatiza que las actividades sociales juegan el rol de “amortiguador” que atenúa la crisis por la pérdida de los roles más importantes, promoviendo así

en el adulto mayor la reconstrucción de su imagen que se ha visto deteriorada por dichas pérdidas.

Por otra parte Lemon menciona que la actividad social no es suficiente para lograr un buen nivel de satisfacción en la vida, sino que además el aspecto cualitativo juega un papel importantísimo. De forma que para el sujeto lo más importante es que las actividades que realice tengan sentido para él y no solo el hecho de realizar mayores actividades en cantidad. Aportando a esta idea Cariou menciona que el tener diferentes roles sociales o interpersonales se relaciona de manera significativa con un nivel elevado de adaptación o de satisfacción de vida, en la edad avanzada.

Por otro lado hay que observar que concepto tiene el “rol” pues si se le define como el cargo o función que una persona desempeña en alguna situación o en la vida diaria se debe tomar en cuenta que no siempre el verse privado de una actividad significa una frustración para ella, a veces la persona se siente liberada de esos papeles al tener mayor disponibilidad en su tiempo.

El concepto de “rol” y “actividad” en este caso resulta no tener límites claros, solo podríamos diferenciarlos entre lo que espera la sociedad que haga el adulto mayor y lo que él puede realizar. Sin dudarlo hay que destacar la parte de los significados para el adulto mayor y así lograr unificar la idea de un círculo benéfico para el adulto mayor donde la sociedad dicte roles que al sujeto le parezcan importantes o relevantes reforzando de esta manera su autoconcepto e identidad.

5.2.2.2 *Teoría de los Roles*

En primer lugar, recordemos dos conceptos claves: rol y socialización. El rol es la función que una persona representa en un grupo social o en la vida misma. Y la socialización implica la interiorización de normas y valores sociales que contribuye a conformar la personalidad del individuo y su imagen social.

Las fuentes principales que nuestra sociedad (occidental) tiene para la asignación de roles es la estructura de sus grupos familiares, la ocupación profesional y la dedicación a actividades lúdicas.

Irving Rosow plantea que a lo largo de la vida, la sociedad le asigna a una persona los papeles o roles que debe asumir en el proceso de socialización como son: rol de hijo/a – rol de estudiante – rol de padre/madre- rol de trabajador/a-etc. De esta manera, el individuo va adquiriendo un status o posición social a la vez que conforma su autoimagen y autoestima personal. Lógicamente estos roles no son estáticos por lo que van cambiando según las etapas de su desarrollo cronológico, dando así papeles que deben de cumplir según el grupo etario al que pertenecen.

Con la entrada de la jubilación se van produciendo pérdidas progresivas de los roles sociales que las personas adquirieron a lo largo de su vida y además cambios en el núcleo familiar, como la partida de los hijos en el hogar, hacen que de forma gradual el sujeto quede desposeído de roles, sin lugar en la sociedad ni status; esta retirada de los papeles personales que se deben de cumplir va unido a la finalización laboral y no a las capacidades que se tienen. Con todo este proceso se crea un fenómeno contrario a la socialización conocida como “la desaparición social del anciano” en donde los adultos mayores asimilan este status de desposesión de tareas a cumplir ubicándose en un rol de inactividad, de pasividad y de irrelevancia social.

Para evitar esta desaparición, las personas que envejecen empiezan a asumir los roles que anteriormente realizaban. Pero sin dudar alguna la adaptación positiva a su proceso de envejecimiento se condiciona a la aceptación de las pérdidas de los papeles en sociedad. De tal manera se produciría mayor satisfacción en la vejez a este cambio de roles “sin roles”.

Esta dinámica de socialización y des-socialización se desenvuelve sobre todo en las sociedades modernas occidentales. En otras culturas donde el anciano tiene asignado un papel relevante, no se produce esta exclusión social, sino más

bien, el anciano adquiere un papel principal. Pero por el tipo de sociedad a la que se pertenece, por ahora esta visión solo se puede traer como una opción de reasignación del rol al adulto mayor dentro de su núcleo familiar para que comience a tener el alcance deseado.

5.3 ENVEJECIMIENTO

5.3.1 CONCEPTO

El envejecimiento individual es un proceso normal y su principal característica es la limitación paulatina de la capacidad de todos y cada uno de los órganos del cuerpo, que producen cambios biológicos, psicológicos y sociales y una disminución de la capacidad de reserva de todos los órganos y sistemas.

Es por ello que los adultos mayores presentan mayor riesgo de presentar patologías crónicas y degenerativas que si son tratadas en forma oportuna logran disminuir la invalidez y retrasar la muerte. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma, la evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez está directamente relacionadas con las oportunidades y prevenciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

Los estilos de vida, la exposición a factores de riesgo y las posibilidades de acceso a la promoción de la salud, prevención y recuperación de la enfermedad en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida, y funcionalidad del adulto mayor.

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que en ocasiones, en su mayoría, se acompañan de factores no orgánicos que responden en gran medida al comportamiento o a los recursos con que cuenta la persona. La problemática social y los condiciones psicológicos agravan las

situaciones físicas y el deterioro producido por la enfermedad repercute en el comportamiento y en la capacidad de respuesta para buscar ayuda.

Todavía no es posible distinguir qué cambios son verdaderamente un resultado del envejecimiento y cuáles derivan de la enfermedad o de distintos factores ambientales y genéticos pero lo que es un hecho, es que la vejez no es una enfermedad; pues al mismo tiempo que aparecen esas vulnerabilidades, la mayoría de las personas de edad avanzada desarrollan una serie de mecanismos de adaptación y de estrategias que compensan las carencias.

Es cuestión de observar y enfatizar en diversos factores tales como: condiciones materiales, sociales, personales y ambientales así como su interacción entre si e influencia sobre la calidad del envejecimiento de los individuos, para que este proceso no sea patológico.

“El envejecimiento activo es el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2005)

Este aumento de participación y seguridad de las personas mayores dará mayor confianza a sus familias y a la sociedad para realizar mayor actividad física y social. Dicho esfuerzo debe ser en conjunto con la sociedad pues al haber mayor apoyo comunitario y al contar con los servicios de salud necesarios, la familia del adulto mayor soportara menor presión, evitando los fatídicos eventos de maltrato.

5.3.2 CAMBIOS ANATOMOFISIOLÓGICOS DE LA VEJEZ

Todos los organismos sufren cambios que se consideran propios del envejecimiento fisiológico, dicho proceso se ve afectado por los estilos de vida que las personas llevan en su vida cotidiana, pero se tienen algunos en común y se enumeran a continuación:

- **CORAZÓN:** Los músculos cardíacos se engruesan con la edad. La tasa máxima de bombeo del corazón y la capacidad del cuerpo para extraer oxígeno de la sangre y disminuyen con el tiempo.
- **ARTERIAS:** Las arterias tienden a volverse rígidas con la edad. El corazón mayor tiene que latir más fuerte para aportar la energía necesaria para impulsar la sangre hacia unas arterias menos elásticas.
- **PULMONES:** La capacidad inspiratoria máxima puede reducirse en un 40% entre los 40 y los 70 años.
- **CEREBRO:** Con la edad el cerebro pierde parte de los axones y de las neuronas que se conectan unas con otras. Los estudios recientes indica que el cerebro mayor puede estimularse para que produzca neuronas nuevas, pero las condiciones exactas que estimulan este crecimiento son desconocidas.
- **RIÑONES:** Los riñones se vuelven progresivamente menos eficientes para retirar los desechos de la sangre.
- **VEJIGA:** La capacidad de la vejiga se reduce.
- **GRASA CORPORAL:** La grasa corporal típicamente aumenta hasta aproximadamente la edad media de la vida y luego se estabiliza hasta el final de la vida, cuando el peso tiende a reducirse. Cuando el peso disminuye, la gente mayor pierde tanto músculo como grasa. Con la edad la grasa se redistribuye a los órganos internos a partir de la piel. La grasa que se redistribuye al abdomen en lugar de las caderas hace a hombres y mujeres más vulnerables a enfermedades cardíacas.

- **MUSCULOS:** Sin el ejercicio la masa muscular se reduce en un 22% en las mujeres y en un 23% en los hombres entre los 30 y los 70 años. El ejercicio puede reducir la velocidad de esta pérdida ósea.
- **HUESOS:** El mineral del hueso se pierde y es sustituido durante la vida, pero las pérdidas superan a la reposición en las mujeres alrededor de los 35 años. Esta pérdida se acelera con la menopausia. Un ejercicio regular de levantamiento de peso y una alta ingesta de calcio pueden ralentizar la pérdida ósea.
- **VISION:** La dificultad para enfocar de cerca puede empezar alrededor de los 40 años. Tras los 50 años hay un aumento de la sensibilidad al deslumbramiento, una mayor dificultad para ver en condiciones de baja luminosidad y más dificultad para detectar los objetos en movimiento. Los cambios de adaptación a la luz y la conducción nocturna se hacen más difíciles. A los 70 años, la capacidad para distinguir detalles finos empieza a decaer.
- **GUSTO Y OLFATO:** Disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas. Existe una atrofia aproximada del 70% de las papilas gustativas, lo cual delimita la experiencia al distinguir sabores lo cual propicia una negativa a comer lo que antes le gustaba. Pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos.
- **SISTEMA INMUNE:** El deterioro en la función inmunitaria asociado con el proceso de envejecimiento se denomina inmunosenescencia. Este declinar puede contribuir a mucha de las enfermedades asociadas a la vejez como infecciones de repetición, cáncer y enfermedades autoinmunes. Es frecuente que las personas mayores tengan disminuida la inmunidad, por ello pueden infectarse fácilmente y enfermar, a causa de alimentos

contaminados con bacterias, virus o parásitos. Los macrófagos no presentan alteraciones pero debido a la reducción de los linfocitos T y a la reducción de la respuesta humoral, su función se ve deprimida. Estos cambios se traducen en un aumento de la tasa de infecciones, alteraciones autoinmunes diversas e incapacidad de ejercer control adecuado de clones celulares malignos. (Sada-Ovalle, Gorocica. 2004)

5.3.3 EL ADULTO MAYOR

No se puede dar una definición única al significado de adulto mayor, anciano o viejo puesto que son conceptos que se han articulado en diversas sociedades y que por ello tienen concepciones múltiples pero que al coexistir en cada sociedad y cultura adquieren cierto nivel de validez, esta palabra en lo general hace referencia a la suma de los cambios biológicos, sociales y económicos que va adquiriendo una personas llegada cierta edad.

La Organización Mundial de la Salud considera como personas adultas mayores a aquellas que tienen 60 años o más. El umbral de los 60 años se adoptó para establecer el comienzo de la vejez, dado que a partir de esa edad todas las personas empiezan a manifestar algún deterioro. Hoy pueden delimitarse tres subgrupos, con base en criterios de actividad económica, intelectual-cognoscitiva, cultural, de salud y de esperanza de vida.

- Vejez inicial o incipiente (viejos jóvenes entre 60 y 69 años).
- Vejez intermedia (entre los aniversarios 70 y 84).
- Vejez avanzada (de más de 85 años de edad)

Se propone el aniversario 80 como límite para establecer un subgrupo que denomina los más viejos entre los viejos o “la cuarta edad”. Cuanta más edad se alcanza en la vejez, las probabilidades de vivir más son mayores. Por consiguiente, además de la cuarta edad, cabría proponer una etapa más de “viejos supervivientes”, y quizá de centenarios.

A la luz de lo anterior concluimos que no existe una medida como tal para determinar la vejez, pero que si existen una serie de cambios biopsicosociales, los cuales son un indicador de vejez. Además de que cada cultura da una concepción distinta y múltiple a los grupos de edad.

Universalmente se dice que existen dos tipos de adultos mayores desde un punto de vista casi biologicista por completo:

- Adulto mayor dependiente: quien es aquel que presenta algún tipo de limitación funcional, entendida como una restricción en su capacidad física o mental para efectuar las tareas que le permiten mantener una vida independiente.
- Adulto mayor independiente: que resulta de la cronicidad con que se cursan la mayoría de procesos geriátricos originando en el individuo limitaciones orgánicas y funcionales que le impiden, de forma progresiva, la realización de actividades básicas de la vida diaria: comer, desplazarse, dormir, eliminar excreta, etc. obligándole a buscar ayuda mediante diferentes recursos: materiales (bastones, audífonos, cubiertos especiales...), y/o personales (familiares, voluntarios, cuidadores).

5.3.4 IDENTIDAD Y AUTOPERCEPCIÓN EN LA VEJEZ

IDENTIDAD

Cuando se habla acerca de la identidad nos referimos a aquello que alude a “el mismo” o “lo mismo”. Pero al ser tan somero esto, puesto que se supone que cada persona es única e irrepitible comienza el despliegue de teorías y significaciones a este concepto.

Encontramos a autores como Meyer que maneja al ser idéntico para sí mismo pero no contempla la dimensión temporal por lo que su atractiva lógica comienza a tener fallas. Por su parte Hume sostuvo que la base de la identidad esta en volver continuo aquello esencialmente discontinuo, revelando así que la memoria descubre y construye semejanzas a través del tiempo.

“La memoria establece una ficción a partir de la cual se constituye un relato del yo”³

Lacan toma una postura diferente en donde describe la presencia del Otro que es aquel ser que nos brinda significados y que al situarnos en una posición de espejo en donde nos miramos a nosotros mismos y al Otro, nuestra identidad va tomando elocuencia; este Otro por lo tanto determina en gran medida la autopercepción y autoconcepto a lo largo de la vida; muchas lecturas posicionan su aparición principalmente en la infancia dotándonos de una “estabilidad”.

Juntando todas estas variaciones podemos pensar que la identidad se trata acerca de confrontar las similitudes y diferencias. “La búsqueda de semejanza y unidad se convierte en una necesidad constitutiva de las personas a nivel individual y comunitario pues se convierten en criterios unificadores de la identidad que otorgan de continuidad y coherencia al sujeto en contextos específicos de su desarrollo vital.”⁴ Ante esto solo podemos concluir que si bien el sujeto forma a la sociedad, la sociedad también influye en la creación de sus individuos, formando así una relación recíproca.

Al conjuntar al adulto mayor y su identidad no podemos, de ninguna manera, romper la relación que existe con el marco temporal, pues es de suma importancia para la creación y permanencia del ser. Se nos ha enseñado en enfermería que somos entes holísticos, dotados de esferas que nos hacen conformarnos como personas únicas y sin duda alguna la significación de los hechos es parte importante de este holismo, pues a lo largo de nuestra vida nos dotan de visiones que enriquecen la actualidad. Esto hace que en variadas ocasiones recurramos al pasado o al futuro para la creación de nuestra persona. Utilizamos la reminiscencia para describir compartimentos, hechos o acontecimientos actuales y así permitirnos crear un juicio o tomar una decisión a través de las semejanzas con el pasado; por otra parte construimos proyectos de

³ Iacub Ricardo y Sabatini M. Belen. Módulo 3: Psicología de la Mediana Edad y Vejez. [Consultada el 2015, septiembre 19] Disponible en: <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-31.pdf>

⁴ Iacub Ricardo y Sabatini M. Belen. Módulo 3: Psicología de la Mediana Edad y Vejez. [Consultada el 2015, septiembre 19] Disponible en: <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-31.pdf>

vida los cuales guiaran nuestro actuar y sustentaran nuestra forma de conducirnos. De esta manera nos percatamos de las transformaciones o similitudes con el paso del tiempo.

Con el adulto mayor esta manera de resignificar el pasado y crear puentes hacia al futuro también está presente es solo que con la creación de grupos etarios por parte de nuestras sociedades se pierde la visión acerca de sus significaciones. Cuando la sociedad apunta a la creación de actividades o características específicas para cada grupo de edad, la identidad se ve afectada tanto positiva como negativamente pues dichos criterios se convierten en limites que impiden la creación de espacios de identificación que conforman los significados sociales y aminorando la historicidad de las personas.

El adulto mayor se lleva “la peor parte” en esta conformación de grupos, pues sale a relucir principalmente el deterioro biológico el cual crea la ilusión de que este deterioro impacta de igual manera a todas las áreas y por ende estas personas ya no tienen la misma capacidad de adaptación a situaciones estresantes, ni la misma capacidad cognitiva y mucho menos la habilidad de valerse por sí mismos; peor aún la ilusión crece de tal manera que las investigaciones acerca de este grupo apuntan a la zona biológica desmedidamente de forma que los cambios físicos son traducidos como anormales y por tanto son los médicos quienes deben dar “solución a este problema”. Sin darnos cuenta caemos en la telaraña donde nuestra sociedad es quien realmente limita al adulto mayor, al decir que es él quien debe relajarse, que ya no puede hacer las mismas actividades que el grupo etario precedente o bien que las características físicas pesan por sobre su significación y si bien no debe ser desvalorado hay que mantenerse “joven”.

Lo anterior no se dice con el fin de mermar los avances científicos si no con el fin de abrir nuevos horizontes; nadie niega que hay cambios importantes en una persona mayor pero estos pasan a segundo plano cuando se aborda su significación ante esta nueva etapa. Algunos de los ejes que hay que perseguir son:

- Reconceptualizar el envejecimiento.
- Reconocer el envejecimiento como un proceso de diferenciación progresiva, observando los criterios de multidimensionalidad, multidireccionalidad, plasticidad y discontinuidad.
- Observar el envejecimiento como un proceso dinámico, contextual e histórico.
- Romper con el modelado del “currículum vital”.

Retomando lo anterior observamos que la sociedad define el escaso rol que una persona mayor debe cumplir, actualmente basado en el punto autónomo y de gobernabilidad pero no solo a nivel biológico si no económico. La llegada de la jubilación es inminente para una persona mayor y esta conlleva el empoderamiento que se tiene en su cotidianidad. Para un varón mayor esto bien podría significar un declive en el rol masculino que igualmente debe cumplir y por ende llegaría a separarlo de dicha masculinidad. Por otro lado los temores de las personas cambian según la cultura; mientras en la cultura occidental uno de los mayores miedos en los adultos es quedar discapacitado y pasar a depender de la familia; en la India este es uno de los valores centrales de un envejecimiento exitoso.

Por si esto no fuera suficiente se ha optado por alargar el curso vital y a su vez a evitar los signos que denoten enfermedad o envejecimiento. Nos encontramos pues que el adulto mayor se encuentra en una guerra por definir las preguntas claves de la vida ¿De dónde vengo? ¿Quién soy? ¿A dónde voy? En donde se le resta su historicidad y significación a sus narraciones, donde se limita su actuar por cuestiones biológicas pero a su vez se intenta romper con la visión del cuerpo envejecido y donde se le adjudica una posición de moribundo pues es la etapa que precede a la muerte.

AUTOPERCEPCION

Así pues dado que la psicología del desarrollo está interesada en profundizar en todas las etapas del ciclo vital, sin embargo se constata que las

investigaciones y publicaciones sobre la edad adulta son cuantitativamente menores que las que se orientan hacia la infancia, la adolescencia o la tercera edad, cuando resulta que la adultez es la etapa más extensa temporalmente y en cierto sentido la meta del desarrollo de la infancia y la adolescencia. Después de la adolescencia, cuando la madurez biológica está casi plenamente alcanzada, los procesos psicológicos están muy determinados por la particular historia del individuo, la asimilación de la experiencia, las tareas del desarrollo a las que se debe hacer frente, los factores culturales y los valores dominantes del medio, con frecuencia factores variables de unas sociedades a otras y temporalmente cambiantes dentro de una misma sociedad. Se podría decir que la complejidad de la organización social y la variabilidad de los contextos vitales explicarían tanto la diversidad de las características normales del desarrollo individual como las diferentes trayectorias evolutivas que se siguen en la construcción de la identidad y la asunción de los roles adultos (Gaviria, 2007; Van de Velde, 2005).

Estamos por ello reconociendo una fase de transición desde una etapa del desarrollo psicológico bastante conocida como es la adolescencia a otra, la edad adulta, cuyos perfiles están en continuo cambio. Un período caracterizado principalmente por la progresiva autonomía, la madurez psicológica, la productividad y la capacidad de ocuparse de personas dependientes. Una década de trayectorias personales diferentes, pues mientras unos prolongan el estado de dependencia familiar, continúan formándose y disfrutan de las relaciones y el ocio, otros en cambio asumen con normalidad las tareas del desarrollo para las cuales han estado formándose: independencia personal, de residencia, incorporación al trabajo, constitución de nueva familia, en definitiva tareas y retos sociales propios de los adultos. Mientras que las tareas del desarrollo adulto siguen siendo fundamentalmente las mismas, la edad en las que las personas las afrontan son muy variadas, y el conjunto de comportamientos propios y ajenos que se consideran adecuados o no a la edad (el "reloj social") están socialmente determinados "(Neugarten y Neugarten, 1986). En definitiva, la edad en la que las personas se incorporan a la edad adulta varía de unas sociedades a otras, de unas épocas a otras y está condicionada por la extensión temporal de la

adolescencia (Schaie y Willis, 2003). La sociedad adulta difiere en el grado en que favorece y alienta el acceso al estatus de adulto o prolonga el estado de dependencia padres-hijos. (Cecchile, 2001; Dolto, 1990).⁵

El autor Juan de Dios Uriarte Arciniega a través de los diferentes cambios que las personas sufren en un contexto diverso, menciona la importancia de que se reconozca la percepción que la sociedad tiene de cada etapa de la vida y el rol que debe desarrollar, ello para lograr una autopercepción, desempeñando las acciones esperadas.

Es necesario que al verse al espejo los adultos mayores identifiquen sus cambios y comprendan al grupo etario al que pertenecen, y fungir las acciones y funciones correspondientes, siendo la manera de llevarlas a cabo la autopercepción de cada individuo, ya sea en lo social, lo familiar o lo individual, derivando así en la identificación, ya que ambos conceptos son inherentes el uno del otro para poder conducir a la persona.

⁵ Uriarte Arciniega, Juan de Dios. Autopercepción de la identidad en la transición a la edad adulta. *Revista de Psicodidáctica* [en línea] 2007, 12: [Consultada: 20 de septiembre de 2015] Disponible en: (<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17512209>)

6. ABORDAJE METODOLÓGICO

En este capítulo hablamos de la metodología que se llevó a cabo en esta investigación. La presente investigación es de corte cualitativa, descriptiva y exploratoria. La muestra se obtuvo por la técnica de bola de nieve.

Es descriptiva porque se detalla el sentir de los entrevistados y es exploratoria porque a través de las entrevista se comienza a indagar sobre cómo se identifica como persona adulta mayor el entrevistado.

La recolección de la información se llevó a cabo a través de una entrevista abierta no directiva, en donde previamente a las personas entrevistadas se les aplico las pruebas del Índice de Barthel para actividades básicas de la vida y la Escala Mini Examen Mental de Folstein Modificado que permitieron identificar que eran adultos mayores independientes y sin datos de demencia.

El objetivo de la entrevista fue describir como se identifica el adulto mayor en el contexto de envejecimiento a partir de su vivencia.

Todos los sujetos entrevistados son adultos mayores de los cuales 3 son del sexo femenino y 3 son del sexo masculino; todos ellos radicando en el Distrito Federal.

Cada entrevista duro de 90 a 120 minutos en promedio, las cuales fueron grabadas, se utilizaron dos preguntas guía; previo consentimiento informado de los participantes, permitiéndoseles expresarse libremente.

Las entrevistas fueron transcritas tal cual lo expresaron los entrevistados, con lo que se construyó el Emic y posteriormente se realizó el Etic para proceder al análisis de la información obtenida.

Se hizo un análisis de contenido lo que permito crear una categoría con dos subcategorías.

6.1 ESCENARIO DE ESTUDIO

Son seis entrevistados que viven en el Distrito Federal el cual se encuentra dividido en 16 delegaciones políticas; 4 de ellos viven en la delegación Iztapalapa, la cual se encuentra al oriente, colinda al norte con la delegación Iztacalco, al sur con las delegaciones Xochimilco y Tláhuac, al oriente con el Estado de México, al poniente con la delegación Coyoacán y al norponiente con la delegación Benito Juárez, se encuentra organizada en colonias y barrios, siendo las colonias Ejército Constitucionalista y Unidad Modelo las habitadas por las personas entrevistadas. La delegación Tláhuac, la cual se localiza al sur oriente del Distrito Federal, colindando al norte y noreste con la Delegación Iztapalapa; al oriente y nororiental con el municipio de Valle de Chalco Solidaridad del Estado de México, al poniente con las Delegaciones de Xochimilco e Iztapalapa y al sur con la Delegación Milpa Alta, en ella habita un adulto mayor de los entrevistados en la Colonia del Mar, y la delegación Coyoacán, la cual colinda al norte con la delegación Benito Juárez, al noreste con la delegación Iztapalapa, al oriente también con Iztapalapa, al suroeste con la delegación Xochimilco, al sur la delegación Tlalpan y al poniente con la delegación Álvaro Obregón, siendo en la colonia San Pablo Tepetlapa donde habita otro de los entrevistados.

6.2 SUJETO DE ESTUDIO

Los sujetos que participan en la investigación son seis personas; tres hombres y tres mujeres. Los seis son personas independientes de acuerdo al Índice de Barthel para actividades básicas de la vida obteniendo: cuatro personas con 100 puntos y dos con 98 puntos. Y en la Escala Mini Examen Mental de Folstein Modificado no se encontró deterioro de acuerdo a los siguientes puntajes: un adulto mayor con 29 puntos, dos con 28 puntos, uno con 27 puntos, uno con 26 puntos y otro con 24 puntos.

Las edades de los adultos mayores varia, siendo: el más joven un hombre de 60 años, una mujer de 63 años, un hombre y una mujer de 67 años, una mujer de 75 años y el más grande es un hombre de 76 años

Todos los adultos mayores viven en casa propia pero varía la compañía con la que cuentan, de esta manera hay quien vive sola, otro solo vive con su esposa, tres de ellos viven con su pareja y uno de sus hijos y otra vive con su pareja, dos hijos, su nuera y dos nietos.

6.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La recolección de la información fue de septiembre de 2014 a septiembre de 2015, en la primera fase se hicieron dos entrevistas piloto; en las cuáles se revisó la información obtenida y a partir de ella se construyeron nuevas preguntas que permitieran recabar la información de acuerdo al objetivo de la investigación. Se creó se regreso con los dos participantes para modificarse realizaron cuatro entrevistas a dos sujetos las cuales fueron denominadas entrevistas piloto, dichas entrevistas no cubrieron con lo requerido para ser incluidas en la presente investigación pero dieron pie para realizar modificaciones y afinar la recolección de los datos.

Las entrevistas se realizaron en el lugar que cada uno de los sujetos eligió, ya sea por comodidad, disponibilidad de tiempo o preferencia.

6.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación se desarrolló aplicando los principios científicos y éticos de los principios de la Declaración de Helsinki del año 2000 y los de la Ley General de Salud (2003) de México, Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I Disposiciones Comunes, Artículo 13 y 14, que a la letra dice; En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudios, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección a sus derechos y bienestar.

Previamente a la entrevista y posterior a las pruebas se les dio a conocer a los sujetos, los objetivos del estudio y un consentimiento informado con copia en donde se explica que dicha entrevista se grabara y se harán tomas fotográficas para credibilidad del trabajo, también se aclaró que la información que se obtenga estará bajo los principios éticos de confidencialidad, respeto y privacidad; dicho consentimiento debía estar firmado por cada uno de ellos.

Durante la recolección de los datos se tuvo que modificar dicho consentimiento pues en las entrevistas piloto se mostró confuso y de una extensión inadecuada. Posterior a los cambios el consentimiento informado mostro ser breve y conciso para los 6 participantes de dicho estudio.

7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Una vez realizado el análisis de los discursos obtenidos a través de las entrevistas realizadas a las mujeres y los hombres adultos mayores se construyó la siguiente categoría; *“La edad no me limita como adulto mayor”*.

Como se refiere en la teoría de la actividad: “la persona en todas las etapas de su vida tiene una gama de papeles que debe cumplir, definidos meramente por la sociedad dándole así la posibilidad de actuar, de sentir que existe y de darle significado a su ser.

Cuando la sociedad comienza a retirarle estos roles no le queda más al individuo que buscar actividades que lleguen a definirlo como persona”; así como en la teoría de roles que nos dice que “para evitar una desaparición social, las personas que envejecen empiezan a asumir los roles que en etapas anteriores realizaban”, nos permite definir que los adultos mayores independientes tienen la capacidad para adaptarse y tomar un rol que le permita desempeñar las actividades que le incluyan en la sociedad la cual es dinámica, ello para evitar que comience un deterioro ya que como también se menciona en la teoría de la actividad que “las personas mayores deben mantenerse activas y vinculadas si quieren envejecer con éxito”, que se ve reflejado en los siguientes discursos:

“Hago las mismas cosas, solo que antes era más rápido y ahora es más lento” (Sr. Ernesto)

“Que significa, pues que ya estoy viejita, jajaja, eso es lo que significa, que ya estoy grande, si, que muchas de las actividades las voy a ir haciendo cada día más lento , digamos que ya estamos más torpes, no tenemos la misma agilidad que antes, que cuando éramos jóvenes” (Sra. Esther)

“Me siento muy bien, me siento fuerte con ganas de comer, de divertirme, de caminar. Me gusta mucho ir al centro a caminar ahora me gusta mucho ir a Bellas Artes.” (Sr. Eduardo)

“Siento que no he cambiado tanto porque tengo amistades de mucho tiempo y cuando nos reunimos dicen “ay pero sigues igualita, desde que te conocí sigues igualita”, ahorita he estado bajando de peso y siento que estoy mejorando mi físico, sobre todo ahora que gracias a Dios ya me puedo poner mi ropa antes sufría, ya no quería subir a la talla 40 dije no puede ser posible que sea tan desidiosa...” y “ahorita estoy muy bien, valorándome para ver si puedo viajar, quiero hacer un viaje, me ha gustado viajar...” (Sra. Leonor)

“Pues me salgo a caminar, veo la tele, me pongo a jugar ajedrez, me pongo a trabajar haciendo cosas, me pongo a hacer los bancos, arreglar los aparatos, revisarlos hacer de plomería, de electricidad. Ya por gusto ya no por obligación” (Sr. Elias)

“No me gustaba lavar en lavadora, yo lavaba mi ropa a mano y ahora tengo que usar más la lavadora” (Sra. Estrella)

Como podemos observar los discursos anteriores nos dan idea de que identificarse como adulto mayor implica darse cuenta de que las actividades que se realizan de manera diaria se hacen de forma más lenta, por otro lado se observa que el adulto mayor tiene más tiempo para hacer sus actividades de acuerdo a su ritmo, y para realizar actividades recreativas.

La relación de amistad como se ve en uno de los discursos es de suma importancia porque a través de ella el adulto mayor se fortalece en su imagen cuando sus iguales le hacen ver que están pasando por la misma etapa.

Por otro lado, los adultos mayores no tiene límites para llevar a cabo las actividades en su cotidiano, incluso buscan mantenerse activos para conservar su identidad, lo cual concuerda con el discurso de Hume: “la memoria descubre y va construyendo semejanzas a través del tiempo”.

Existen dos factores importantes que contribuyen a que el adulto mayor no se limite al realizar las actividades diarias: primero la significación que la persona le dé a esta actividad y segundo la estabilidad que se tenga; como podría serlo el contar con un trabajo que le remunere o una pensión. Como lo dice la teoría de la actividad “no siempre el verse privado de una actividad significa una frustración, a veces la persona se siente liberada de esos papeles al tener mayor disponibilidad en su tiempo.” Pero el hecho de que se decidan o no a seguir trabajando dependerá de su estado de independencia, de su forma de pensar, de los ideales que se tengan, así como el apoyo de la familia, entre otras cosas. Los siguientes discursos son ejemplo de ello:

“Cuando deje de trabajar de militar me sentí más descansado comencé a flojearle un poquito pero seguí trabajando allá. Cuando deje de trabajar allá me sentí libre completamente, me sentí bien... lo contrario cuando me case, yo sentía una loza en la espalda, era el pípila por la responsabilidad de tener que pagar una casa, luz; me sentí diametralmente opuesto cuando ya deje de trabajar” (Sr. Elías)

“Porque tuve que ayudarle a mi marido, mi marido perdió su tienda, lo asaltaron y entonces le ayudaba yo un poco en la tienda, a veces porque mi cuñado se iba a la central, entonces yo en las tardes iba un rato, le ayudaba y ya me regresaba, pero nada más cada tercer día, entonces

cuando ya se quedó mi esposo solo empecé a ayudarlo, y después de eso fue cuando nos robaron, nos quedamos sin nada, y por eso se quitó la tienda, a mi marido le vino una depresión, no quería salir, fue como un mes, entonces mi hija nos invitó a comer y nos dijo que en la esquina había un local vacío nuevo y nos dijo “por qué no en lo que piensas que hacer papá no te pones a vender pollo”; “¡¡Pollo!! Es lo último que yo haría”, dijo, “vender pollo, yo no voy a vender eso”, dijo, y yo le dije: “ándale, si nomas unos días en lo que vemos si pones otra tienda o te vas a trabajar a otro lado” y entonces dijo que si, y ese poquito rato ya son quince años que estamos en la pollería, tuve que venirme a trabajar con él, veníamos los dos, tuve que aprender yo también a partir el pollo, ayudarlo un poquito más...” (Sra. Esther)

SUBCATEGORÍAS

Una vez establecida la categoría, y contando con los discursos de los adultos mayores se obtienen dos subcategorías: *Me reconozco como adulto mayor* y *el adulto mayor como abuelo*.

Me reconozco como adulto mayor.

Para Erikson la adultez mayor inicia aproximadamente a los años 65 y a esta etapa la denomina “Integridad del Yo contra Desesperación” cuya tarea principal es hacer una revisión de su propia vida y dar significados a los eventos. Sin embargo esta tarea no sería posible en el sujeto, sin antes observar la cultura a la que pertenecen; por ejemplo en la cultura occidental uno de los mayores miedos en los adultos mayores es quedar discapacitado y pasar a depender de la familia.

Esto no quiere decir que no identifiquen sus cambios ni que no quieran ser adultos mayores sino que responden a demandas que de alguna manera la

sociedad les ha dictado, y lo marcan los adultos mayores de la siguiente manera en sus discursos:

“Pues ahorita los cambios que tengo son por la edad, se siente uno más débil, más cansado de los pies cuando se camina mucho, pero ahorita ahí la llevo... me siento bien de haber llegado a esta edad, ahora si que esta difícil pasar a los 60 y yo ya los alcance... Mi familia me trata bien, con mi esposa me llevo bien y mis hijos me tratan normal, como siempre, no porque uno este viejo nos van a estar lastimando o nos van a estar apapachando” (Sr. Ernesto)

“Bueno, he subido de peso, ya no estoy como era antes, delgadita como cuando me case, ahora ya estoy gordita y pues cada día siento como me voy deteriorando mas, esos son mis cambios, que ya no estoy como antes, no hago la misma actividad, yo caminaba para hacer ejercicio, corría en las mañanas, me llevaba a mis hijos a la escuela, pero eso hace muchos años, ahora no puedo hacer nada de eso” (Sra. Esther)

“Me siento bien, a gusto, no sientes la edad, haces lo mismo, a lo mejor a otro ritmo o con menor intensidad pero haces lo mismo, es mi caso, me siento muy bien, me puedo desempeñar tranquilamente” (Sr. Eduardo)

“¿Cómo me veo dentro de 10 años? Pues el otro día le pregunté a mi yerno que si este, si cree que yo llegaría a los 87 años que tiene mi mamá entonces le digo “¿Cómo crees tú que llegue? Yo creo ya ni voy a llegar a con la edad de mi mamá”, me dice “no suegra, usted tiene madera hasta para más” dice. Pues primero dios, de aquí a 10 años pienso, si me sigo controlando, yo no tengo hipertensión, no tengo

problemas cardiacos como mis hermanos si; yo me considero que ahí voy cuidándome, mi hija pone atención, “no hagas esto, come esto”, nos reunimos para comer “deja, ya comiste suficiente, ya no comas más” le hago caso.” (Sra. Eleonor)

“A mi modo de ver, me veo igual pero obviamente comprendo que no es lo mismo 50 que 75, es lógico. Lo que me ha menguado pues es la salud” y “Estoy consciente de la edad que tiene uno, en esta vida hay que saber envejecer y vivir conforme a la edad que tiene” (Sr. Elías)

“Ya no tengo la agilidad de antes, ya no hago mis cosas como las hacía antes y pues eso me desespera yo he estado acostumbrada a hacer mis cosas siempre y he notado el cambio, físicamente ya no está uno igual” (Sra. Estrella)

En lo mencionado por los adultos mayores observamos que perciben los cambios “normales” del envejecimiento, ya que refieren sentirse más débiles o que su andar se vuelve mas lento, pero aceptan que los cambios suceden, no sienten discriminación o un trato diferente ya sea por la familia o por la sociedad; las personas entrevistadas mencionan que no desean un trato preferente por el hecho de ser mayores ya que ellos se sienten muy capaces.

Reconocen y aceptan que la salud con el paso de los años es más susceptible a sufrir cambios lo cual los deja vulnerables; los cambios que perciben principalmente, como mencionan en los discursos, son los cambios físicos, como el incremento de peso, la perdida de la agudeza visual, la agilidad para realizar actividades físicas, entre otros.

Por otro lado, como lo mencionan, la proyección que se tiene de sí mismo es continuar activo a pesar de los cambios, para así seguir siendo seres independientes, evitando las enfermedades, llevando una dieta normal, todo aquello que sea necesario para poder realizar las actividades de su vida diaria y así sentirse plenos y realizados.

El adulto mayor como abuelo

Para argumentar esta subcategoría tenemos que Cariou menciona que “el tener diferentes roles sociales o interpersonales se relaciona de manera significativa con un nivel elevado de adaptación o de satisfacción de vida, en la edad avanzada”. Apoyado por Irving Rosow quien plantea que “a lo largo de la vida, la sociedad le asigna a una persona los papeles o roles que debe asumir en el proceso de socialización lógicamente estos roles no son estáticos por lo que van cambiando según las etapas de su desarrollo cronológico, dando así papeles que deben de cumplir según el grupo etario al que pertenecen”. Esto da como resultado un puente entre generaciones para desempeñar nuevos papeles e identificarse con la sociedad. Para algunos de los adultos mayores es importante verse como abuelos y para otros no tanto, como se muestra a continuación.

“Se siente bien cuando van los niños “¡Abuelito! ¡Abuelito!...Ahorita quiero más a mi nieto que cuando estaban mis hijos chiquitos, lo quiero mucho, le doy lo que yo pueda, le compro sus zapatos, se los regalo, no crea que es obligación de darle, de nosotros los abuelos ¡eh!” (Sr. Ernesto)

“Sí, sí, como ahorita tienen varicela mis nietecitos los chiquitos de la casa pues quiero estar con ellos todo el tiempo pero nosotros tuvimos que quedarnos en casa de mi hija porque se le murió un familiar a mi yerno y se fueron a Veracruz tres días y yo me tuve que quedar a dormir acá con los nietos los grandes, para no dejarlos solos, ¿por qué? Si, todavía está su abuela para verlos y por eso me quedé con ellos acá, iba a la casa a darles de comer a los chiquitos y me regresaba con los grandes” (Sra. Esther)

“Hay muchas familias que les han inculcado a sus hijos a que se tienen que casar hijos o hijas, y yo se los he dicho como hombre pues no era ese el fin, óyeme hija prepárate

para la vida, no para casarse... no puedes programar a tus hijas o a tus hijos para que se casen y si no se casan o se casan a que tengan familia, ya no es tan importante para los muchachos de ahora y yo nunca he estado con esa mentalidad” (Sr. Eduardo)

“No tengo nietos, porque ahorita mi hija está haciendo su especialidad, no habría tiempo para que lo cuidaran... Me dice mi yerno, que cuando esté el nieto entonces voy a hacer una desorganizada, le digo, es que yo estoy para consentir y ustedes para educar. Yo voy a tener que consentir al niño y ustedes tendrán que corregir porque si me lo vas a dejar encargado, yo no voy a quedarme a prepararle el biberón y todo, si quieres que te lo cuide no va a ser compromiso...” (Sra. Eleonor)

“Es normal en la vida de una persona que tiene hijos, que los hijos tengan hijos; me siento bien y a veces mal porque veo que... los hijos no pueden, no saben o no quieren, eso es problema de ellos, educar bien a sus hijos pero eso ya no es mi responsabilidad y siempre lo hemos dicho, yo soy abuelo ya criamos a los hijos...” (Sr. Elías)

“Contenta, le doy gracias a Dios de que ya soy abuela, de que ya me dejo vivir para conocer a mis nietos... se distrae uno mucho con ellos, vuelves a vivir, ya no con la misma responsabilidad que con los hijos pero vuelves a vivir, es otra etapa de tu vida” (Sra. Estrella)

Los anteriores discursos no se contraponen sino que se conjuntan con lo que se ha mencionado con anterioridad. Jung propone que existe una tendencia de género que busca redefinirse sobre todo en esta tercera edad; esto quiere decir los hombres comienzan a expresar su feminidad y las mujeres su masculinidad.

Así observamos en los discursos, que hay adultos mayores masculinos a los que les agrada o les es importante tener nietos, y algunos otros que esto no les sea tan importante porque, como lo dicen teorías de la identidad, dentro de su sociedad aun buscan regirse por roles de género que realizaron durante toda su vida. En el caso de las mujeres no suceden variaciones puesto que para ellas la maternidad y el rol femenino sigue siendo muy importante incluso aun para esta edad.

Los adultos mayores tienen presente su papel en la familia y es aquel que le dedica tiempo a los nietos, los disfrutan de otra manera porque ya no tienen la responsabilidad de educar, por el contrario consideran que este tiempo es para realizar actividades de juego e incluso de consentir, es decir que el sentido de responsabilidad es cedido a los hijos pero no se desentienden completamente de los nietos, ya que en situaciones como la enfermedad sienten el compromiso moral de estar presentes.

Dentro de sus posibilidades colaboran al cuidado de los nietos, pero están muy seguros de que ellos ya cumplieron con sus hijos y que no deben estar preocupados por nada más. Hacen regalos materiales de acuerdo a sus posibilidades económicas, pero tampoco consideran que sea una obligación comprarles cosas, pensamos quizás más que una obligación consideran como dar un gusto: a los nietos por el objeto regalado y a ellos por la satisfacción de continuar siendo independientes como para solventar un gasto.

8. CONSIDERACIONES FINALES

Observamos a través de todos estos discursos que los adultos mayores identifican los cambios normales del envejecimiento a través de su funcionalidad, pero que de igual manera y aunque observan una disminución en su agilidad, ellos siguen haciendo sus actividades normalmente pues reconocen que entre más activos se mantengan tendrán menor riesgo a ser personas dependientes.

Podemos decir después de haber hecho la revisión de diferentes artículos encontramos que la población adulto mayor se encuentra en aumento, muchas de ellas hablan del maltrato de este grupo de edad, muy pocas son las investigaciones que miran a un adulto mayor independiente; la mayor parte de la bibliografía marcan al adulto mayor independiente como una utopía, como algo ideal a lo que se debe de llegar pero que puede ser inalcanzable, por ello es necesario mostrar una cara real de la vejez en la que no solo se muestren las limitaciones o problemas, sino a los adultos mayores que cumplen las exigencias de la cultura y la sociedad, sin permitir que el avance de la edad haga que sea un grupo olvidado sino por el contrario, se establezcan vínculos que favorezcan el envejecimiento y les permitan aportar sus conocimientos y mostrar sus cualidades.

Lo que encontramos en las entrevistas es que existen personas mayores que son independientes, que si bien comienzan a verse limitados físicamente no están limitados en su cotidianidad pues siguen moviéndose, relacionándose y ejerciendo un papel importante dentro de su familia, la cual los ve como miembros importantes dentro de su núcleo social. Se cree que los adultos mayores son incapaces de correlacionarse con las generaciones más jóvenes, sin embargo los adultos mayores entrevistados mencionan que pueden interactuar con sus nietos y realizar actividades en común, a pesar de las limitaciones que presentan.

Nos hemos enfocado tanto a frenar las patologías en esta última etapa de la vida, que perdimos completa noción de los cambios normales del envejecimiento, se ha “medicalizado” tanto este proceso que casi se ha llegado al punto en que hablar de adulto mayor es sinónimo de hablar de dependencia.

Lógicamente esto para la persona mayor, se vuelve un reto a superar porque al seguir desarrollando su identidad y conformando su autoimagen se llega a topar con medios de comunicación que hacen énfasis en la dependencia de una persona adulta, de las enfermedades que padecen, de los cambios normales vistos de manera anormal; como por ejemplo las arrugas y manchas en la piel que se intentan frenar con cremas que retrasan los signos físicos del envejecimiento, entre otras cosas. Se nos olvidó que los adultos mayores como personas tienen cambios, enfermedades, que son independientes o puede llegar a serlo como en las etapas de vida que les precedieron.

“Robert N. Butler en 1976 alude a la identificación de la vejez con la enfermedad, el decremento de los procesos cognitivos, la asignación de etapa asexual, el apartamiento de las actividades sociales, el aumento de la dependencia, y la creencia de que todos los viejos son iguales... Kalish también había hecho referencia a los estereotipos de la vejez. En concreto, este autor mencionaba algunas de las características que son atribuidas a los mayores: son más conservadores, fácilmente irritables, y hostiles para las generaciones más jóvenes...” (Belandó, 2006)

A través de los discursos presentados en esta investigación, obtuvimos que el adulto mayor no cree que sea un sinónimo el estar viejo con el hecho de llegar a ser dependiente; identifica los cambios que con la edad están teniendo, saben de los riesgos de padecer una enfermedad pero esto no los predispone a una dependencia. Por ello podemos decir que el deterioro no solo el cognitivo, incluso el físico no está directamente relacionado con el envejecimiento sino que existen diferentes factores que pueden hacer que se presenten en cualquier etapa de la vida y entonces sí, favorecer el que haya un mayor número de adultos mayores dependientes al inicio de la tercera década de la vida.

Disfrutan de su edad como en cualquier otra etapa de la vida, realizan mayores actividades recreativas, ya no por obligación; no se sienten excluidos de la sociedad, ni sienten que su forma de ser se haya modificado abruptamente, siguen siendo las mismas personas de antes pero con otras capacidades. Para

algunos de ellos es importante seguir trabajando, para seguir gozando de un estatus económico estable no porque sea su obligación o se vean forzados; sino más bien porque si dejan de hacerlo económicamente no hay una pensión que sustente sus gastos.

Lo anterior nos lleva al punto importante de crear conciencia social para reformar el estado económico y dar un mejor financiamiento en todos los niveles pero en particular a este grupo etario, ya que se corta la relación laboral llegada a cierta edad (normado por el proceso de jubilación) pero además se dificulta su posibilidad de reagruparse a otra compañía laboral que le remunere si así el adulto mayor lo llegara a necesitar. Carlos Slim recientemente menciona algo de suma importancia. “Jubilación a los 75 años porque es a partir de los 60, explicó, cuando el conocimiento y la experiencia del trabajador se hacen más fuertes. Hay que prolongar esa etapa”.⁶

No solo se trata de prolongar una etapa, sino de ser flexibles con los adultos mayores, hay quienes quieren seguir trabajando por diversas cuestiones personales y es a ellos a quienes deberían darles una oportunidad. Hay adultos mayores que el periodo de la jubilación llegó a un tiempo oportuno y que quizás ya tienen la tranquilidad como para retirarse y realizar diversas actividades recreativas, meramente por su gusto. El punto es que como sociedad no tomemos decisiones por ellos, porque están dotados de diversas capacidades que lo hacen ser completamente autónomos.

Como sociedad y como profesionales de la salud, debemos fomentar estos buenos hábitos, debemos ponderar a estos adultos mayores como promotores del proceso natural del envejecimiento, así como lo están siendo en su núcleo familiar, expandir esas fronteras y dar a conocer a la sociedad que el adulto mayor es independiente y que tiene un rol importante dentro de ella, que entre más independiente se encuentre el adulto mayor menos costos a la salud tendrán, entre más activos se encuentren dentro de la sociedad menos dependencia

⁶ Periódico La Jornada. Propone Slim semana laboral de tres días. Sábado 17 de octubre de 2015, p. 20. [Consultada: 18 de octubre de 2015] Disponible en: (<http://www.jornada.unam.mx/2015/10/17/economia/020n1eco>)

lograremos. Debemos crear conciencia de que por diversas cuestiones se aumentara la población de adultos mayores y si bien será una sociedad envejecida no tiene por qué ser una sociedad dependiente, ya que nos encontramos en una era donde se cuentan con tantos medios de comunicación debería ser considerado el aprovechamiento de éstos para favorecer el desarrollo de estrategias que permitan optimizar los conocimientos de los adultos independientes para compartir su escuela de vida y enseñar a los adultos más jóvenes que algún día pertenecerán a este núcleo, y que es importante el mantenerse activo para estar satisfecho con uno mismo.

9. SUGERENCIAS

Consideramos que es de suma importancia la necesidad de formar profesionales de la salud empáticos y comprometidos con los adultos mayores, que se les den elementos suficientes para no solo convivir con personas dependientes principalmente en un medio hospitalario sino crearles consciencia de que también existen los adultos mayores independientes que cursan un proceso de envejecimiento sano y se encuentran activos en la sociedad.

Estamos convencidas de la necesidad de que Enfermería divulgue sus investigaciones, por ello sugerimos que se busquen medios para dar a conocer los resultados, como revistas o bases de datos. Consideramos que esta investigación puede ser de utilidad para la construcción de diagnósticos de bienestar dentro del proceso de atención de enfermería, lo que favorecerá que el profesional de enfermería sea un promotor del proceso de envejecimiento saludable en los adultos mayores independientes.

Nuestra meta es difundir entre los profesionales multidisciplinares y la población los beneficios de un envejecimiento saludable para crear círculos o redes que contribuyan para la prevención de enfermedades crónico – degenerativas; y sobre todo se comenzará a respetar la independencia del adulto mayor.

Sugerimos que se fomente la investigación en el egresado de la Licenciatura en Enfermería ya que a lo largo de su trayectoria escolar se le brindan elementos suficientes para hacer contribuciones que favorezcan el crecimiento del conocimiento disciplinar de Enfermería.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALMON CRUZ, Carmen y DORADO PRIMO, Juan Alejandro. Detección y prevalencia de trastornos depresivos geriátricos en atención primaria. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.[online]. 2004, n.90 [citado 2014-08-28], pp. 9-20 . Disponible en:
(http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200002&lng=es&nrm=iso)
- BARRANTES – MONGE, Melba; García – Mayo, Emilio; Gutiérrez – Robledo, Luis; Miguel – Jaimes, Alejandro. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos en Cuernavaca, México. Salud Pública en México [online] 2007 Vol. 49 supl. 4 [citado 2014-08-28]. Disponible en: (http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007001000004&script=sci_arttext)
- BELANDO, María. Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios Reconstruyendo identidades. Una visión desde el ámbito educativo. 2006. [Consultada el 2015, septiembre 19] Disponible en:
(<http://www.observatoriodosmedios.org/mediateca/observatorio/xornadas/200702/artigo20.pdf>)
- D'HYVER DE LAS DESES, C. y Gutiérrez, L.M. Geriatria. El Manual Moderno. México, 2006
- El Universal. Aumenta en México la población de la tercera edad. México, 6 de octubre de 2011 consultada en septiembre 8 de 2015; disponible en (<http://archivo.eluniversal.com.mx/notas/799296.html>) y ZócaloSaltillo. México de la tercera edad. México, 7 de octubre de 2011 consultada en septiembre de 2015; disponible en (<http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/mexico-de-la-tercera-edad>).
- Foro Envejecimiento y Salud: Investigación para un plan de acción. Violencia y maltrato hacia las personas adultas mayores en México: resultados para la generación de políticas públicas. [Consultada el 2014

agosto 13] Disponible en:

http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/FS_VIOLENCIA_MALTRATO.pdf

- GUAJARDO, GABRIEL. Abusleme María Teresa. El maltrato hacia las personas mayores en la región metropolitana de Chile. Investigación cualitativa en vejez y envejecimiento. 2013. [Consultada el 2015 marzo 09] Disponible en:
(<http://www.senama.cl/filesapp/EI%20maltrato%20hacia%20las%20personas%20mayores.pdf>)
- IACUB Ricardo y Sabatini M. Belen. Módulo 3: Psicología de la Mediana Edad y Vejez. [Consultada el 2015, septiembre 19] Disponible en:
(<https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-31.pdf>)
- IZQUIERDO MUNUERA, Eulàlia et al. Depresión y riesgo de demencia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [online]. 2003, n.87 [citado 2014-08-28], pp. 31-52 . Disponible en:
(http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000300003&lng=es&nrm=iso)
- J'URSCHIK GIMÉNEZ, Pilar; Escobar Bravo, Miguel Ángel; Nuin Orrio, Carmen; Botigué Satorra, Teresa. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. Atención Primaria [online]. 2011, vol. 43, Issue 4 [citado 2014-08-28], pp. 190-196. Disponible en:
(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656710002064>)
- KRUG, ETIENNE G. et all. Informe mundial sobre la violencia y la salud: Capitulo 5 El maltrato de las personas mayores. 2003. [Consultada el 2015 marzo 10] Disponible en:
(<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1>)
- MERCHÁN, ESTEBAN. Cifuentes, Raúl. Teorías Psicosociales del Envejecimiento. Universidad de Castilla La Mancha y Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid, Universidad Autónoma de

Madrid [Consultada el 2015 septiembre 18] Disponible en:
(<http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>)

- MIGLIACCI, M.L.; Scharovsky, Gonorazky, S.E. Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipos. Buenos Aires, Argentina. Revista de Neurología. 2009. Vol. 48 [online] pp. 237-241 [citado 2014-08-28] Disponible en:
(<http://www.neurologia.com/pdf/web/4805/bb050237.pdf>)
- Organización Mundial de la Salud. Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una guía. Brasil, 2005. [Consultada el 2014 agosto 13] Disponible en (<http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>)
- Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. [Consultada el 2014, julio 31] Disponible en:
(http://www.who.int/ageing/events/idop_rationale/es/index.html)
- Organización Panamericana de la Salud. Derechos Humanos y Salud. Adultos Mayores. 2008
- Organización Panamericana de la Salud. OPS insta a hacer frente al envejecimiento de la población. Buenos Aires, 28 de septiembre de 2012 (OPS/OMS) consultada en septiembre 08 de 2015; disponible en (http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1043:ops-insta-hacer-frente-envejecimiento-poblacion&Itemid=290)
- ORTIZ DE LA HUERTA, Dolores. Perspectiva Sociológica: Teoría de la Actividad. Grupo de investigación "Envejecimiento y Vejez", Facultad de Medicina U.D.C.A / Fundación Santa Sofía para la Atención del Anciano. 2009. [Consultada el 2015 septiembre 18] Disponible en:
(<http://www.envejecimientoyvejez.com/2009/08/perspectiva-sociologica-teoria-de-la.html>)
- SADA-OVALLE, ISABEL. Gorocica Rosete Patricia. Aspectos inmunológicos del Envejecimiento, Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Volumen 17, Número 4, Octubre-Diciembre 2004.

- TABLOSKI, P. Enfermería Gerontológica. Pearson Educación, S.A. Madrid, 2008
- TABLOSKI, P. Enfermería Gerontológica. 2ª ed. Pearson Educación, S.A. Madrid, 2010
- TOWNSEND, Mary C. Fundamentos de enfermería en psiquiatría. 4ª. Edición, McGraw-Hill. 2011.
- URIARTE ARCINIEGA, Juan de Dios. Autopercepción de la identidad en la transición a la edad adulta *Revista de Psicodidáctica* [en línea] 2007, 12 (Sin mes): [Consultada: 20 de septiembre de 2015] Disponible en: (<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17512209>)
- VARELA PINEDO, Luis Fernando; ORTIZ SAAVEDRA, Pedro José y CHAVEZ JIMENO, Helver Alejandro. Velocidad de la marcha en adultos mayores de la comunidad en Lima, Perú. *Rev Med Hered* [online]. 2009, vol.20, n.3 [citado 2014-08-28], pp. 133-138. Disponible en: (http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2009000300003&lng=es&nrm=iso).
- VALLEJO, JESUS y Rodríguez, Jesús. Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. Cadiz, España. *Rincón Científico. Comunicaciones*. [online] p. 156. [citado 2014-08-28] Disponible en: (http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000400003)

11. ANEXOS

11.1 GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

La entrevista empezó con una pequeña ficha de identificación que contenía la siguiente información: nombre completo, edad, ¿Con quién vive? Si ¿Tiene usted hijos? ¿Cuántos eran? Y una breve descripción de ellos.

Las preguntas guía fueron: ¿Cuáles son los cambios que usted ha tenido ahora como adulto mayor? Y ¿Cómo se siente como adulto mayor?

11.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 2001 presentó siete Recomendaciones para Mejorar la Práctica de la Medicina, todas ellas con un profundo sentido ético, mismas que se enuncias a continuación. (AGUIRRE, 2002)

- Relación médico-paciente respetuosa, donde se indican elementos como la oportunidad de la atención, comunicación adecuada, confidencialidad e información sobre el pronóstico.
- Consentimiento informado antes de una intervención con riesgo o para ser sujeto de un proyecto de investigación.
- Contar con registros en su expediente clínico.
- Actuar en congruencia con los conocimientos médicos vigentes, evitar la medicina defensiva.
- Atender pacientes solamente cuando se está facultado para ello, mediante el título o diploma de la especialidad que se trate; no participar en prácticas delictivas como; aborto, eutanasia y falsos certificados médicos.
- Referir al paciente cuando no cuente con los recursos para su atención.
- Atender las urgencias; no abandonar al paciente, inclusive en casos de: huelga, catástrofe o epidemia, inclusive con riesgo para el médico.

En diciembre del mismo año 2001, la propia Comisión de Arbitraje Médico emitió y difundió la "Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, integrada con la participación de las principales instituciones de salud y organizaciones

médicas, de enfermería y relacionadas con los derechos humanos en nuestro País. Incluye:

- Recibir atención médica adecuada.
- Recibir trato digno y respetuoso.
- Recibir información suficiente, clara, óptima y veraz.
- Decidir libremente sobre su atención.
- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
- Ser tratado con confidencialidad.
- Tener facilidades para contar con una segunda opinión.
- Recibir atención médica en caso de urgencia.
- Contar con un excelente expediente clínico.
- Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

En junio de 2002 en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, se editó el Código de Ética, dedicado a la aplicación de los preceptos que contiene en el ámbito del propio Hospital, con un enfoque dirigido a la mejora de la calidad de la atención médica.

martes 26 de noviembre próximo pasado la Academia Mexicana de Cirugía en su Sesión Solemne de Clausura del Año Académico 2002, presentó su Código de Ética, aplicable a sus académicos en particular y al gremio médico en general.

Por su parte el Colegio de Médicos Postgraduados del IMSS, con participación de sus agremiados emitirá próximamente su pronunciamiento en relación a los principios éticos vigentes.

Es por ello que para el cumplimiento de dichas obligaciones como profesionales de la salud se le otorgó una copia del consentimiento informado a los participantes para dicha investigación; dicha copia del formato se adjunta posteriormente:

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Consentimiento Informado

A través de este documento queremos hacerle una invitación a participar voluntariamente en una investigación cualitativa la cual tiene como objetivo poner en práctica habilidades para la elaboración de una tesis que le permita a las pasantes de la licenciatura en enfermería, Judith Elizabeth González López y Miriam Olivia Terrazas Alcántara presentarla para su titulación. Dicha investigación es conducida por la Mtra. María del Pilar Sosa Rosas, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá responder preguntas en una entrevista, así como su autorización para grabar la misma, tomar algunas fotografías y/o videos, los cuales se le mostraran si así lo desea garantizándole que el uso de esos recursos es únicamente con carácter escolar y confidencial, presentándose en el momento de la exposición de la investigación para la realización del examen profesional de las pasantes.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación puede hacer preguntas en cualquier momento, de igual manera si durante la entrevista alguna de las preguntas le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador y/o no responderlas.

La participación en esta investigación es voluntaria lo que significa que usted es totalmente libre de ingresar o no. Podrá retirar su consentimiento en cualquier momento y sin tener que explicar las razones sin que esto signifique una disminución en la calidad de la atención que se le provea.

Como beneficio a su colaboración le ofrecemos, al término de la investigación, entregarle un plan de cuidados con una serie de acciones que

contribuyan al mantenimiento de su salud de acuerdo a los resultados arrojados durante la misma.

Agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre y firma del participante.

Nombre y firma de la persona que entrevista.

Nombre y firma de la persona que condujo el Proceso del consentimiento.

Fecha y hora

Vo.Bo. Dra. María del Pilar Sosa Rosas

11.3 ÍNDICE DE BARTHEL PARA ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA

Objetivo: Monitorizar la funcionalidad física a través del tiempo y evaluar la eficacia de las medidas preventivas o de rehabilitación.

Características: Es un cuestionario que evalúa las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) a través de 10 capacidades físicas como la alimentación, el trasladarse o manejar silla de ruedas (deambulación y traslado, sillón-cama), subir escaleras, control vesical y control de esfínter anal, vestirse, asearse, bañarse.

Estructura: El cuestionario esta conformador 10 apartados, cada uno de ellos contiene 5 opciones de respuesta, cada opción le corresponde un puntaje.

Tiempo aproximado de aplicación: 10 min.

Material requerido: Cuestionario y lápiz.

Espacio físico recomendado: Se requiere de un espacio privado para su aplicación.

Protocolo de aplicación:

- Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
- Especifique a la persona el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de la aplicación.
- Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos o cognitivos severos que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
- Preferentemente aplique el cuestionario sin presencia de familiares.
- Si la persona no puede responder el cuestionario, las personas las podrá emitir el cuidador primario, lo cual deberá especificar en el apartado de observaciones.
- Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, siempre y cuando este usted seguro (a) de que no está

cambiando el sentido y objetivo de la pregunta. Si tiene alguna duda corrobórelo con el supervisor.

- Pregúntele, nombre y edad, anote el género y la fecha de aplicación. Proceda a aplicarlo.
- De tiempo suficiente a la persona para responder a cada una de las preguntas.
- Escala de evaluación: Los individuos son puntuados en 10 actividades que se sumarán para dar un puntaje global que irá de cero totalmente dependiente a 100 completamente independiente. Puntaje máximo de 100 puntos.
- Este cuestionario sirvió para determinar el grado de dependencia o la independencia del adulto mayor, de manera tal que los adultos mayores en esta escala mostraran una puntuación que los colocara en un grado de independencia o dependencia ligera. El formato utilizado de la escala fue el siguiente:

Anexo			
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA. ESACALA DE BARTHEL MODIFICADA.(ABVD)			
Marca con una X.			
BAÑO 5. Independiente 4. Supervisión 3. Ayuda ocasional (transferencias, lavado, secado, etc) 1. Asistencia en todos los aspectos del baño 0. Dependencia total	ASEO PERSONAL 5. Independiente 4. Mínima ayuda 3. Moderada ayuda 1. Ayuda continua (colabora algo) 0. Dependencia total	VESTIDO 10. Independiente 8. Mínima ayuda 5. Ayuda para poner o quitar ropa 2. Gran ayuda (colabora algo) 0. Dependencia total	ALIMENTACIÓN 10. Independiente 8. Mínima ayuda, pero independiente si se sirve 5. Come solo con supervisión 2. Ayuda de otra persona (puede comer algo) 0. Dependiente.
IR AL SANITARIO 10. Independiente 8. Supervisión 5. Moderada ayuda 2. Continúa ayuda 0. Dependencia total	MICCIÓN 10. Contiente e independiente 8. Incontinencia ocasional (<1/día) 5. Incontinencia frecuente (se limpia sólo, pañal) 2. Incontinencia frecuente (colabora algo) 0. Incontinencia y dependencia total	DEPOSICIÓN 10. Contiente e independiente 8. Incontinencia ocasional (<1/día) 5. Incontinencia frecuente (se limpia solo, pañal) 2. Incontinencia frecuente (colabora algo) 0. Incontinencia y dependencia total	TOTAL=
DEAMBULACIÓN 15. Independiente 12. Supervisión continua o no camina >50 min 8. Ayuda de una persona (Ocasional) 3. Ayuda continua de una persona o más 0. Dependiente	TRASLADO SILLÓN CAMA 15. Independiente 12. Supervisión 8. Ayuda ocasional de una persona 3. Ayuda continua (colabora algo) 0. Ayuda de más personas (no colabora)	ESCALERAS 10. Independiente (al menos sube un piso) 8. Supervisión ocasional 5. Supervisión continua o ayuda ocasional 2. Ayuda continua 0. Incapaz de subir escaleras	TOTAL=
-20p= Dependencia Total. Entre 20 y 35p=Dependencia severa.	Entre 40 y 55p= Dependencia Moderada Más o igual a 60p= Dependencia Ligera	100p.= Autónomo	TOTAL= /100

11.4 ESCALA MINI EXAMEN MENTAL DE FOLSTEIN MODIFICADO

Objetivo: Establecer el diagnóstico presuntivo de las funciones cognitivas.

Características: Es una prueba psicológica de tamizaje (diagnóstico probable) validada en población mexicana, ampliamente utilizada en el ámbito clínico y epidemiológico.

Es fácil de realizar e interpretar ya que explora y puntúa varias áreas, como la orientación temporal y espacial, la memoria inmediata y diferida, en la habilidad para el cálculo y la concentración, la denominación y la repetición del lenguaje, las capacidades de lectura y escritura, y capacidad de abstracción, praxis ideomotora, ideatoria y constructiva gráfica.

Estructura: El cuestionario está conformado por 30 preguntas integradas en 5 secciones (orientación, registro, atención, cálculo, lenguaje, memoria diferida).

Tiempo aproximado de aplicación: 15 min.

Material requerido: Formato de prueba impreso, lápiz, reloj, hoja de papel tamaño carta en blanco, una tarjeta tamaño media carta en el que aparezca en el centro con letra grande la instrucción "CIERRE LOS OJOS" y a el reverso el dibujo de los pentágonos imbricados.

Espacio físico requerido: Se requiere un lugar tranquilo con privacidad, una mesa y dos sillas (una para el evaluador y otra para la persona que será evaluada).

Protocolo de aplicación:

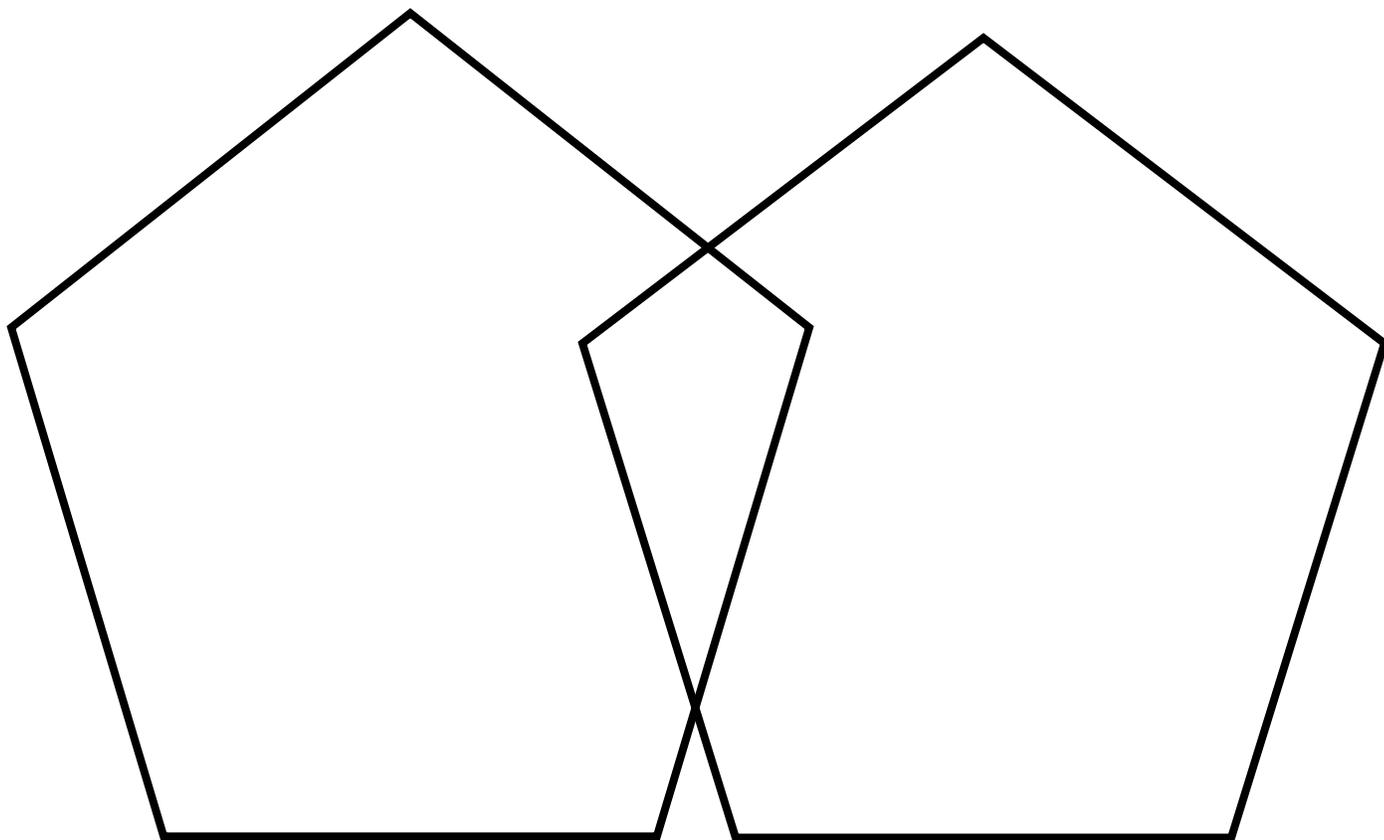
- Explique a la persona el objetivo y relevancia de la prueba: "le haré algunas preguntas para evaluar su memoria, quizá algunas le parezcan muy sencillas, sin embargo es muy importante que responda a todas". "¿está usted de acuerdo en participar?"

- Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos, visuales, músculos esqueléticos o cognitivos severos que le impidan escuchar, leer, escribir o realizar movimientos.
- Especifique a la persona el tiempo aproximado de la prueba.
- Preguntarle la escolaridad, si la persona tiene una escolaridad MAYOR DE TERCER AÑO DE PRIMARIA, aplique todo el instrumento, SI SU ESCOLARIDAD ES NULA O MENOR DE UN AÑO DE PRIMARIA NO APLIQUE LAS SECCIONES de atención y cálculo (5 puntos) lectura (1 punto), escritura (1 punto), dibujo (1 punto). Los 8 puntos de estas secciones serán sumadas al puntaje total que obtenga las personas con escolaridad baja o nula.
- Debe dar el tiempo suficiente para que la persona responda a cada una de las preguntas.
- No debe aprobar ni desaprobado las respuestas.
- Debe apegarse al protocolo establecido en el instructivo.
- El instrumento debe ser llenado en su totalidad.
- Anote el puntaje total y el diagnostico probable.

Escala de evaluación: En todos los caso, las respuestas correctas del sujeto se calificaran con el número 1, cuando sean incorrectas con 0; la calificación debe colocarse dentro del paréntesis que aparecen a la derecha. Al término de sección sume el número de respuestas y anote el resultado en el paréntesis de la izquierda correspondiente a dicha sección. Finalmente, sume todas las calificaciones del lado izquierdo de cada apartado para obtener la puntuación total y anótela en el espacio destinado a la calificación total que aparece en la ficha de identificación. 24-30= normal; ≤ 23 = deterioro cognitivo leve; ≤ 17 = deterioro cognitivo severo.

Esta escala se utilizó como una forma de verificación de que el adulto mayor se encontrase orientado y que su discurso fuera de lo más verídico y congruente con su ser. A continuación se adjunta el formato utilizado.

Anexo	
MINI EXÁMEN MENTAL DE FOLSTEIN MODIFICADO.	
Realice las preguntas y asigne un <input type="checkbox"/> por cada respuesta máxima obtenida que sea correcta.	
Pregunte: ¿Qué fecha es hoy? (Anote la respuesta del AM) Después complete solo las partes omitidas formulando las siguientes preguntas:	
☛ ¿En qué año estamos?	()
☛ ¿En qué mes estamos?	()
☛ ¿Qué día del mes es hoy?	()
☛ ¿Qué día de la semana?	()
☛ ¿Qué hora es aproximadamente?	() /5
Pregunte: ¿En dónde nos encontramos ahora? (Casa, consultorio, hospital, etc.)	
☛ ¿En qué lugar estamos?	()
☛ ¿En qué país?	()
☛ ¿En qué estado?	()
☛ ¿En qué ciudad o población?	()
☛ ¿En qué colonia, delegación o municipio?	() /5
Diga al sujeto la siguiente instrucción: "Ponga mucha atención, le voy a decir una lista de tres objetos: papel, bicicleta y cuchara", después pida al sujeto: "Repita las palabras"	/3
ATENCIÓN Y CÁLCULO	
Pida al sujeto: Reste de 7 en 7, a partir del No. 100. "Fijese bien, se trata de contar para atrás restando 7 cada vez por ejemplo: 100- 7=93; 93-7 =86." Continúe hasta que yo le diga que se detenga..Deténgalo después de 5 sustracciones (no proporcione ayuda)	/5
EVOCACIÓN	
Pida al sujeto "Repita las tres palabras que le pedí que recordara"	/3
LENGUAJE	
Nombrar: Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: ¿Cómo se llama esto? Repita lo mismo con un lápiz.	/2
Repetición: Diga al sujeto la siguiente instrucción: "Le voy a decir una frase y repítala después de mí. Solo se la puedo decir una vez así que ponga mucha atención" (Diga lenta y claramente): "NI NO, NI SI, NI PERO"	/1
Comprensión: Coloque una hoja de papel sobre el escritorio e indique al sujeto: "Le voy a dar algunas instrucciones, por favor sígalas en el orden que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez". "Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo" (Dé un punto por cada paso correctamente ejecutado).	/3
Lectura: Muestre al sujeto la instrucción escrita en una tarjeta: "Cierre los ojos" Pida al sujeto: "Por favor haga lo que dice aquí"	/1
Escritura: Presente al sujeto una hoja en blanco. Pídale: "escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido", que tenga sujeto y verbo (no proporcione ayuda) La escribe bien	/1
Copia del modelo: Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados que se encuentra en la parte inferior. Pida al sujeto, "copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja". No retire la tarjeta del modelo hasta que la persona termine. Debe haber 10 ángulos, y dos intersecciones. (no tome en cuenta temblor, ni rotación)	/1 /30
TOTAL:	
24-30 puntos = normal, Igual o menor a 23 = deterioro cognitivo leve , Igual o menor a 17 = deterioro cognitivo severo	



Cierre los ojos

11.4.1 MEDICION DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE

Para lograr una oportuna evaluación sobre el estado y deterioro cognitivo es de suma importancia conocer la pérdida cognitiva normal que conlleva el envejecimiento. Ahora bien dentro de las modificaciones normales de la persona sana podremos encontrar:

- Memoria: En este rubro vemos la afectación de los diferentes tipos de memoria, en los que encontramos de trabajo, episódica y de recuerdo libre. Mientras que la semántica: a corto plazo, reconocimiento, recuerdo facilitado, implícita y prospectiva se mantienen presentes.
- Lenguaje: Podemos puntualizar la pérdida de designación en el enlace de palabras así como la fluencia verbal, conservando la sintaxis y el léxico.
- Razonamiento: Localizaremos la disminución de la capacidad para resolución de problemas así como la velocidad con que logra procesar la información; solo se conservara en la mayoría de los casos la atención.⁵

Para el diagnóstico del deterioro cognitivo suelen valorarse el estado mental que entenderemos como un conjunto de actividades emocionales, cognitivas y conductuales de la persona y para lograr una evaluación debemos usar diferentes escalas o instrumentos tomando en cuenta las actividades y limitaciones del paciente. Para lograr una valoración completa y que nos muestre un diagnóstico lo más preciso es necesario que se incluya: la atención, orientación, lenguaje, memoria, habilidades constructivas, cálculo, razonamiento y capacidad de abstracción.

11.4.2 ACTIVIDADES COGNITIVAS

Uno de los tratamientos más efectivos que existen para enfrentar y prevenir los síntomas producidos por el deterioro es la estimulación física, cognitiva y sensorial. Sin embargo, para que ésta tenga el efecto deseado, es necesaria que sea realizada por todas las personas cercanas al adulto mayor (tanto profesionales de la salud como familiares).