



**TECNOLÓGICO UNIVERSITARIO DE MÉXICO**

---

---



**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
CLAVE 3079-25**

**“LA CALIDAD DE VIDA EN EL ANCIANO: ASILO VS HOGAR”**

# **TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**DIANA GABRIELA ZAVALA HERNÁNDEZ**

**ASESORA DE TESIS: MTRA. SONIA NÚÑEZ GASCÓN**

**CIUDAD DE MÉXICO**

**2017**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

Me gustaría agradecer como primer lugar a mi Institución el Tecnológico Universitario de México al igual que a la directora de carrera la Lic. Claudia Moreno Ávila y a mi asesora de Tesis la Mtra. Sonia Núñez Gascón por el apoyo brindado durante mi estancia y sobre todo por haber compartido sus conocimientos y dedicación hacía esta bella profesión.

A mis padres y hermana por siempre mostrarme su apoyo durante toda mi carrera profesional y cada uno de los pasos que voy dando para seguirme formando como psicóloga, por ser siempre el soporte que necesito para seguir adelante en esta vida.

Por último y no menos importante a Dios por darme a mis abuelos inspiración para realizar este trabajo, a mi demás familia y amigos por confiar en mi para elaborar este trabajo. Sin dejar aún lado a las Adultas Mayores y a las Instituciones que participaron en los talleres realizados.

## CÓMO AMAR A LOS ADULTOS MAYORES

DÉJALO HABLAR...

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

DÉJALO VENCER...

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

DÉJALO IR A VISITAR...

a sus viejos amigos,  
porque entre ellos se siente revivir.

DÉJALO CONTAR...

sus historias repetidas,  
porque se siente feliz cuando lo escuchamos.

DÉJALO VIVIR...

entre las cosas que ha amado,  
pues sufre sintiendo que le arrancamos pedazos de su vida.

DÉJALO GRITAR...

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

DÉJALO VIAJAR...

en el automóvil de la familia cuando van de vacaciones,  
porque el año próximo tendrás remordimientos de conciencia  
si "TU VIEJO" ya no existe más.

DÉJALO EN VEJECER...

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

DÉJALO REZAR...

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

Por favor... ¡Déjalo ser!

Anónimo

## Contenido

AGRADECIMIENTOS.....	2
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1. EL ADULTO MAYOR EN MÉXICO .....	8
1.1 Prehistoria .....	10
1.2 México actual.....	13
1.3 El Adulto Mayor.....	17
1.3.1 Papel del Adulto Mayor .....	18
CAPÍTULO 2. PRINCIPIOS DE LA CALIDAD DE VIDA.....	20
2.1 Calidad de vida en el hogar.....	26
2.2 Calidad de vida en el asilo.....	30
2.3 Calidad social.....	34
CAPÍTULO 3. ALTERNATIVAS PARA UN MEJOR CUIDADO .....	36
3.1 Cuidados paliativos .....	43
3.2 Institucionalismo.....	49
3.2.1 Centros de salud.....	50
3.2.2 Asilos .....	51
CAPÍTULO 4. NECESIDADES EMOCIONALES.....	52
4.1 Voluntad del anciano.....	68
4.1.1 Autonomía .....	71
4.2 Investigación .....	74
4.2.1. Procedimiento.....	75
4.2.2. Resultados y Análisis.....	78
CONCLUSIONES.....	82
ANEXO 1 (CARTAS DESCRIPTIVAS) .....	84

Carta de Presentación del Taller .....	84
Carta Descriptiva del Taller de Manejo de Emociones .....	85
<b>Sesión 1</b> .....	85
Carta Descriptiva Taller de Manejo de Emociones .....	87
<b>Sesión 2</b> .....	87
Carta Descriptiva Taller de Manejo de Emociones .....	89
<b>Sesión 3</b> .....	89
Carta Descriptiva Taller de Manejo de Emociones .....	91
<b>Sesión 4</b> .....	91
Carta Descriptiva Taller de Manejo de Emociones .....	93
<b>Sesión 5</b> .....	93
Carta Descriptiva Taller de Manejo de Emociones .....	95
<b>Sesión 6</b> .....	95
ANEXO 2 (FOTOS) .....	97
BIBLIOGRAFÍA: .....	99

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación cualitativa correlacional tiene como objetivo identificar la calidad de vida de una persona adulta mayor que vive en un asilo, donde recibe atención hospitalaria (o de un cuerpo médico profesional) comparándola con una persona que vive en casa en donde los cuidados son distintos por parte de los familiares.

Por medio de un taller del “Manejo de Emociones” analizaremos aquellas necesidades físicas y psicológicas optimas que demanda el adulto mayor, así como los procesos básicos que se deben de cubrir tanto en un asilo como en el hogar, ya que hoy en día pasan de largo en algunas ocasiones los cuidados que se le deben de brindar, los cuales no son los adecuados o que ellos requieren, al igual de los cambios emocionales que presentan a lo largo de esta etapa. Obteniendo una mayor perspectiva de las necesidades emocionales con la relación mente-cuerpo que ellos presentan en esta etapa. Es importante saber cómo influye el tipo de cuidados que se le brinda al adulto mayor y cómo repercuten a nivel emocional, ya que en México la mayor preocupación para ellos es el seguir siendo útiles en la sociedad o en sus propias actividades.

Se prevé que para el año 2020 habrá mayor población de adultos mayores, por lo que se generan las siguientes preguntas: ¿Las personas adultas mayores tendrán las condiciones adecuadas para su supervivencia?, ¿Cómo será su estado emocional? ¿La sociedad está preparada para afrontar el incremento de la población de los adultos mayores para el año previsto? Todo esto dependerá de que tan preparados estemos como área de la salud para poder dar apoyo a ésta población en específico, sin descartar la estabilidad económica que el Gobierno proporciona y para que puedan mantenerse, por ejemplo, la ayuda de pasajes en el transporte público, las pensiones alimentarias, etc.

Es importante mencionar la estabilidad económica para el adulto mayor y su familia siendo un factor que influye en el abandono, proponiendo aquí dar una mayor visión de lo que está pasando con él/ella actualmente y como sociedad no logramos percibir las necesidades que demanda el adulto mayor, para así poder tener un mejor conocimiento y saber manejarlos durante 10 años más y con el paso del tiempo dar un mejor cuidado. Por lo que es considerable agregar acerca de los cuidados que se le tengan al adulto mayor serán variados por las condiciones en las que se encuentre viviendo la persona ya que de algún modo serán variados los cuidados del asilo a los del hogar.

Al paso de los años se ha estudiado el desarrollo de los adultos mayores quienes han presentado grandes cambios fisiológicos y emocionales, influyendo el medio en el que

se desarrollan (casa, amigos, familia, etc.), y la atención que reciben por parte de sus cuidadores incluyendo las redes de apoyo que se les presentan, esto para observar la calidad de vida, de quienes se encuentran en un asilo o los que viven en sus hogares.

En el capítulo número uno veremos una revisión histórica de la posición social que ha ocupado el adulto mayor con el paso del tiempo, y lo importante que eran sus aportaciones y conocimientos, cómo eran nombrados anteriormente y el respeto que se les tenía. De igual manera como se posiciona el adulto mayor en el México actual, las características y necesidades de los mismos y el apoyo que se les brinda.

El segundo capítulo está dedicado a la calidad de vida (factor importante) del adulto mayor desde sus comienzos a través de la Gerontología y Geriátrica, hasta los lugares de cuidados especializados únicamente para este tipo de personas como son las casas de reposo o asilos por nombrar algunos. Por otra parte, se menciona también la cantidad de la población de los adultos mayores en un par de años más. Mencionando la calidad de vida en tres ámbitos en específico el hogar, el asilo y la calidad social los tipos de cuidados y beneficios que estos brindan, las relaciones y la perspectiva que se tiene en relación a la vejez y cómo esta repercute socialmente.

El tercer capítulo abarca las alternativas que se tienen para un mejor cuidado mencionando a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las aportaciones valiosas que emplean los adultos mayores para la sociedad. Al igual que los cuidados paliativos cómo se conforman y qué beneficios se obtienen con ellos para la vida del adulto mayor. El institucionalismo, los centros de salud y los asilos también forman parte de éste capítulo en relación a las funciones, beneficios y servicios que ofrecen.

En el capítulo cuatro se detallan las necesidades emocionales que los adultos mayores demandan hacia su persona y a nivel social, mencionando los cambios cognitivos, la vida afectiva, lo que conlleva la jubilación y pérdida de familiares o amigos; la voluntad y autonomía que maneja el adulto mayor. De igual forma se abordará lo referente al taller que se impartió para una mayor visión de cómo viven los adultos mayores.

Como parte final se encontrarán las conclusiones y resultados del taller impartido a los adultos mayores en relación al manejo de las emociones y de las dinámicas impartidas durante cada sesión, esto para tener una mayor visión de cómo viven los adultos mayores actualmente desde dos perspectivas.



## CAPÍTULO 1. EL ADULTO MAYOR EN MÉXICO

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014)

El término envejecimiento activo fue adoptado por la OMS a finales de los años 90s con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de envejecimiento saludable y, de este modo, reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones. El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población, permitiendo a las personas explotar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital, mientras participan en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, proporcionándoles protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos.

Mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece es un objetivo primordial tanto para los individuos como para los responsables políticos. Además, el envejecimiento tiene lugar dentro del contexto de los demás: los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos y los miembros de la familia. Por ello, la interdependencia y la solidaridad intergeneracional (dar y recibir de manera recíproca entre individuos, así como entre generaciones de viejos y de jóvenes) son principios importantes del envejecimiento activo. (Rev. Esp. Geriatric Gerontologist, 2002; pág. 99)

Cuando se hace referencia al envejecimiento, se habla de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas. Por ello, la forma de envejecer de cada persona es diferente.

La falta de salud no es una característica del envejecimiento, ni de la vejez, aunque existen múltiples factores biopsicosociales que inciden en esto.

El envejecimiento no es un proceso de causa única sino el resultado de una compleja asociación de interacciones entre lo genético (intrínseco) y lo ambiental (extrínseco):

- Los factores intrínsecos (del interior de la persona) obedecen al proceder de causas genéticas, y ejercen influencias en los procesos que determinan la duración de la vida.
- Los factores extrínsecos actúan desde las edades más tempranas de la vida, como las agresiones de la vida moderna como son el estrés, la dieta, el sedentarismo y el consumo de tabaco, que inciden en la aparición de enfermedades cardiovasculares y del cáncer antes de la tercera edad.

Podemos decir que el envejecimiento es un fenómeno universal progresivo, y este proceso se evidencia en la esfera biológica, psicológica, intelectual y social. (Ruiz Ramírez J. 2012)

Desde la gerontología se aporta la clasificación de los ancianos que nuestras sociedades científicas han adoptado hasta el momento: persona mayor sana (sin enfermedad ni problemática funcional o social), persona mayor enferma (con patología aguda o crónica, no incapacitante), anciano frágil (con alto grado de vulnerabilidad biopsicosocial, con base en la presencia de algún factor de riesgo) y paciente geriátrico (paciente mayor de 75 años con varias enfermedades que tienden a la cronicidad e incapacidad y con deterioro mental y/o problemática social añadida). Se definirán 3 situaciones relevantes, en función de la intervención que determinan:

1. *Persona mayor autónoma*: Incluye a los mayores de 65 años, sanos y enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitantes. La intervención fundamental en este grupo deberá ser la preventiva
2. *Persona mayor frágil o de alto riesgo de dependencia*: Este concepto indica situación de riesgo de dependencia, pero sin padecerla aún, siendo potencialmente reversible o pudiendo mantener la autonomía mediante una intervención específica. Esta situación vendrá determinada por la presencia de al menos 1 de los siguientes criterios: a) criterios demográficos: tener más de 80 años. b) criterios clínicos: presentar situaciones clínicas con alta probabilidad de producir pérdida funcional (enfermedad poliarticular — artrosis, artritis, secuelas de fracturas, etc.) c) criterios sociales: vivir sólo, viudedad reciente, bajo nivel socioeconómico, cambios frecuentes de domicilio (anciano itinerante), institucionalización, aislamiento social, falta de apoyo social, problemas en la vivienda, rechazo de su situación [...] d) criterios sanitarios: ingreso hospitalario reciente (últimos 12 meses), polimediación (4 o más fármacos). Plasmada en un plan de cuidados individualizado orientado a la funcionalidad, y reevaluable, y en el que cualquier ganancia en autonomía deberá considerarse una gran ganancia en salud individual, familiar y social.
3. *Persona mayor dependiente*: Se refiere a la situación de dependencia (pacientes con pérdida funcional importante en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, incapacitados en sus domicilios, situaciones terminales, ingresos hospitalarios y descompensaciones clínicas frecuentes...), en los que hay escasa

posibilidad de revertir su estado funcional. Este grupo sería objeto de los programas de atenciones domiciliarias e inmovilizadas y las intervenciones están orientadas a la rehabilitación y la prevención de complicaciones, así como a la atención familiar (en especial a la cuidadora) y la continuidad asistencial hasta el fallecimiento del paciente. (Espinosa Almendro JM, Muñoz Cobos F, Portillo Strempe J, Clasificando a las personas mayores. Una visión dinámica, pág. 168)

En demografía se utiliza la edad cronológica para determinar a la población envejecida, que se ha llamado población adulta mayor; la Organización de las Naciones Unidas (ONU), establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor (Gobierno del Distrito Federal, 2014). Este criterio se ha utilizado por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y otras instancias como la Secretaría de Salud.

Hablando de los adultos mayores se puede concluir que han sido semejantes desde épocas más lejanas. Su circunstancia ha cambiado y también la consideración hacia ellos. Su estimativa está en directa relación al horizonte cultural.

Es por eso que en el siguiente capítulo estaremos viendo cómo eran los adultos mayores a nivel cultural para poder entenderlos en un México actual.

## 1.1 Prehistoria

Durante la época de la prehistoria (a.C.), los individuos vivían en tribus o clanes, los cuales tenían una convivencia social básica, en donde lo único que les importaba era su supervivencia, forma en la que tenían que vivir y sobrevivir ante las catástrofes naturales o las caserías de otros clanes. Llevándolos a una lucha constante contra las enfermedades que se les iban presentando y sin tener una cura para ello, esto les impedía alcanzar muchos años de vida por lo que las personas ancianas escaseaban en esos tiempos; incluso estando expuestos a aquello que no conocían, el consumir algunos alimentos sin saber si estos eran benignos o no, por lo que el rango de vida era mínimo.

Esta etapa adulta o también llamada longevidad, dentro de la tribu era considerada como una protección divina, anteriormente fueron conocidos como los chamanes o brujos que brindaban protección. De igual manera son aquellas personas sabias y transmisoras de la memoria de la tribu o clan, ya que el hecho de ser personas de edades muy avanzadas se podría decir que tenían la responsabilidad de la protección de todo el clan.

Durante esta época y mientras ha ido transcurriendo el tiempo las mujeres han sido las encargadas de cuidar a los ancianos, incluso en la actualidad la mayoría de la población femenina siguen siendo las encargadas de los cuidados de los ancianos.

Para ejemplificar de mejor manera el papel que jugaban los ancianos, la película “10,000 A.C.” muestra cómo las personas ancianas tienen conexión con sus familiares.

“Es una película en donde se puede percibir este lugar que ocupa el anciano es la de 10,000 A.C., la cual nos muestra como las personas ancianas de los clanes tenían una conexión en particular con los demás integrantes, es decir, lo que anciana sentía o presentía los demás lo presentían; incluso aquellas personas que eran más cercana a la anciana lo sentían con mayor frecuencia. En este caso la anciana tiene cierta conexión con una chica de las integrantes del clan la cual es muy distinta a todos, lo que da a entender la trama es que ella es la próxima heredera o la encargada de la responsabilidad de la supervivencia del clan (por decirlo de algún modo). Todo lo que a la chica (nieta) le pasa en el transcurso de la película le pasa lo mismo a la anciana incluso cuando matan a la chica.” Emmerich Roland (Director) (2008) 10,000 a.C. [película] Estados Unidos y África: Warner Bros

Esta película, permite, de una manera atinada, percibir cómo era la vida y la función de los ancianos en esa época de la historia, ya que los ancianos son los que depositan aquellas creencias y costumbres de la cultura para que siga transcurriendo por el tiempo. Esta cuestión es bien transmitida en la película de “Tierra de Osos” en la cual la anciana es la protectora del clan y quien tiene una conexión con lo espiritual. Lo que aquí se maneja son los espíritus en forma de tótems que ella asigna según como observa el comportamiento de la persona, según su fortaleza y aceptación del tótem asignado y cómo lleva a cabo sus deberes es como puede llegar hacer un verdadero hombre, esto aceptado por la misma anciana. En aquellos tiempos las tribus creían en los grandes espíritus los cuales cuidaban de ellos y quienes se encargaban de la transformación de la naturaleza. (Blaise Aaron, Walker Robert (2003). Tierra de Osos [película] Estados Unidos)

Involucrando un poco a otras culturas, se hace mención del antiguo Egipto, en el cual se consideraba a los ancianos como los sabios de la sociedad, por lo que Manuel Lillo (Licenciado en Ciencias de la Salud) menciona que en Egipto el anciano se contempla desde una visión positiva como pilar fundamental en la educación de los más jóvenes y como símbolo de sabiduría. Una vez más, era la mujer quien se ocupaba del cuidado del anciano dentro de la familia o la servidumbre doméstica constituida por mujeres, siempre que los amos perteneciesen a los estamentos más fuertes socioeconómicamente hablando, dentro de la civilización egipcia.

Dentro de la época del cristianismo la vejez se convierte en algo negativo para la sociedad, siendo que la iglesia no tuvo consideración con los ancianos, como un ejemplo que nos marca Manuel Lillo (1996) de ello, son las reglas monásticas. La “Regla del Maestro”, son un conjunto de reglas monásticas del siglo IX, desplaza a los ancianos a labores de portero o pequeños trabajos manuales.

En la moral, los autores utilizan la vejez como imagen alegórica del pecado, teniendo una visión pesimista de la ancianidad. El único interés que existe por la vejez en el cristianismo es la imagen de fealdad y decrepitud, la cual utilizan para representar el pecado y sus consecuencias. Pero existen diferencias entre el anciano y la anciana. Le Roy Ladurie estudia en su obra “Montaillou: una aldea occitana”, ambas situaciones.

Por un lado, los ancianos de esta comunidad no tienen una buena situación hablando de un estatus social, político y económico formal. Mientras que el jefe de la casa familiar es el hijo y el trato que de él reciben sus ancianos padres es bastante tiránico y éstos no osan realizar cosa alguna sin consultarle. Por otro lado, *“La vejez de las mujeres no es igual a la de los hombres. La mujer montailonesa, oprimida como joven esposa, luego amada por sus hijos al llegar a la vejez y respetada como matriarca”*. (Le Roy Ladurie; citado por Lillo Crespo Manuel).

Mientras el anciano pueda seguir cumpliendo con su trabajo no es visto como tal. Al llegar el momento de incapacidad los nobles cuidan de sus ancianos en sus castillos. En los monasterios acogen a los que pueden costearse el retiro. El que peor parado sale, es el campesino que queda a merced del cuidado que puedan darle los hijos y sólo le queda la memoria del grupo del monasterio perteneciente. En el caso de no existir hijos y si además es mujer anciana y sola, la situación es doblemente lamentable.

Como se puede observar, esta división de los familiares que se hacen cargo de las personas adultas en sus casas y con aquellos que son llevados a lugares específicos como los asilos (estableciendo la posibilidad económica que les es impuesta para que sus familiares tengan un mejor cuidado dentro del lugar de atención), siendo que no ha cambiado mucho al paso de los tiempos, buscando una mayor comodidad y mejor calidad de vida. Otro punto a tratar es la preferencia de género, es decir, por ser mujeres se tenían menores posibilidades de entrar a un lugar de cuidado y de crecimiento, mientras que en los hombres existía mayor posibilidad de trabajo y de preferencias de cuidados, actualmente tanto hombres como mujeres tienen las mismas posibilidades de crecimiento social y cultural e incluso hay mayores posibilidades de entrar a instituciones en donde existen las atenciones adecuadas para los ancianos sin importar la economía social que tienen.

## 1.2 México actual

De acuerdo a la investigación del Instituto Nacional de Estadística Geografía (INEGI), durante el siglo XX la población de México experimentó importantes transformaciones sociales, económicas, demográficas, políticas y culturales. Uno de los cambios más importantes ha sido la plena y acelerada transición demográfica por la que atraviesa el país, que dio inicio en la década de los treinta con el descenso paulatino de la mortalidad, y que se acentuó a mediados de los setenta con la declinación también de la fecundidad. Estas variaciones han implicado profundos cambios en la estructura por edad de la población, donde la cantidad relativa de personas de mayor edad ha aumentado gradualmente, y la de niños tiende a disminuir.

La tasa de mortalidad era elevada ocasionada por la falta de atención a la salud de los adultos mayores, pero también otra variante es el contexto en el que se encuentra la persona, la educación y qué tanta influencia tiene salubridad en la población para que éste tipo de personas sea atendida, sin embargo, de acuerdo a la investigación del INEGI; la carencia de alfabetización y escolaridad refiere inevitablemente a los grupos sociales más desfavorecidos. Buena parte de la población de 60 años o más se encuentra en el llamado “*rezago educativo*”, es decir, no completó la educación básica; con ello es más probable que se vean limitadas las habilidades y actitudes que este sector requiere para tener un desempeño básico en la sociedad. La inserción de los adultos mayores en el mercado de trabajo tiene implicaciones en su seguridad económica (así como efectos psicológicos). En México la edad de retiro de la actividad laboral está regida por disposiciones legales y con variaciones según la ley (Ley Federal del Trabajo) que la regule (oscila entre los 60 y 65 años). Sin embargo, al llegar a estas edades hay quienes continúan trabajando, como resultado de un deseo personal o bien de la necesidad económica.

Actualmente en nuestro país las personas adultas mayores, por la falta de estudios prefieren tomar o buscar empleos en los cuales sean productivos o capaces de realizar algunas actividades a su alcance esto mientras su estado físico se lo permita, es por eso que en algunos centros comerciales la mayoría de ellos se encuentra trabajando en cualquier ambiente laboral incluso como personal de limpieza en algunas empresas privadas, lo que en su mayoría las actividades que llegan a realizar como personal de limpieza no se les respeta por su condición física. El respeto hacia las personas mayores se ha ido perdiendo y no se les ven como seres que transmiten conocimiento con base a sus experiencias, sino hasta que por iniciativa de ellos las cuentan o alguien les pregunten.

Otro punto importante a rescatar de esta investigación es la baja cobertura de la seguridad social y los reducidos montos de las jubilaciones que propician que algunos

adultos mayores estén obligados a continuar trabajando. Dentro de los que se retiran, hay quienes lo hicieron voluntariamente a causa de limitaciones derivadas de su salud o porque desean iniciar su descanso. Están aquellos que necesitan seguir en el mercado laboral para costear su subsistencia, pero que desisten de buscar trabajo, ante la discriminación sufrida por la edad y las “desventajas comparativas” respecto a personas más jóvenes y con más calificación en un mercado con altos niveles de desocupación laboral.

Otro punto importante a mencionar son las jubilaciones de las personas que tienen un buen trabajo en alguna dependencia pública o privada, para algunos les es de gran impacto llegar a esta etapa de su vida, el terminar su labor organizacional y el irse a su casa a realizar actividades que con anterioridad no realizaban, el hecho de que se jubilen implica sentirse viejo e inútil, para algunas otras puede ser de utilidad el ser jubilado o jubilada puesto que tienen más tiempo de estar con la familia y de realizar algunas actividades sociales y culturales con amigos y viejos conocidos.

El hecho de que las personas se jubilen es por la edad cumplida en la empresa y por la edad cronológica de las personas, en algunas ocasiones también se jubilan por las oportunidades de continuar trabajando de manera independiente obteniendo mayores ganancias económicas.

Autores como Butler y Lewis (1996, Portal de Antropología de los cuidados en el anciano, en español), han definido las características del anciano:

- Deseo de dejar un legado: no querer ser olvidados e influir en los demás después de muertos.
- Funciones del anciano: compartir experiencia con el joven y establecer contactos generacionales.
- Apego a los objetos familiares: lo que le acompañó en la vida, casa, animales, familia, recuerdos, le dan un sentido de continuidad en el tiempo.
- Cambio en el sentido del tiempo: viven el presente.
- Sentido completo del ciclo vital: valoran la vida como un todo.
- Creatividad, curiosidad y capacidad de sorpresa.
- Sentido de la propia realización: cuando se ha logrado resolver el conflicto.

De acuerdo a lo que mencionan estos autores actualmente la mayoría de las personas adultas buscan prevenirse para dejar repartida la herencia legalmente, pero lo más importante y lo que involucra a esta investigación es el abandono que al empezar a tener algún deterioro a nivel salud física y/o cognitiva-emocional, se ven influenciados por pensamientos de abandono en asilos u hospitales por lo que están en una constante búsqueda de aceptación dentro de la familia. Esto no quiere decir que no



existan familias que no convivan con los abuelos (hablando de la familia mexicana), si existe comunicación podrán compartir de sus experiencias pasadas.

Esto se puede percibir fácilmente en la película de “Diario de una Pasión” en donde “Noah” protagonista de la historia comenta su historia de amor escrita en un libro dedicada a su esposa quien padece de Alzheimer, sabiendo que su familia puede leerla sin importar lo que este ahí escrita ya que este es el legado de su propia historia, el objetivo de esta película es ver que los tiempos pasan y por más que te esfuerces para que tu pareja recuerde su propia historia es difícil, aunque la lucha sea constante. Lo que transmite la película es el convivir con un familiar que se encuentra en un asilo y donde sabes que la visita va a hacer de lo más normal sin saber que te recordará o te verá como un extraño más, el afecto que le tienes a esa persona es lo más grande que puedas sentir y que no importa que aun así te presentarás ante tu padre, madre, abuelo, abuela, etc., y el momento es lo que lo hará especial. Cassavetes Nick (Director) (2004). Diario de una pasión [película] Estados Unidos: New Line Cinema

La mayoría de las personas adultas lo que buscan es ser escuchadas actualmente, lo que desean es transmitir sus ideas, creencias, costumbres y sentirse bien con ellos mismos, el que aprendan a valorarse tal cual son a través de alguien más, de ese alguien que los escucha, que se le puedan festejar sus triunfos, pero la pregunta sería ¿Cuándo se le ha festejado algún logro al adulto mayor?, tal vez muy pocas veces se ha visto esto a nivel social, pero a nivel individual es totalmente nulo, siempre se preocupan por otros pero el ser un adulto mayor implica esfuerzo e interés en cosas que siempre desearon y tal vez con “una palmada” en la espalda se sentirían felices.

Para conceptualizar un poco más este punto se hará mención de la película “El Estudiante” en la cual se muestra que, sí se puede transmitir conocimiento puro y sano, tal vez no modificar a la sociedad, pero si proponerles otra visión y valor de las cosas, la moral. Pero sobre todo que nunca es tarde para hacer lo que siempre se anheló y que se sabe que pueda ser posible que se le reconozca el esfuerzo y ser el impulso para que alguien más lo pueda hacer. Roberto Girault (Director) (2009) El estudiante [película] México: Halo Studio

En la mayoría de los adultos mayores en México sufren de alguna enfermedad como diabetes, hipertensión, Alzheimer por mencionar algunos ya que al Aproximarse al estudio de los estados de salud del anciano, debe considerarse que éstos se entienden mejor en términos de la repercusión funcional de la enfermedad. Para entender la epidemiología del envejecimiento y apreciar mejor las consecuencias de la transición epidemiológica en la planificación y el peso de la enfermedad en esta etapa de la vida, no basta con enumerar las patologías de las que es víctima la población anciana o aquéllas por las cuales ocurre una mortalidad precoz. Es necesario también tener la medida de la repercusión que un cúmulo de afecciones tiene sobre un sujeto en particular, y es necesario saber de qué manera esto influye en la utilización de servicios,



qué costos genera y en qué niveles. Es así que resulta necesario introducir nuevos conceptos para la observación epidemiológica de la población adulta mayor: la observación del estado funcional y del fenómeno de la dependencia y la consideración de las causas de morbilidad actualmente “ocultas” por ser peculiares de este grupo de edad, y que hasta ahora han merecido sólo una modesta e insuficiente atención (Gutiérrez Robledo Luis M., 1990).

### Patologías particularmente prevalentes.

En cuanto a morbilidad específica, la Encuesta Nacional de Salud 1987 (Sistema Nacional de Encuestas de Salud, 1987) reporta que las causas más frecuentes de morbilidad crónica son la hipertensión arterial y la diabetes, seguidas por cardiopatías, neumopatías y enfermedades neoplásicas. La desnutrición alcanza su más elevada prevalencia en este grupo de edad al igual que las deficiencias sensoriales. La misma fuente señala cómo la prevalencia lápsica de accidentes y violencias por grupos de edad y sexo alcanza su mayor prevalencia entre los mayores de 55 años, luego del pico observado en el sexo masculino alrededor de los 25 años. La causa más frecuente es la caída y la región más frecuentemente afectada, los miembros inferiores, particularmente el cuello femoral.

Actualmente la salud de los adultos mayores no ha cambiado mucho siendo que en su mayoría tienen alguna de las enfermedades anteriormente mencionadas, considerando que existen mejores alternativas preventivas y medicamentos para contrarrestar dichas enfermedades.

### Salud mental.

Carecemos de información epidemiológica completa referente a la frecuencia de las enfermedades demenciales en nuestro país. En la actualidad se cuenta con un estudio epidemiológico a nivel comunitario en la ciudad de México cuyos resultados han estado disponibles desde 2000 (Gutiérrez Robledo Luis M., 1997).

Respecto a la depresión los estudios de prevalencia actualmente disponibles (Wagner, 1999) señalan un 7.8% para episodios depresivos mayores en población adulta en México, con evidencia indirecta de una probabilidad de cifras más elevadas entre los ancianos. En el ámbito hospitalario, en el Instituto Nacional de la Nutrición la frecuencia de falla cerebral por padecimientos demenciales en la consulta de geriatría rebasa el 20% y de síntomas depresivos el 30% (Gutiérrez Robledo, 1990). Más recientemente, en el caso de la salud mental, por ejemplo, la depresión de acuerdo al informe SABE (Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento) tiene una prevalencia mayor al 20% en los mayores de 65 años y el deterioro cognoscitivo tiene, según la misma fuente de información, prevalencias cercanas al 12% en los individuos de la misma edad. Los Estudios Socioeconómicos (ESEC) confirman y amplía esta información caracterizando además los tipos de demencia más frecuentes. Sin embargo, a pesar de esta información se plantea un programa específico de salud mental del anciano en la actual estructura de la Secretaría de Salud. El programa destinado a abordar esta

problemática sanitaria, el programa prioritario sobre padecimientos demenciales desapareció al cambiar recientemente (marzo 2004) la estructura de los Servicios de Salud Mental de la Secretaría de Salud.

Es importante saber cómo dicho programa de salud se va a manejar con base en el tratamiento de nuestro adulto mayor en relación a su enfermedad degenerativa, siendo que la mayoría de nuestra población adulta mayor en México presenta cuadros diabéticos y esto conlleva a la pérdida de los sentidos más importantes (oído y vista) lo que les repercute en un desequilibrio en su organismo. El tener paciencia con su deterioro cognitivo que comienza con una pérdida de memoria y desconocimiento de sí mismo y de su familia, lo que esto genera una impotencia para los familiares del saber cómo tratar a su adulto mayor con este problema siendo que no se tiene una preparación adecuada para los respectivos cuidados. Más adelante podremos ver los cuidados paliativos para nuestro adulto mayor.

### **1.3 El Adulto Mayor**

En una sociedad como la nuestra, llegar a la ancianidad puede ser algo difícil. Ya que vivimos en una cultura de lo desechable refiriéndose a lo que no produce, no sirve, se arrincona. Y en donde a una edad relativamente temprana, se sugiere a las personas el retiro, por otra parte, no ofrece expectativas halagüeñas. Afortunadamente, se vislumbra un despertar en la conciencia de la sociedad en lo que se refiere al trato y el espacio que debemos dar a las personas que han llegado a la ancianidad.

Si bien es cierto un gran sector de la tercera edad en nuestra sociedad padece discriminación y falta de oportunidades, también es cierto que otra parte sí cuenta con el apoyo, cariño, es reconocida y apreciada por la sociedad, de acuerdo con la Licenciada Ana Bertha García Palacios<sup>1</sup>, Directora de atención al anciano del DIF, Jalisco. Afortunadamente hay muchas personas mayores de 60 años que siguen incorporadas a su trabajo y siguen siendo jefes de familia, jefes de hogar; están las madres de familia, ancianas, que siguen siendo el pilar en su familia, y que muy difícilmente se sienten incapaces. Según García Palacios Bertha depende mucho de la misma persona adulta mayor, el estilo de vida que quiere escoger; por una parte, puede recluirse, esperar ser atendido, o seguir activo haciendo lo que antes tuvo oportunidad de realizar.

No resulta difícil entender por qué en nuestros días se ha perdido el valor de la ancianidad. Aún existe en la memoria de muchos ciudadanos la figura del patriarca en

---

<sup>1</sup> Licenciada Ana Bertha García Palacios, directora de atención al anciano del DIF Jalisco. Adultos mayores, adultos en plenitud, la realidad de los ancianos hoy. Semanario Arquidiocesano de Guadalajara en qué año?

(<http://www.semanario.com.mx/2002/295-29092002/TemaSemana.html>)

torno al cual se reunía la familia para orar, para platicar e incluso, en torno a él se fincaban las casas de los mismos hijos.

Hoy ya no es igual, y se debe a lo que para nosotros resulta claro: el materialismo, el productivismo, esa idea de que eres lo que pareces y produces; a que las empresas jubilan a personas con 30 o 35 años de trabajo cuando aún tienen mucho por delante; también hay responsabilidad en la sociedad y la familia.

### **1.3.1 Papel del Adulto Mayor**

En México el Dr. Luis Miguel Gutiérrez<sup>2</sup> encargado del Instituto Nacional de Geriátría (2013), realiza un programa de pensión para personas mayores de 65 años y más, el cual comenta en la entrevista que la experiencia previa de trabajo conjunto de programas sociales y de salud oportuna dan una nueva iniciativa de abordar a las necesidades de los adultos mayores según el Artículo 1ro. Que habla de los Derechos Humanos.

Se busca dar un apoyo social y de salud el cual consta de un Sistema de Cuidados de Largo Plazo en donde se tendrán instancias diurnas para los adultos mayores bajo un esquema de SEDESOL; que servirá para dar apoyo a personas dependientes y enfermas las cuales buscan la capacidad funcional de la persona mayor.

La estrategia que el Dr. Luis Miguel propone es:

- Dar capacitación a profesionales.
- Reconocimiento de problemas.
- Programas de tamizaje.
- Mecanismo de intervención.
- Servicios hospitalarios.

Lo que se busca es tener la permanencia de los adultos mayores en sus hogares conservando la funcionalidad de cada uno de ellos, sin llegar a un esfuerzo mayor al que están dispuestos a alcanzar.

Este tipo de programas que quiere promover el gobierno es para el beneficio económico para las familias siendo que no todas las familias en México están dispuestos a pagar un asilo en donde tengan bien cuidado a su familiar o sino el hacerse responsable de

---

<sup>2</sup> Entrevista con el Director del Instituto Nacional de Geriátría, Luis Miguel Gutiérrez expone la situación actual de las personas adultas mayores en México, así como los retos que enfrenta esta población y la manera de abordarlos desde el sistema de salud en México. (<http://www.youtube.com/watch?v=Sxj8clihwhE>)

los cuidados que este conlleva. Siendo que estos programas lo que tratan de hacer es fomentar la mejor calidad de vida previniendo más enfermedades y muertes por causa de las mismas, el ejercicio que también es fundamental, pero sobre todo la convivencia con sus iguales.

El adulto mayor para México, es una persona a la cual se le deben de tener los mismos derechos que a los demás, el INAPAM es un organismo público que apoya a éstas personas; éste instituto es rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores, teniendo por objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (Ley presentada durante la presidencia de Vicente Fox Quesada).

El Instituto procurará el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, entendiéndose por éste, el proceso tendiente a brindar a este sector de la población, empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida orientado a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género que aseguren sus necesidades básicas y desarrollen su capacidad e iniciativas en un entorno social incluyente.

Este Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores promueve servicios tendientes a mejorar el desarrollo humano integral de las personas de 60 años de edad y más. Teniendo diversas opciones de recreación y cultura, activación física y educación para la salud, teniendo así mayores cuidados y oportunidades de atención médica con la tarjeta que esta institución otorga a las personas de 60 años y más.

Por lo que beneficia a la mayoría de las personas adultas mayores para que su calidad de vida sea mejor y no generen demasiada carga de cuidados a los familiares tanto económicos como sociales, es por eso que como familiares podamos estar informados de estos apoyos que brinda el gobierno.

Es importante señalar que la calidad de vida es un factor importante para la salud de nuestro adulto mayor, tema que veremos con detalle en el capítulo siguiente.

## CAPÍTULO 2. PRINCIPIOS DE LA CALIDAD DE VIDA

Para saber acerca de la calidad de vida que el adulto mayor debe tener, debemos conocer sobre los estudios del envejecimiento en donde se mencionarán brevemente los términos que nacen en un ámbito eminentemente científico.

Comenzaremos por la Gerontología del griego Geron, viejo y logos, tratado; conjunto de conocimientos y estilos del envejecimiento en su totalidad; abarcando todas las disciplinas científicas, filosóficas, artísticas, etc., es decir, abarca todo lo que se involucra de manera social; siendo que las actitudes socioculturales, las manifestaciones en el arte y la historia del envejecimiento forman parte de esta área. Este término de la Gerontología nace en 1904 cuando el Doctor I. Mechnikov<sup>3</sup> (1846-1916) expone una teoría del envejecimiento e introduce por primera vez este término.

Mientras que el término de Geriatria<sup>4</sup> del griego geros= Viejo y iatrikus= médico, se presenta por primera vez en Estados Unidos en 1909, en la obra de Ignatz Leo Nasher, conocida como *"The diseases of old age and their treatment"* (1863-1944). Esta rama pertenece a la medicina interna, la cual estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades relacionadas a la vejez.

En países latinos la Geriatria tiene como parte de su herencia cultural histórica los antecedentes de los asilos y hospitales, religiosos coloniales. En México, en específico, tiene un impulso en la década de los setentas, formalmente inicia con la fundación de la primera asociación en el país la Sociedad de Geriatria y Gerontología de México A.C. (GEMAC, 1977) creación en el año 1979 por decreto presidencial del Instituto Nacional de la Senectud (INSEN). El 25 de junio del mismo año se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores creándose por ella el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). En 1985 la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía realiza la primera Maestría en Ciencias de la especialidad de geriatria. En 1988 comienza a funcionar la unidad de Geriatria en el Hospital General de la Secretaria de Salud,

finalizando en 1994 en donde la UNAM otorga el reconocimiento a la geriatria como subespecialidad de la medicina interna.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Premio Nobel de Medicina

<sup>4</sup> En los años 40's se inicia formalmente la geriatria como especialidad médica.

<sup>5</sup> Información tomada del texto Gerontología, geriatria y medicina interna. Publicación original. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM 2006. (Academia Nacional de Medicina, página web)

Como ya se había mencionado, la Gerontología se apoya de los conocimientos socioeconómicos, históricos, políticos, filosóficos y psicológicos para entender y situar las relaciones de lo biológico individual con el mundo del anciano. Esta rama tiene una concepción holística en donde se trata de manera interdisciplinaria, es decir, se verá con bastante interacción con otras disciplinas para el diagnóstico preventivo terapéutico y rehabilitador del anciano. Para todo esto se necesita saber cuáles son los padecimientos desde su inicio hasta el cómo afectan el bienestar total incluyendo sus limitaciones cotidianas. Mientras que la Geriátrica se enfrenta a los cambios que se presentan en el organismo a nivel corporal, su fisiología de aparatos, órganos y sistemas que determinan la diferencia con un adulto joven.

### Principios de la Geriátrica<sup>6</sup>

1. Objetivo: cuidar.
2. Esencial: evaluación geriátrica preventiva.
3. Requiere un equipo de cuidados.
4. Saber cuándo tratar o buscar una alternativa paliativa efectiva.
5. No substratar condiciones serias.
6. Rehabilitación. Luchar por lograr incrementos en la funcionalidad, aunque parezcan pequeños.
7. La familia es crucial para un buen cuidado geriátrico.
8. El anciano puede ser educado.
9. Buscar enfermedades no diagnosticadas.
10. Estar alerta ante las presentaciones atípicas de las enfermedades.
11. Depresión. El gran enmascarado de la geriátrica.
12. Nunca subestimar la repercusión mórbida de la pérdida de visión y audición.
13. Siempre tratar de prevenir mayor disponibilidad.

La bioética esta formalmente comprometida con la vida humana y la promoción de su calidad:

---

<sup>6</sup> Geriátrica: diferencias y semejanzas con la Medicina Interna. En: Manual de Geriátrica. Pontificia Universidad Católica de Chile. <http://es.scribd.com/doc/123211981/Manual-de-Geriatria-Puc>

- Desde un punto de vista clínico, se refiere a las condiciones bio-fisiológicas y sociales que aseguran una vida humanamente autónoma. Manifestándose en una capacidad de independencia, conocimiento, expresión y movimiento. Por lo general los médicos tienden a valorar la vida humana en función de parámetros puramente biológicos; la calidad o valía de un ser humano es superior al funcionamiento biológico y psíquico.
- Desde el punto de vista metafísico, es un atributo inherente al individuo humano equivalente al valor, categoría o dignidad del mismo por el solo hecho de ser humano; la consecuencia inmediata y lógica es que toda vida humana es igual en dignidad a otra vida humana.
- Desde el punto de vista de una filosofía materialista, la vida humana no es digna de ser vivida cuando no es productiva o que no transmite la felicidad para sí mismo o para los demás.
- Desde el punto de vista de la teología cristiana, viene dada por el hecho de que el hombre y la mujer son *imago Dei* (imagen de Dios) y la vida es recibida como un don divino.

J. Elizari (2014) citado por Lara Roche, Calos; menciona que:

“La medicina de los ancianos será muy conflictiva si no llegamos a una nueva cultura de la ancianidad, situándola como una etapa de la vida en una sociedad con características determinadas. El significado y el puesto de los ancianos no pueden ser una cuestión puramente individual, sino una obra colectiva. Esa cultura de la ancianidad difícilmente se podrá orientar correctamente si se rehúye la perspectiva de la muerte, hecho normal, natural dentro del ciclo vital.” (Lara Roce, Carlos, Revista Bioética y Ciencias de la Salud Vol. 5 Pag.4)

La presencia de depresión en los adultos mayores favorece la aparición de otros efectos, como:

- Descenso de la calidad de vida.
- Aumento de enfermedades físicas.
- Disminución de la esperanza de vida.
- Incremento del riesgo de sufrir una muerte prematura por la aparición de enfermedades somáticas.
- No aceptación de la nueva situación de dependencia. Esta quizás sea la consecuencia más grave.

La adaptación a la circunstancia vital<sup>7</sup> de la dependencia varía en función de numerosos factores, entre ellos:

- Recursos psicológicos de cada individuo.
- Las causas de la dependencia.
- El pronóstico de la dependencia.
- El entorno social y familiar.
- El apoyo recibido.

Resultará menos complicada la adaptación para las personas mayores que mantengan su resistencia cuando ingresen en una institución. Estas últimas renuncian a la “autonomía” que supone el poder de decisión sobre lo relativo a su cuidado personal (como el día o la hora de baño, de acostarse o de ir a comer). Es importante resaltar las necesidades especiales de atención y de apoyo integral para las personas mayores.

La dependencia no sólo hace referencia a las capacidades de la persona, que interfiere en su creencia, determinando la consecución del rendimiento deseado según su comportamiento basado en éstas expectativas.

Para favorecer el auto concepto es deseable:

- Fomentar la consecución de logros en pequeñas tareas.
- Aplicar refuerzos positivos tras la realización de algunas tareas positivas.

La adaptación de un sujeto a su medio habitual, su promoción en la toma de decisiones en asuntos cotidianos y la estimulación adecuada en la ejecución de sus tareas básicas, aumentarán su capacidad para desempeñar actividades cotidianas esenciales y, por lo tanto, retrasarán la dependencia de ella, en el caso de existir.

Es importante considerar cuanto aumentará la población adulta mayor en unos años, por lo que, en una noticia presentada en un periódico del Distrito Federal (ahora Ciudad de México [CDMX]) se mencionaba que: “Nos estamos haciendo viejos en el Distrito Federal”; en menos de 20 años la población de mayores de 65 años se duplicará. Actualmente 86 de cada mil capitalinos tienen 65 años o más, pero en el 2030 serán 147 por cada mil habitantes. (RECORD, 2014).

---

7 Circunstancia vital: Muchas Alternativas Disponibles y Eres Tú el que decideCuál Elegir en cada Momento; Archivo de la etiqueta: Circunstancias Vitales, Paula Álvarez Bagados; Junio 5, 2015; <https://paulaalvarezbagados.wordpress.com/tag/circunstancias-vitales/>



El gobierno de la CDMX destacó que el registro extemporáneo de personas adultas mayores y personas en condición de calle es gratuito, no pagan ni el acta de nacimiento, ni las dos copias certificadas.

Por ejemplo; la persona más longeva que se ha registrado en la actual administración es de 107 años, nacida el 20 de octubre de 1905.

Según la CONAPO, la esperanza de vida al nacer actualmente es de 75.83 años, pero en 10 años más pasará a ser de 77.10 años y en el 2030 de casi 78 años.

De acuerdo con datos del 2012 del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en México 43% de los adultos mayores se encuentran en situación de pobreza multidimensional.

El envejecimiento poblacional puede tener impactos económicos, pues cada vez veremos más personas de 65 y más años de edad, pasar a la inactividad económica, sumados al contingente de población que se encuentra sin empleo. Además, habrá una reducción de los grupos de edad jóvenes.

- 762 mil personas mayores de 65 años habitan en la Ciudad de México según el CONAPO.
- 940 mil mayores de 65 años habrá en la capital para el 2020, de acuerdo con proyecciones oficiales.
- 1.2 millones de personas de 65 años y más vivirán en la Ciudad de México para el 2030.
- años en promedio aumentarán la expectativa de vida al nacer entre el 2014 y 2030.

Todos estos cambios nos llevan a pensar en los cuidados que se deben de tener para los adultos mayores y las capacidades que deben de tener; los cuidadores quienes son los más cercanos a las personas ancianas dentro de sus necesidades, el cuidar de una persona envejecida dependiente es una tarea difícil, cansada y de gran responsabilidad, que demanda realizar actividades para las que no se está preparado y que no siempre son agradables. La mayor parte de las veces convertirse en cuidador es algo fortuito y despierta sentimientos conflictivos. Los propios intereses y dolencias pasan a segundo plano para enfrentar el reto de atender a otra persona. Los roles se alteran; ser cuidador implica perder actividades y oportunidades. Se debe enfrentar un reto mayor y echar mano de todos los recursos interiores y exteriores a fin de sobrellevar el cambio y mantener un equilibrio entre la atención a la persona dependiente y la conservación de la vida y salud propia.

El perfil típico del cuidador principal es ser mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa (madre, hija o esposa) y que convive con la persona que cuida. Las mujeres de menor nivel educativo, sin empleo y de clase social baja conforman el gran colectivo de cuidadoras.

El tipo de tareas que se realizan está determinado por las necesidades del beneficiario, y en ocasiones la demanda puede superar las propias posibilidades de la cuidadora. Muchas de ellas cuentan con escasa ayuda para llevar a cabo todas las tareas (algunas difíciles de asumir por una sola persona); también deben enfrentarse a situaciones especialmente complicadas, sobre todo en caso de agravamiento o crisis del beneficiario. (Rivera M, Hilda, colab. Revista de especialidades Médico Quirúrgicas Vol. 16 Pág. 28)

Cuando el ser humano envejece, conserva (aunque modificadas) sus necesidades de protección, privacidad, higiene y comodidad que la vivienda debe satisfacer. Este mismo con sus peculiares condiciones de salud, ve con no poca angustia, que los espacios en que pueda movilizarse son cada vez más pequeños, pudiendo llegar a tan sólo un cuarto en el cual él es el más asiduo ocupante. Por lo que, las condiciones que debiera reunir la vivienda para considerarla adecuada para personas de más de 60 años de edad indica que podría considerarse que la gente vieja tiene mayor sensibilidad a las infecciones, y por tanto habría de contar con instalaciones para impedir o atenuar los efectos del clima, polvos residuales y aguas usadas, pero también propiciar las condiciones necesarias para la higiene y los buenos hábitos personales. De igual manera hay que considerar y tomar en cuenta todas las alternativas para mejores cuidados de la persona; si es que tuviera alguna enfermedad degenerativa en donde se requieran cuidados específicos.

De acuerdo a los tipos de vivienda en donde por su antigüedad y estado de conservación se califica como pasada, suele ser húmeda, poco soleada, de techos altos y con recámaras alejadas del sitio en donde se ubica el lavabo y el excusado, en cuanto a las viviendas actuales son más pequeñas, existe un sinnúmero de adaptaciones que al adulto mayor le resultan molestas siendo que él siempre hará mención a las nuevas costumbres y cosas materiales como las de “en sus tiempos”, pero esto considerándolo siempre y cuando el adulto mayor se mude a un departamento.

Los ancianos, por sus características psíquicas y neurológicas, recuerdan con bastante fidelidad el pasado, son sorprendidos testigos, a la vez que protagonistas de un ciclo familiar cambiante, tan cambiante como ellos mismos, en tanto que la casa-habitación, permanece casi estática. Por lo que para ellos vienen una serie de memorias en donde de jóvenes formaron una pareja, la cual construyó un hogar con una familia con la presencia de hijos. Posteriormente los hijos los llenaron de nietos, quienes con el paso del tiempo se van haciendo de sus propios hogares y en la casa de los padres

(abuelos) se vuelve enorme según la percepción de ellos. El concepto de familia se desintegra aún más cuando alguno de los cónyuges fallece, para quien la vivienda le significa un lugar poco apetecible, en sus mermadas capacidades físicas no le permiten cuidar.

Las estancias temporales, son sitios donde el anciano ha de vivir, aparentemente por un tiempo, estos deben parecerse en lo físico y en lo anímico a un hogar, a su vez la casa familiar o de reposo debe ser adaptada de tal manera que el senecto no llegue a rechazarla.

Para que el adulto mayor pueda tener una mejor estancia es importante dar adaptaciones a la vivienda, y de mortalidad revelan que los accidentes son: caídas, mala alimentación, etc., para evitar caídas es recomendable eliminar alfombras, alfombrado de pared, a condición de que el anciano no padezca incontinencia urinaria y fecal, lo que puede complicar el aseo. Si su capacidad de movilización está disminuida, lo conveniente sería hacer algunas modificaciones para que así pueda tener mejor desplazamiento dentro de su hogar.

La vejez como la enfermedad casi siempre van juntas, condicionan modificaciones sustantivas a las necesidades básicas que el anciano como ser humano tiene, tales como la alimentación, vestido, atención médica, afecto y alojamiento.

## **2.1 Calidad de vida en el hogar**

De acuerdo a la investigación del Censo de Población y Vivienda 2005 (INEGI), en México la responsabilidad y autoridad del hogar se otorga, en la mayor parte de los casos, a las personas de sexo masculino de mayor edad. Así, de acuerdo con los resultados de la muestra censal, en el país existen 22.6 millones de hogares, de los cuales 51.2% está dirigido por un hombre de 30 a 59 años y 12.7% por un adulto varón de 60 años o más; en cambio, sólo 20.6% del total de hogares reconoce a una mujer como jefa, entre éstas 30.3% tienen 60 años o más.

Los papeles socialmente asignados se vinculan con la edad y sexo de los individuos. Así, eventos significativos de la vida de las personas, como el trabajar, casarse o formar una familia se articulan con la jefatura del hogar. Aunque es frecuente suponer que el estatus de los individuos de 60 años o más en el hogar se caracteriza por una situación de dependencia o de “carga para la familia”, se observa que el 86.6 % de los hombres y el 37.2% de las mujeres de 50 años o más son reconocidos como los responsables del grupo.

Los cambios en la fecundidad y la mortalidad han afectado la composición de los hogares, de tal manera, que es común que en una casa convivan 3 o 4 generaciones, así mismo de los hogares con adultos mayores, uno de cada cinco integrantes es menor de 15 años y casi la cuarta parte son jóvenes de 15 a 29 años, mientras que otra proporción es de adultos de 30 a 59 años, y poco menos de la tercera parte es integrada por adultos de 60 años o más. La presencia de niños y adolescentes en los hogares, implica cargas adicionales en el trabajo de las tareas domésticas, tales como la preparación de alimentos especiales, la supervisión de tareas escolares, etc., cuando los padres trabajan es común que sea un adulto mayor quien dedique buena parte de su tiempo al cuidado y atención de los niños.

Es importante considerar la participación del adulto mayor en la cuestión económica que encabezan el hogar, de acuerdo a la investigación del INEGI, su reducida proporción de condición de jubilación o pensiones, permiten suponer que los ingresos dentro del hogar provienen de remuneraciones por el trabajo de otros miembros de la familia que son residentes en el mismo hogar.

Efectivamente en la actualidad o al menos en estos últimos años se han podido percibir que hay más adultos mayores trabajando en cualquier institución ya sea esta pública, privada, negocio propio o algún centro comercial, esto con la finalidad de aportar algo en casa al igual que el seguir sintiéndose útiles en sus hogares, aunque se tiene que considerar que en muchas ocasiones son mal pagados y como una pequeña hipótesis y un aproximado de al menos a la mitad de la población de los adultos mayores que trabajan son incitados por sus mismos familiares sin tener alguna consideración que el trabajo sea digno para ellos o para su estado de salud.

En la familia, el trabajo proporciona capacidad económica y si el trabajador está satisfecho, retroalimentará de manera positiva la dinámica familiar. Por lo que el trabajo hace sentir útil y necesaria a la persona, dando una imagen que alimenta la autoestima; sin embargo, todo esto se pierde con la jubilación, sobre todo si no hay un periodo de transición. Al principio, los trámites que siguen a la jubilación suelen disfrazar la gravedad del paso a dar, luego se inicia una etapa de “luna de miel” donde se disfruta el descanso y la persona se entretiene con lo que “no había podido hacer antes”. Pero pronto se enfrenta al duelo de una gran pérdida, donde se percibe la reducción de la capacidad económica, la falta de una rutina y motivación diaria, el enfrentamiento al tiempo libre sin saber con qué llenarlo o emplearlo, sobre todo productivamente, disminución de la autoestima como consecuencia de la valoración social, proveniente en gran medida del rol profesional y el exceso de pasividad; como consecuencia de la desorientación temporal, el sujeto no es capaz de ordenar su vida. El anciano se encuentra sin las motivaciones o refuerzos sociales que le permiten un trabajo de adaptación. Al carecer de dichas herramientas es difícil adquirir hábitos nuevos y, por tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias.

Los conocimientos de la estructura y la dinámica del núcleo familiar son herramientas útiles para comprender mejor las necesidades del anciano y el proceso de la enfermedad que padezca ya sea diabetes, hipertensión, etc., los factores que favorecerán o disminuirán la aparición de síntomas o malestares, así como las repercusiones en cada miembro de su familia. El grado de dependencias físicas, mentales o ambas será determinante en el funcionamiento familiar, debido a las nuevas obligaciones que algunas veces de manera permanente deben confrontar las personas que rodean al anciano.

La familia es la institución social basada en la sexualidad y en las tendencias maternas y paternas, cuya forma varía según las culturas (monogámica, poligámica, poliándrica, etc.). Como todo sistema, tiene la capacidad de adaptarse de manera adecuada, lo que se traduce en crecimiento armónico y en la posibilidad de desarrollarse y alcanzar la madurez de cada uno de sus miembros. Este concepto se refiere a una familia funcional. Cuando la familia se adapta de manera inadecuada, la interacción entre sus miembros se afecta. Al igual que el individuo, la familia pasa por diferentes etapas que conforman el ciclo vital, según el autor que lo aborde.

Cuando alguien enferma o presenta algún tipo de dependencia, dentro del sistema familiar suele haber una persona que asume las tareas de cuidado básicas, con las responsabilidades que ello implica, y es percibida por el resto de la familia como tal, sin que generalmente se haya producido un acuerdo explícito en la familia para que sea esa persona quien asuma el papel de cuidador principal. La carga del cuidado suele recaer sobre una mujer, habitualmente la madre, hija o la esposa de la persona cuidada. Las proporciones de mujeres cuidadoras oscilan entre el 60 y el 85% en diversos países y en función del tipo de receptor de ayuda considerado.

A causa de esta desproporción no es de extrañar que se haya prestado más atención a los efectos que el cuidado tiene sobre las cuidadoras, por otra parte, se tiende a considerar más vulnerables a la tensión y el estrés.

Desde la perspectiva de Lee (1992); citado por López Martínez J., Crespo López M. pág. 5, las diferencias de género en el cuidado de las personas mayores vendrían a ser una manifestación más de las diferencias en los comportamientos familiares, en las que se plasman diferencias en aspectos tales como la división del trabajo doméstico, la crianza o las afinidades y relaciones.

Los lazos de afinidad, que son los que caracterizan las relaciones entre padres e hijos, son habitualmente más fuertes entre madres e hijas y hay que tener en cuenta que por razones demográficas la mayor parte de las personas mayores que requieren cuidados son mujeres (Stoller, 1992; citado por López Martínez J., Crespo López M. pág 5). El cuidado de los adultos mayores vendría a suponer la activación de esos vínculos de afinidad o de apego.

Alternativamente, distintas propuestas basadas en el psicoanálisis y el feminismo cultural enfatizan las diferencias entre hombres y mujeres, remarcando aspectos tales como su necesidad de conexión y empatía, características que se consideran propias de las mujeres, frente a la competitividad y la reserva emocional, propias de los varones.

Con relación a estas características, encontraríamos un menor apego y afecto hacia la persona receptora de cuidados en los varones, y una mayor significación emocional del cuidado en la vida de las mujeres, para las que la obligación de cuidado a los demás constituye un elemento central de su identidad (Gilligan, 1982; citado por López Martínez J., Crespo López M. pág. 6).

Las propuestas relacionadas con el feminismo socialista y las teorías neo-marxistas señalan que el hecho de que los hombres no sean habitualmente cuidadores se relaciona con la asignación cultural de la producción doméstica no remunerada a las mujeres, que surge históricamente de la relación entre el capitalismo y el patriarcado, la cual se inició con la industrialización, sin que se haya visto aún modificada por completo por la incorporación de la mujer al mercado laboral, y que se ve reforzada por las diferencias en personalidad comentadas anteriormente. Las disposiciones sobre el cuidado se ven además potenciadas por la segregación ocupacional y la discriminación salarial de las mujeres, que, como se ha visto anteriormente, canalizan las decisiones de la familia (Ross, 1987; citado por López Martínez J., Crespo López M. pág. 7).

Los varones, a diferencia de las mujeres, se ocupan del cuidado sólo cuando no pueden desempeñarlo, y por eso se trata del subgrupo de más edad entre los cuidadores y presentan características diferentes respecto de las cuidadoras.

Los efectos del estrés que supone cuidar a un ser querido se relacionan con la cantidad de demandas a las que tienen que hacer frente a los cuidados del familiar. En este sentido cabe señalar que frecuentemente se ha mantenido una visión de los varones cuidadores, donde a diferencia de las mujeres cuidadoras, hacen menos cosas y las tareas que desempeñan son menos exigentes. Los hombres, desde este punto de vista, tienden a realizar menos tareas diarias altamente demandantes tales como limpiar, cocinar o atender el cuidado personal del familiar y, a medida que avanza la enfermedad y las necesidades de cuidado, se intensifican tienden a abandonar su rol de cuidador (Yee y Schulz, 2000; citado por López Martínez J., Crespo López M. pág. 11).

## 2.2 Calidad de vida en el asilo

En la mayoría de las ocasiones el internamiento a un asilo es por las necesidades del anciano o la situación de su familia a nivel económico y emocional.

El tiempo que las personas mayores de 65 años pasan en un asilo ha disminuido ligeramente desde mediados de la década de los ochenta del siglo XX (AgingStats. Gov, 2001). Las regulaciones ambientales en Estados Unidos definen dos niveles fundamentales de atención en los asilos (Ebersole y Hess, 1998):

- **Atención intermedia:** Atención las 24 horas del día a quienes requieran supervisión de enfermería, pero en general no en un nivel alto.
- **Atención especializada de enfermería:** Atención de tiempo completo que requiere vigilancia constante, prestar servicios médicos y otros, generalmente es por parte de la enfermera.

Se debe considerar que ambas atenciones se basan en sus propias normas, dependiendo de cada asilo. Pero en este apartado, es conveniente preguntarse qué es y qué beneficios trae un asilo para los adultos mayores. Respondiendo a la primera pregunta, puede ser bueno para la familia el ingresarlo a un asilo, sin embargo, los cambios emocionales que puede presentar el adulto mayor es lo que no se considera, ya que se cree que por tenerlos en un asilo van a encontrarse bien, pero son uno de los primeros cambios que surgen la necesidad de la compañía familiar.

Los asilos o instituciones de ancianos, constituyen una fase de la evolución de los establecimientos que dentro de la sociedad ha sido para dar cobijo, custodiar, etc., a individuos que van desde el socorro hasta la prevención, pasando por el tratamiento y hasta el castigo (Bareys, 1990; citado por Capítulo 2).

La historia de los asilos data desde la antigua Grecia (siglo VII), en donde se habla de instituciones caritativas destinadas al cuidado de los ancianos necesitados (Olguín, 2000); esto se asocia a partir de prácticas de carácter religioso, estas funciones eran llevadas a cabo en los templos, altares y monumentos erigidos a los dioses, siendo que eran considerados lugares sagrados y por lo tanto inviolables.

Posteriormente Grecia sería conquistada por los Romanos donde ellos establecen una primera caracterización del anciano al cual consideraban como un ser débil, incluso en los hospicios poco se diferenciaban de los mendigos, lisiados y enfermos.

Durante la Edad Media los germanos, escandinavos y celtas asumen de manera diferente la vejez. En la primera fase, la familia los podía auxiliar y en la segunda fase poco podía hacer la familia por ellos. Es entonces cuando los ancianos que tenían



dinero y podían, pagaban un monasterio poniendo en salvación sus últimos días, alejándose del desprecio que generaban. “Con esta decisión se marca una pauta importante en la historia de la vejez, ya que por un lado se introduce la idea de una ruptura fundamental en la vida humana ayudando a que se tome conciencia de la particularidad de la vejez; por el otro, esta se identifica con el cese de actividad, con la ruptura con el mundo profesional, y el término retiro, se irá cargando poco a poco de diferentes sentidos” (Olguín, 2000:114; citado por Capítulo 2, pág. 35).

La mayor parte de asilos, hospitales, casas de retiro eran atendidos básicamente por personas religiosas, quienes creían en la necesidad de cuidar y ayudar a los ancianos, siendo ésta su idea central y motivo de origen.

En México con la conquista de la Gran Tenochtitlán los conquistadores pensaron en hacer una ciudad tipo español, principalmente por sus instituciones. En este periodo el hospital adquiere un carácter más institucional y poco a poco va dejando de lado el sentido de la caridad. Pues ya no sería hospedería, ni hogar para necesitados, sino básicamente un sanatorio para enfermos. Para el siglo XVII el hospital había crecido y en su organización se contemplaban tres aspectos: el religioso, el administrativo y el clínico.

La labor de Vasco de Quiroga (1470 - 1565) y el Fray Bernardino Álvarez significó una gran aportación para la diferenciación de las condiciones de los indígenas y de los millares de huérfanos, mendigos, ancianos y locos (Olguín, 2000, citado por Capítulo 2, pág. 38).

Con la aprobación de la Corona Española, Quiroga destina un albergue definitivo para indios desvalidos y para que se cuidará a los enfermos. Los ancianos se disuelven en esta población y no son considerados como un grupo aparte.

En nuestra historia, la religión “El Asilo de Ancianos Juan Pablo II (AAJPII)” cuenta con una población adulta mayor numerosa, incluso es la institución de asistencia a las personas de la tercera y cuarta edad<sup>8</sup> con mayor número de residentes en la capital. En la actualidad, la base legal con la cual opera se fundamenta en los artículos de protección hacia las personas adultas mayores que se consignan en la “Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores” (2002).

---

<sup>8</sup> Se trata de los “viejos entre los viejos”, situados en una condición de “dependencia final”. Rebasar los 60 años y experimentar las transacciones que suelen caracterizar el ingreso a la tercera edad, retiro de la actividad económica, el llamado nido vacío o la viudez (Treas y Bengston, 1982; citado por Solís Patricio), no implican la pérdida de autonomía y deterioro de la calidad de vida. Solís, Patricio; El ingreso a la cuarta edad en México: una aproximación a su intensidad, calendario e implicaciones en el apoyo familiar y social a los ancianos [<http://www.redalyc.org/pdf/112/11201904.pdf>]



En el Artículo 3<sup>o</sup> de la Constitución donde el Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos decreta la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, se entenderá por:

- I. Personas adultas mayores: aquellas que cuenten con 60 años o más de edad que se encuentren domiciliadas en tránsito en el territorio nacional.
- II. Asistencia social: acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

En México se tiene una cultura en relación a la familia nuclear del adulto mayor, cuando es relegado de está y erróneamente se cree que su presencia y participación ya no es importante para el crecimiento de la familia; lo que en ocasiones se le prive de la convivencia, los cuidados de su familia y estos mismos prefieran institucionalizarlos. Sin descartar que hay algunos casos en los que sí es necesario institucionalizarlos como cuando la persona padece de alguna enfermedad degenerativa que necesite de cuidados especializados.

Es importante tomar en cuenta antes de enviar al adulto mayor a un asilo, los siguientes puntos:

- Estar en un nuevo ambiente que es desconocido para el adulto mayor puede hacer que le sea difícil adaptarse y se aislé.
- El ingresar a un asilo significa para el adulto mayor cambiar totalmente un estilo de vida.
- Puede disminuir su libertad.
- Hay ocasiones en las que puede significar el perder la oportunidad de convivir con personas del sexo opuesto a excepción de que sea un asilo mixto.
- Muchas veces al ingresar en un asilo los adultos mayores tienen que dejar atrás parte de sus posesiones.
- Existe pérdida de ingresos económicos.

---

<sup>9</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, “ley de los derechos de las personas adultas mayores” Artículo 3°.

- La mayoría de las veces cuando un adulto mayor llega a un asilo con alguna enfermedad hay muchas probabilidades de que esta se agrave más rápido de lo que normalmente lo haría y le cause pérdidas funcionales que le llevan a volverse dependiente.
- Hay una mayor inactividad.
- Existen sentimientos de soledad al no poder ver a sus familiares con más frecuencia.
- Se comienza a presentar una baja autoestima y depresión.

Existen instituciones pertenecientes a los programas del gobierno los cuales “rescatan” (por llamarlo de cierta manera) de alguna situación a personas de calle estando entre ellos personas Adultas Mayores, las cuales son integradas en las instituciones de acuerdo a sus capacidades físicas y cognitivas ya que las tienen que separar dentro del centro siendo que las personas adultas mayores que se encuentran bien en todas sus facultades mentales y físicas son capaces de realizar algunas actividades físicas o de manualidad al igual que el bañarse solas y trasladarse al comedor que tienen dentro de la inmueble.

Cuando una abuelita (como así le llaman) tiene alguna discapacidad física, el servicio de enfermería o el personal encargado son las que asean y limpian (siendo que a la mayoría de las abuelitas tienen llagas por la falta de movilidad). Mientras que las que tienen alguna patología o algún trastorno mental se encuentran aisladas de los dormitorios para el suministro de medicamentos.

La mayoría de estas personas adultas mayores realizan actividades manuales las cuales son vendidas y el dinero reunido se les entrega. Algunas de ellas reciben visitas de sus familiares si es que los tienen, estas visitas no tienden hacer seguidas por las cuestiones higiénicas que requieren las abuelitas.

Para que se tenga una visión más amplia de lo que son estas instituciones, se explicará brevemente de:

El Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS) tiene por objeto promover, coordinar, supervisar y evaluar la asistencia social en la Ciudad de México, definir y establecer la política en materia de asistencia social, y ser la instancia normativa de los programas de asistencia social que realice la administración pública del D.F.

Esta institución ofrece a niñas, niños, jóvenes, mujeres, hombres, adultos mayores y a todas aquellas personas que sufren abandono, extrema pobreza o vulnerabilidad, los apoyos y condiciones para valerse por sí mismos. Promueve el desarrollo de sus capacidades y la creación de oportunidades en los órdenes económico, social y político

para que puedan reincorporarse a la vida comunitaria con pleno respeto a su dignidad, identidad y derecho.

En los Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS) se brinda cuidado y atención a niños, niñas, jóvenes, adultos y adultos mayores en situación de calle, indigencia o alta vulnerabilidad, proporcionándoles techo, vestido, alimentación acorde con sus necesidades físicas y condición de salud, asistencia médica de primer nivel y medicamentos, derivación a servicios médicos de segundo y tercer nivel, atención psicológica y psiquiátrica, actividades culturales, deportivas y de recreación, así como talleres de capacitación para el trabajo y terapia ocupacional.

En esta institución las personas adultas mayores sufren de falta de cuidados más las postradas ya que no se cuenta con mucho personal de limpieza y cuidados por lo que están en malas condiciones físicas, a pesar de ello la institución no hace nada para mantenerlas en un mejor estado.

## **2.3 Calidad social**

La red social está constituida por todas aquellas relaciones significativas que una persona establece cotidianamente y a lo largo de su vida. En ese sentido cada persona es el centro de su propia red, que está formada por sus familiares más cercanos, los amigos, compañeros de estudio y de trabajo, los miembros de las instituciones a las que acuden habitualmente y los conocidos con quienes se ve sólo esporádicamente.

Esta red cumple funciones importantes para el bienestar psico-social del individuo, como es la de posibilitar la inserción social de la persona, y es básico para el desarrollo de su identidad, por lo tanto, no sólo es relevante en situaciones de crisis.

La perspectiva de una vejez desvalida ha dado origen a instituciones orientadas a dar ayuda a los adultos mayores desde una postura básicamente asistencial, organizada para atender a los ancianos haciéndose cargo de necesidades básicas de subsistencia, esperando muy poco de los propios adultos mayores. El desafío que queda por asumir por parte de la sociedad, es de entender y aceptar la vejez como una etapa más de la vida que tiene como integridad y desapego. Situación que sólo es posible si un medio amigable ha entregado las posibilidades de que así sea. Jung plantea que durante esta etapa se produce una natural introspección y “las relaciones, la comprensión del significado de la vida y el deseo de darnos a los demás, se convierten en nuestras preocupaciones” (Jung, citado por Belsky, 1996; pág. 193). La no aceptación de estas tendencias naturales y el quedarnos aún en el período de la adultez joven lleva a la persona mayor a “estancarse, tener la sensación de inutilidad, sentirse desgraciados y rígidos” (Jung, citado por Belsky, 1996; pág. 193). Sin embargo, si el desarrollo procede

de una manera ideal se alcanza la culminación, “podemos transformarnos en un ser espiritual y trascender y alcanzar el desapego” (Jung, citado por Belsky, 1996; pág. 193).

Es por eso que las modalidades de agrupación que convocan a los adultos mayores pueden caracterizarse en:

1. Hogares de ancianos, los cuales brindan alimentación, habitación y cuidados.
2. Los Clubes de Adultos Mayores, que buscan promover el intercambio de relaciones, estimular relaciones de apoyo y solidaridad.
3. Las Asociaciones de Pensionados, forman en defensa los derechos adquiridos y reivindican su historia.

Las Naciones Unidas han planteado, a partir de la reunión de Montevideo del año 1997, la idea de una “Sociedad para todas las Edades”, lo cual se complementa con otras ideas sugeridas en el plano nacional como la de “Favorecer la integración social del Adulto Mayor a través del fortalecimiento de sus organizaciones” (Comité Nacional para el Adulto Mayor, 1996).

El envejecimiento repercute socialmente, pues genera dificultades tales como inestabilidad ante determinadas situaciones y limitación de las condiciones de trabajo, por ser éstas cada vez más técnicas. El crecimiento de la población anciana implica un aumento de los gastos estatales, pues la migración interna del campo a la ciudad de las generaciones más jóvenes ha ido empeorando el cuadro al cambiar las estructuras familiares y sus posibilidades, lo cual hace que los cuidados brindados a los senescentes, que siempre fueron responsabilidad de su familia, estén ahora en muchos casos a cargo del Estado y otras instituciones sociales.

El envejecimiento de la población causa tantos inconvenientes, que se corre el riesgo de considerar la longevidad una carga más que un don. El apoyo a las personas de edad avanzada es un problema social, moral y económico, para cuya solución se requiere voluntad política. El cuidado y bienestar del anciano se convertirá en la piedra angular de la capacidad que tengan los países para sustentar a la población adulta mayor, tanto desarrollada como subdesarrollada. Cuando se analiza el proceso de envejecimiento en América Latina, se pone de relieve que Uruguay se asemeja a las naciones industrializadas en cuanto a que 75% de su población tiene un elevado nivel de autonomía. En México, la composición del grupo familiar no llega a 4 entre los pobladores urbanos y actualmente se aplican programas de educación y capacitación, cuyos contenidos y métodos didáctico-pedagógicos promueven el conocimiento de lo que eso implica la vejez.

### **CAPÍTULO 3. ALTERNATIVAS PARA UN MEJOR CUIDADO**

Durante siglos a la medicina le era imposible poder curar todas las enfermedades, pero actualmente la ideología médica es triunfar y de esa forma poder contribuir a la prolongación de la vida. Con el aumento de la población adulta mayor la medicina debe llevar a cabo otros medios dando tanto cantidad de vida como calidad de vida. En esta etapa de la vida son necesarios cuidados médicos especiales dependiendo del estado de salud que presente el anciano, agregando actitudes personas de acogida, paciencia, capacidad para escuchar, dialogo y condiciones psicológicas para realizar este trabajo.

En la mayoría de nuestras sociedades ha disminuido el número de padres que viven con sus hijos; los padres que dependen de sus hijos, son cada vez menos debido a los programas de cobertura social, pensiones de retiro, seguros médicos, etc. En épocas pasadas esta misión era confiada a las familias, las cuales tenían la capacidad para atender adecuadamente a los ancianos con una modesta ayuda social o sin ella, teniendo una fuerza moral, psicológica y espiritual para llevar a cabo el cuidado.

Como se conoce actualmente y con el paso de los años y épocas, las situaciones sociales han ido cambiando, se han implementado nuevas ayudas tanto económicas y sociales para los adultos mayores, de cierta manera estos apoyos los han impulsado a seguir adelante realizando diversas actividades culturales sin depender de sus familiares, de igual manera la ayuda que reciben de medicamentos, despensas y pasajes en transportes públicos (Tarjeta del INCEL). Recuperando de cierta manera aquel respeto hacia ellos que en algún momento se estaba perdiendo.

En una investigación realizada en México sobre el envejecimiento activo donde explica la OMS, que el envejecimiento activo es un proceso de optimización de las oportunidades de la salud, el cual se aplica a todos los grupos de población, edad, y permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, mental, emocional, y social a lo largo de todo el ciclo vital, los factores que intervienen en el envejecimiento son:

- La presentación de la fatiga mental y física, disminución de la memoria, la agudeza visual y auditiva, el sentido del gusto, la capacidad de concentración, y la potencia sexual. Todos estos síntomas se ven acompañados de las enfermedades crónico-degenerativas.
- 
- Los factores socioculturales y familiares, conformándose por la separación de la pareja y amigos ya sea por enfermedad o muerte, la dificultad para mantener actividades significativas y la realización de actividades productivas.

La OMS menciona que las personas de 60 años de edad o mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, la sociedad y la fuerza de trabajo. La mayoría de estas personas gozan de buena salud mental, pero muchas corren el riesgo de padecer trastornos mentales, neurales o por abuso de sustancias psicoactivas, amén de enfermedades somáticas o discapacidad. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6.6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo.

Entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.

La salud mental de los adultos mayores se puede mejorar mediante la promoción de hábitos activos y saludables. Ello supone crear condiciones de vida y entornos que acrecienten el bienestar y propicien que las personas adopten modos de vida sanos e integrados. La promoción de la salud mental depende en gran medida de estrategias conducentes a que los ancianos cuenten con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas, tales como:

- Protección y libertad.
- Viviendas suficientes mediante políticas apropiadas.
- Apoyo social a las personas mayores y a quienes cuidan de ellas.
- Programas sanitarios y sociales dirigidos específicamente a grupos vulnerables como las personas que viven solas, las que habitan en el medio rural o las aquejadas de enfermedades mentales o somáticas.
- Programas de prevención de la violencia o maltrato en contra de los adultos mayores.
- Programas de desarrollo comunitario.

La OMS a partir de 1982 introduce el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los envejecidos, no en término de déficit, sino de

mantenimiento de la capacidad funcional, por lo que las políticas internacionales están orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerándola como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de autorrealización. En algunos sujetos la adaptación a los cambios de la vejez no se produce, y se generan daños que pueden ser irreversibles.

Según la OMS y la definición del Subgrupo de Trabajo de Sobre Adultos Mayores existen distintos componentes vinculados a la dependencia, pudiendo estar asociados a una situación de discapacidad o a problemas de fragilidad y vulnerabilidad.

Implicando:

- Dificultades para realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad y a la capacidad de entender y ejecutar órdenes y tareas sencillas, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros.
- Dificultades para realización de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, requieren un mayor nivel de autonomía personal. En esta categoría se incluyen tareas domésticas y aspectos sociales y de relacionamiento, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad (uso del teléfono, cuidado de la casa, salida de compras, preparación de la comida, uso de medios de transporte, uso adecuado del dinero y responsabilidad sobre sus propios medicamentos, etc.).

Por este motivo, es importante considerar en primer lugar el aumento progresivo del envejecimiento demográfico como determinante estructural de la necesidad de la política de cuidados para la tercera edad y, en segundo lugar, dimensionar la población que será sujeta a éste proceso de incorporación paulatina asumiendo criterios de vulnerabilidad. En tercer lugar, se hace esencial determinar cuál sería el impacto de esta política no solo sobre sus potenciales beneficiarios sino también sobre los cuidadores. En la medida que hoy ya sabemos que los cuidados familiares recaen fundamentalmente sobre las mujeres de los hogares también podemos asumir que una política de cuidados podrá impactar favorablemente en el desarrollo autónomo de sus proyectos de vida.

En cuarto lugar, es necesario considerar cómo bajo un modelo “familista” de cuidados las mujeres han visto incrementar fuertemente su participación en el mercado de trabajo dando lugar a que parte de los cuidados sean realizados por proveedores mercantiles. En ese sentido importa mostrar “cuánto y cómo” gastan las distintas familias en la provisión de servicios de cuidados para sus mayores. Se asume que el acceso a servicios sociales de cuidados vía mercado (tener acceso a los cuidados), asigna en forma inequitativa, limitando el acceso a los sectores de más bajos ingresos y eso es lo que relevaremos.

Por otra parte, de acuerdo a la OMS las situaciones de riesgo o vulnerabilidad de los adultos mayores se concentran en los siguientes grupos:



- Los muy ancianos (80 años y más).
- Los que viven solos en una vivienda.
- Las mujeres ancianas, sobre todo solteras y viudas.
- Los que viven en instituciones.
- Los que están socialmente aislados (individuos y parejas).
- Los ancianos sin hijos.
- Los que tienen limitaciones severas o discapacidades.
- Las parejas de ancianos en las que uno de los cónyuges es discapacitado o está muy enfermo.
- Los que cuentan con muy escasos recursos económicos.

Teniendo en cuenta estas variables asociadas a situaciones de vulnerabilidad de los adultos mayores, el dimensionamiento del tamaño de ésta población, así como su evolución proyectada en el tiempo, contribuirá a realizar una primera aproximación a las situaciones de dependencia y vulnerabilidad.

La capacidad funcional de una persona aumenta en los primeros años de la vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y, naturalmente, a partir de entonces empieza a declinar. El ritmo del descenso está determinado, al menos en parte, por nuestro comportamiento y las cosas a las que nos exponemos a lo largo de la vida. Entre ellas cabe mencionar la alimentación, la actividad física y la exposición a riesgos como el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas, el estrés, la contaminación – menciona situaciones actuales que afectan esto de manera directa.

En la sociedad el envejecimiento puede considerarse, por un lado, un éxito de supervivencia y por el otro un desafío, siendo que supone una mayor exigencia sanitaria, social y económica. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) menciona que es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social durante toda la vida, con el objeto de ampliar la esperanza de vida saludable. La productividad y la calidad de vida en la vejez.

Es por eso que diseña un Plan Gerontológico Institucional (PGI) 2006-2025, el cual aborda la salud con perspectiva y reconoce el hecho de que la salud sólo puede crearse y mantenerse mediante la participación de la persona, familias y comunidades, etc., Lo que se quiere con este plan es sustentar los cuatro anhelos fundamentales para la vejez: estar sano, valerse por sí mismo, tener solvencia económica y estar acompañados. El PGI considera tres programas básicos:

1. Envejecimiento saludable: desarrollado en torno a las unidades médicas, las cuales ven la promoción y prevención fundamentalmente a través de PREVENIMSS.
2. Envejecimiento en casa: son servicios de atención que cubren las necesidades



sociales y de salud de los adultos mayores con algún tipo de dependencia; cuidados, rehabilitación y hospitalización a domicilio.

3. Atención social a la salud: apoyo a realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, no requieren de una hospitalización permanente y se pueden mantener en su hogar con ayuda formal y el apoyo institucional complementario o en instalaciones especialmente equipadas.

Es por eso que el IMSS ha puesto en marcha diversas actividades deportivas adecuadas a las necesidades de cada uno de los adultos mayores para tener al mismo tiempo control de sus enfermedades, así como con los diversos talleres que han implementado para que puedan poner pequeños negocios o trabajar desde casa para tener una remuneración económica. Incorporándose también el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y Salubridad en el trato y prevención de enfermedades y apoyo con talleres para que puedan tener un sustento económico y al mismo tiempo tener una relación con otras personas de su misma edad.

Entre todos estos servicios se incluye el Programa de Envejecimiento Activo (PREA) el cual permite a las personas conservar y desarrollar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo del ciclo vital, así como participar en la sociedad de acuerdo con sus derechos, necesidades, capacidades y anhelos, proporcionando protección, seguridad y cuidados adecuados.

Bajo esta perspectiva es fundamental construir una cultura de envejecimiento activo (OPS-OMS, 1985)<sup>10</sup> donde:

- Las personas cuiden de sí mismos.
- Los familiares apoyen a su pariente.
- Las familias se asistan unas a otras.
- Los vecinos, amigos y comunidades proporcionen respaldo y servicios a quienes lo necesiten.
- Los cuidadores primarios encuentren respiro y revelo.
- Las sociedades elaboren políticas de protección y mejoramiento de la salud que reduzcan las causas de enfermedad y discapacidad, y estimulen a los individuos a adquirir mayor responsabilidad y solidaridad.
- Los profesionales sociales y de la salud ayuden a los individuos, a los integrantes de las familias y a otras personas a cooperar con y entre ellos para fomentar la salud y el bienestar.

Dentro de las alternativas para poder ofrecerle un mejor cuidado y trato a nuestro adulto mayor hay que estar conscientes de todos los cambios y la adaptabilidad que se debe

---

<sup>10</sup> Organización Panamericana de Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS)

tener y que pueda llegar a existir durante esta etapa del envejecimiento, algunos de los cambios demográficos que se pueden llegar a presentar serían los siguientes por mencionar algunos:



**Tabla 1** Ocampo Ch. J. (2005). *Consecuencias de los cambios demográficos*. [Cuadro]. Recuperado de *la Evaluación Geriátrica Multidimensional del anciano en cuidados paliativos*, pág. 49

Todos estos cambios sociales repercuten en la interacción de las personas adultas y con sus cuidadores primarios, pero se debe de considerar y tener en presente que su estilo de vida tiene que cambiar así como la persona ha cambiado y cómo todas las personas lo hacemos, ésta modificación es una adaptación a su nuevo estilo de vida el cual con lleva a más cuidados y menor esfuerzo en la realización de sus actividades cotidianas, en un manejo de dieta; la estructura familiar y los roles cambian, también la llegada de nietos, bisnietos, el afecto que a ellos se les brinda, pero ante los cuidados y los cambios físicos a nivel de salud que se generan y por la atención que se debe de brindar en algunas familias, se considera que al ver a su padre o madre en ese estado ya no tienen las capacidades de ser la cabeza de la familia extensiva y nuclear, siendo por eso que ya no los toman en cuenta en muchas cosas haciéndolos a un lado simplemente, esto en algunas familias ya que en muchas otras la situación puede ser muy distinta, en donde sean considerados para actividades domésticas simples, esto dependerá del contexto social que viva el adulto mayor.

Para todos sus cuidados se debe siempre de considerar su medio ambiente y la aceptación de su estado, pero siempre como beneficio para el adulto mayor.

La OPS considera como personas adultas mayores, a aquellas que tienen 60 años de edad o más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

Según la OMS dice que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. (Capítulo 1 Adulto mayor pág. 2)

Los adultos mayores son los que aceptan el proceso de la vejez con un nivel adecuado de adaptabilidad y satisfacción personal. Esto con ayuda de las relaciones interpersonales aplicando a relaciones de afecto y vínculos temporales de amistad y apoyo. Considerando prioridades en las condiciones de vida del adulto mayor para una mejor calidad de vida, como:

- Participación activa en la sociedad.
- Fuerza de trabajo.
- Acceso al conocimiento, educación y capacitación.
- Fomento de la salud y acceso a la misma.
- Salud mental.
- Vivienda y condiciones de vida.
- Abandono, maltrato y violencia.
- Autocuidado: actividad física, dieta sana, control médico, factores de riesgo de alguna enfermedad en particular.

Genua y Miró (citado por Casanova Carmen, Delgado S., Esteves S., pág. 26), refieren la vulnerabilidad o fragilidad que presentan algunos ancianos, relativamente frecuente en la práctica diaria. Son pacientes que se encuentran en un equilibrio inestable, llegando a una situación de incapacidad y dependencia cuando se enfrentan a un agente o proceso externo que actúa sobre ellos. El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo, que involucra un conjunto de procesos, interactivos e interdependientes, que determinan la esperanza de vida y el estado de salud, que comienza con el nacimiento, es heterogéneo e irreversible y no necesariamente implica deterioro. En el mismo intervienen múltiples factores biológicos, síquicos y sociales.

Rowe y Kahn (1987) (citado por Casanova Carmen, Delgado S., Esteves S., pág. 26), desarrollan el concepto de Envejecimiento Exitoso en contraposición a la idea del

Envejecimiento Común, al que definen como “la baja probabilidad de enfermedad y discapacidad asociada a ella, junto a un alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional, con compromiso activo con la vida”.

### 3.1 Cuidados paliativos

El equipo paliativo está integrado por: Médicos, Enfermeras, Psicólogos, Tanatólogos, Trabajadoras Sociales y Guías Espirituales. La creación de unidades de tratamiento del dolor y manejo de enfermos terminales, donde solo se les puede dar cuidados paliativos a través de los años, ha sido una respuesta a esa otra parte de la medicina donde no se cura, sino que se hace algo probablemente más importante: mitigar el sufrimiento y dar alivio al ser humano en todas las áreas que lo constituyen. Por lo que, la población en general debe estar enterada de esta alternativa viable para mitigar el sufrimiento de ésta población.

Cicely Saunders (1918-2005)<sup>11</sup>, transformó el cuidado de los moribundos. Fue la culminación de una vida dedicada al cuidado de los moribundos, coincidentalmente murió el día en que se venera a San Camilo de Lelis; Santo Patrono de los enfermos terminales y moribundos. Su logro fue empezar en 1967 el moderno movimiento Hospice.

En 1980 recibió el título de Dama del Imperio Británico, demostró que era posible morir en paz y sin grandes dolores. Debido en parte a su influencia, los cuidados paliativos han llegado a ser reconocidos como una especialidad médica. “Dame Cicely” sabía que cuidar a los moribundos no se reduce a tratar el dolor. Por eso desarrolló la teoría del “dolor total”, que incluye elementos sociales, emocionales y espirituales. La experiencia total del paciente comprende ansiedad, la preocupación por la pena que afligirá a la familia; y a menudo la necesidad de encontrar un sentido a la situación, una realidad más profunda en que confiar.

Desde el punto de vista médico, Cicely Saunders es recordada por un método relativamente novedoso para aliviar el dolor: administrar sedación continua para dejar al paciente en una situación estable en la que esté consciente y tenga una razonable calidad de vida, en vez de una sedación intermitente ante cada aumento del dolor. Se opuso a la eutanasia, argumentando que todo el mundo tenía derecho a morir bien, sin dolor y con dignidad, y que la muerte podía ser una experiencia positiva.

---

<sup>11</sup> Dra. Cicely Saunders: pionera de los cuidados paliativos.

Teniendo una breve historia de una de las autoras de los cuidados paliativos es importante saber qué realmente son los cuidados paliativos. La OMS<sup>12</sup> adoptó, en un documento clave para el desarrollo de los cuidados paliativos publicado en 1990, la definición propuesta por la asociación Europea de Cuidados Paliativos se resume como “el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial”. Se estableció que el día 10 de octubre se celebre el día de los Cuidados Paliativos, por lo cual es importante dar a conocer sus beneficios. Cabe señalar que los cuidados paliativos no aceleran ni retrasan el curso de la enfermedad, únicamente disminuyen los síntomas dolorosos y su aplicación ayudaría en gran medida a que los enfermos en la situación terminal vivan de la mejor forma posible.

Dentro de algunas ramas como en Psicología se puede notar una íntima relación con la corriente Humanista de Abraham Maslow (con su jerarquía o pirámide de necesidades) y Carl Rogers (con su creatividad de desarrollo de sus potencialidades para ser feliz). También está en el Pragmatismo de Willian James (quien dice que hay que hacer práctica la teoría).

En Filosofía es ahí donde más se fundamentan los cuidados paliativos por que todo se centra en el ser (ontología), en sus valores (axiología), en el absoluto (Dios), en el hombre (antropología), en el orden (lógica y ética) y en el conocimiento (epistemología).

*Los cuidados paliativos tienen como objetivo:*

- Aliviar el dolor y el sufrimiento.
- Mejorar la calidad de vida y muerte.
- Manejo integral de la persona.

Para que el Paciente pueda ser entendido y comprendido de una manera adecuada para él, los miembros del Equipo de Salud deberían ser capaces de intervenir apropiadamente en cada uno de estos campos: el físico, el psicosocial y el espiritual: cualquiera que sea el que esté provocando el dolor; lo que nos exige tener una pericia y un conocimiento especiales.

Los equipos de los cuidados paliativos son de manera interdisciplinaria los cuales están conformados en primer lugar por el paciente y posteriormente por su familia, ya de

---

<sup>12</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS); autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales.

manera consecutiva está el equipo médico quienes están a cargo de la salud o de brindar una mejor calidad de vida al paciente; los cuales serán brevemente descritos a continuación:

**Paciente y familia:** La información que ellos pueden dar acerca de cómo se van sintiendo, tanto física como emocionalmente, y de cuál ha sido la respuesta del paciente al tratamiento, es fundamental para hacer un buen plan de trabajo, en el que ellos (enfermo y familia), deben participar abiertamente.

Tener la oportunidad de platicar con una persona del equipo de la salud que le haya inspirado confianza al paciente para que se pueda expresar abiertamente. El paciente y su familia deben participar en lo posible con el equipo médico en las decisiones terapéuticas. Al fin de cuentas se trata de la vida del enfermo.

**Médico:** Los Médicos Paliativistas deben ser competentes en lo que se refiere a la medicina general, pero también en todo lo relacionado al Cuidado Tanatológico. Estos deben tener un conocimiento básico de muchas especialidades, entre ellas, cirugía, anestesia, medicina familiar, oncología, psiquiatría y medicina interna. Su principal compromiso es mejorar la calidad de vida de su enfermo y la de los familiares cercanos.

**Trabajador social:** ayudar, tanto al paciente como a su familia, a lidiar con los problemas personales y sociales que traen consigo la enfermedad la impotencia y la Muerte. Uno de sus objetivos deberá ser aliviar el dolor que nace del conocimiento del diagnóstico, del pronóstico y de las expectativas que pueden ser muy negativas tanto para el enfermo como para la familia; lo mismo que de todos esos problemas que se presentan por una enfermedad terminal.

**Ministros religiosos:** Sus conocimientos, su sensibilidad y sus palabras son las que podrán dar respuesta profunda al Sentido de la Vida y del sufrimiento del Paciente y de la Familia, quienes continuamente se enfrentan a éstas preguntas. Podrían quitar los sentimientos de culpa que suelen aparecer ante la cercanía de la Muerte y que, si no se “absuelven”, serán sus más fieles y dolorosos compañeros cuando ésta ocurra. Limpiar la conciencia de los pecados cometidos, de los que sólo el Sacerdote puede absolver o fortalecer la Fe del paciente que a lo mejor está debilitada, a pesar de que poco antes parecía muy firme. Será el que pueda ofrecer el recurso de los Sacramentos, lo que es esencial para las familias católicas.

**Tanatólogo:** Su misión es propia del Especialista en Enfermos Terminales y en Fase Terminal, y en sus familiares. Su razón de ser es única: Curar el Dolor de la Muerte y el del Desesperanza. Por eso su papel es crucial dentro del Equipo. Para lograr su cometido debe tener un conocimiento auténticamente profesional de lo que es el Proceso de Morir, lo que es la Muerte y la Trascendencia, y cuáles son las necesidades del Enfermo y de la familia en cada uno de los momentos que crucen a lo largo de dicho proceso, y cuáles las emociones que se entremezclan dentro de cada uno de los involucrados en el Proceso. El Tanatólogo debe ser el confidente, el que esté con el Enfermo cuando éste, o cualquier familiar, lo necesiten, aquel que con su presencia

diga un sincero:” Estoy contigo” al enfermo y a los miembros de la familia, y debe llegar a ser el otro significativo para los sufrientes.

**Voluntariado:** extender el potencial del programa de Cuidados Paliativos, por lo que su primera tarea es la de dejar claras, ante la comunidad, las metas de los programas del Equipo, y de descubrir los recursos con los que se pueda contar. Por supuesto que se necesita un Coordinador del Voluntariado.

Haciendo mención del libro “Cuerpo sin edad, mentes sin tiempo” de Deepak Chopra (2011), cuando se entra o se está en la última etapa del ciclo vital surgen diversos cambios en la relación mente-cuerpo en donde se logra un control en que la gente continúa envejeciendo, siendo esto un proceso lineal. En donde el funcionamiento del organismo tiene una reacción ante los nuevos hábitos alimenticios, dependiendo de la enfermedad degenerativa y el ritmo de vida que lleve el anciano será su nueva dieta alimenticia en donde ya sea que le prohíban niveles altos de azúcar, sal y alimentos altos en grasas, en donde se le debe de tener un control de todos los alimentos que consume durante sus días. Siendo influenciadas las creencias, sus vivencias, y las perspectivas de sí mismo, las cuales con el paso del tiempo van cambiando, gracias al apoyo de sus familiares es como se pueden seguir manteniendo vivas todas esas creencias y los modos de vida que se puedan tener, mientras el adulto mayor cuente sus vivencias mejor será el modo en que las perciba y qué tanto recuerde de las mismas.

Por lo regular en esta etapa los ancianos tienden a inclinarse a tenerle fe a algo o alguien en donde es importante apoyarlos en su decisión que tomen, esto lo hacen para sentirse de alguna manera protegidos y no abandonados, buscando un soporte espiritual.

Sus condiciones sociales se alteran y como se modifican hay una adaptación a nuevos cambios personales y sociales a los cuales se deben de preparar mientras van pasando los años para que así el cambio no les sea difícil y les resulte positivo.

Se deben de implementar tres aspectos: la actividad física (importante para los movimientos de sus articulaciones y tener una mejor circulación en la sangre); actividad psicológica e intelectual (actividades de memoria, atención y recuerdos); y relaciones sociales (mantenerlo en constante comunicación con sus conocidos o amigos y no aislarlo de la sociedad, si no mantenerlo en actividades deportivas o culturales).

Mientras se van dando los cambios fisiológicos en los ancianos les va provocando desequilibrio emocional y una serie de pensamientos e ideas que los hacen que bajen su rendimiento emocional en sus actividades cotidianas.



Es muy importante que no se le aislé de sus actividades cotidianas, el ejercicio (por ejemplo) le ayudará para nivelar el estrés que llegan a presentar por la impotencia que sienten al no poder realizar sus actividades con la misma rapidez o intensidad que antes, incluso el hecho de que los mismos familiares lo rechacen o le impidan hacer las cosas les genera un cierto nivel de estrés a lo que este mismo suele acelerar la enfermedad que presente.

Se deben de buscar diversas alternativas para la disminución o prevención del envejecimiento y enfermedades, mientras más rápido se pueda prevenir se obtendrá un envejecimiento activo y sano.

Lo de mayor importancia aquí es el “yo”, es decir, el cómo el anciano se observa y se percibe a sí mismo, qué tanto se acepta y acepta la etapa en la que está para que con ello pueda tener un mejor envejecimiento y adaptación a los cambios que se le vayan presentando y por qué no acepta la muerte.

Dentro de la atención paliativa el centro son el paciente y su familia, en lugar de la enfermedad. Se puede proporcionar atención paliativa en el hogar. Algunos centros oncológicos tienen equipos especiales que brindan este servicio. El equipo de atención paliativa colabora con el médico del paciente para:

- Desarrollar planes de tratamiento.
- Controlar el dolor y otros síntomas.
- Proporcionar apoyo emocional.
- Ayudar a enfrentarse con asuntos sobre el final de la vida.

Algunos pacientes de cuidados paliativos pueden experimentar mucha ansiedad o depresión, otros pacientes se irritan con facilidad o se encuentran totalmente desesperanzados; es importante que tanto la familia como el paciente reciban apoyo emocional e intenten de cualquier forma estar en un ambiente de tranquilidad para todos.

Por hacer mención de una institución que trabaja con los cuidados paliativos, como ejemplo El Centro de Cuidados Paliativos de México IAP (CECPAM)<sup>13</sup>, los cuidados paliativos son el modelo de atención integral para atender al paciente que sufre una enfermedad terminal, de preferencia en su domicilio.

Se trata de pasar del sanar al cuidar, involucrando al paciente en la toma de decisiones de su tratamiento. Se busca controlar el dolor y demás síntomas, así como dar atención emocional al paciente y a su familia; esto se logra a través de un equipo

---

<sup>13</sup> Constituye la Comprehensive Geriatric Assessmentn (EGM, por su sigla en español; se ha enfocado en especial en ancianos frágiles).



interdisciplinario formado por el médico, enfermero, psicólogo-tanatólogo y trabajador social.

Los cuidados paliativos no son:

- Cuidado de los ancianos (geriatría).
- Cuidado de enfermos crónicos.
- Medicina familiar.
- Oncología.
- Clínica del dolor.
- Eutanasia y suicidio asistido, los cuales se enfocan a la muerte.

La atención se otorga en el domicilio donde se encuentre el paciente, a través del equipo interdisciplinario. Se realiza una primera visita para evaluar la situación física, emocional y socio-económica del paciente y su familia para así poder elaborar el plan individual de trabajo, programando visitas subsecuentes.

Proporcionan capacitación a la familia para cuidar a su enfermo, pretendiendo disminuir la angustia que el desconocimiento de lo que va a venir produce, ofrecen la posibilidad de identificar y exteriorizar sus emociones. Buscando crear redes de ayuda y acompañamiento para evitar el desgaste físico, emocional y económico de la familia.

La Red Nacional de Cuidados Paliativos es una organización que representa los intereses y aspiraciones de todo aquel que comparte la idea de brindar calidad de vida al final de la vida.

Los médicos especialistas en cuidado paliativo tienen un entrenamiento no sólo en el control de dolor y de los síntomas, sino también en otros factores que son de importancia para el manejo de estos pacientes, como los mentales, sociales y espirituales.

Esta es una de las características de la evaluación geriátrica, es decir, su multidimensionalidad, la cual está determinada por factores biológicos, sociales, económicos y por el tiempo y el medio en el cual se vive (contexto).

Por otra parte, durante la valoración del anciano se hace necesario individualizar, debido a que el proceso de envejecer y enfermar es único y particular de cada persona, dentro de un amplio rango de variación. Un procedimiento diagnóstico interdisciplinario multidimensional que busca determinar las capacidades y cuantificar los problemas funcionales, psicosociales y médicos de un anciano frágil para establecer un plan de tratamiento y seguimiento a largo plazo.

Se debe asegurar el uso apropiado de los servicios de atención en salud, ya que se reconoce que los mayores usuarios de los servicios de salud, especialmente de los

servicios de urgencias y hospitalización, son los ancianos. En ocasiones lo hacen en forma exagerada o sin una causa que lo amerite. Además, el uso inapropiado de los cuidados de larga estancia, los hogares de ancianos y los hospicios también es frecuente, debido a que la familia deposita en el equipo de salud la responsabilidad del cuidado del anciano y olvida un principio fundamental de la atención, según el cual la ellos hacen parte principal del equipo interdisciplinario de atención en salud.

### **3.2 Institucionalismo**

Las instituciones son un sistema de convenciones sociales duraderas y organizadas, dirigidas por una estructura reconocible dentro de la sociedad. Cada una de estas instituciones debe de tener un fin común como lo son:

- Satisfacer las necesidades de la población en específico.
- Contar con reglas impuestas y aceptadas por todos.
- Los integrantes deben tener ideales comunes.
- Son conservadoras y transmisoras de cultura.

Las instituciones pueden ser de carácter formal o informal, por lo que pueden tener una correspondencia con uno o varios lugares físicos donde se desarrollan sus actividades propias.

De acuerdo a la definición de Durkheim; las instituciones son, antes que nada, el orden instituido. También pueden entenderse como sistemas defensivos frente a la angustia.

Mientras que Berger y Luckman afirman que la transmisión del significado dentro de las instituciones se base en el conocimiento social y se transformen en soluciones permanentes para problemas permanentes dentro de una comunidad. De esta forma, la institución propone un orden, legitima y proporciona valores.

De acuerdo con estos tres autores, las instituciones son como un apoyo para el mejor funcionamiento social, siendo que a pesar de que hay un sinnúmero de instituciones entre ellos las más importantes la familiar, educativa y que a su vez las instituciones se dividen en públicas y privadas dan apertura de que la mayoría de las personas de acuerdo a sus necesidades acudan a una institución que los apoye con sus problemas.

En este caso únicamente abordaremos dos instituciones una de ellas es del sector gobierno el cual es público y que no tiene un costo. Esta institución del sector gobierno es encargada de la prevención de enfermedades en la sociedad en donde funge un

papel importante para el cuidado de la salud. Mientras que la segunda institución hay tanto públicas como privadas, religiosos o no, los cuales son los asilos de adultos mayores encargados de los cuidados de estas personas en búsqueda de alguna protección o en algunos casos abandonos por los mismos familiares.

### **3.2.1 Centros de salud**

El centro de Salud es el establecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud y complejidad, orientado a brindar una atención integral de salud, en sus componentes de: Promoción, Prevención, y Recuperación. Estos Centros de Salud serán divididos en 2 tipos:

Tipo I: Centro de Salud sin Unidad de Internamiento y con Unidad de Ayuda al Diagnóstico.

Tipo II: Centro de Salud con Unidad de Internamiento y con Unidad del Centro Obstétrico y Quirúrgico, con énfasis en la atención madre-hijo.

Algunas de las funciones de los Centros de Salud son:

- Promover la participación activa de la comunidad para la ejecución de las acciones de salud y de desarrollo integral.
- Desarrollar actividades de promoción de la salud, prevención y recuperación de la enfermedad y de rehabilitación del paciente.
- Hacer la referencia y contra-referencia de pacientes según complejidad del caso y de acuerdo a las normas establecidas.
- Capacitar al personal del establecimiento de los puestos de Salud y a los agentes voluntarios de la comunidad de acuerdo a las necesidades del servicio.
- Desarrollar actividades que promuevan la salud del ambiente.

Se aborda de manera muy general éste punto aun cuando el tema del Sector Salud es muy amplio en la Ciudad de México, ya que el único objetivo es hacer un poco mención acerca de estas instituciones, puesto que no es un tema central que se tenga que hablar en esta investigación. Actualmente los Centros de Salud promueven la actividad física y la prevención de enfermedades a los Adultos Mayores por lo que constantemente están en pláticas por medio de Trabajadoras Sociales las cuales les enseñan cómo manejar el baumanómetro, la inyección de insulina, las dietas acordes a sus enfermedades, pero sobre todo la interacción con otras personas en actividades

físicas. Por lo que cada uno de los Centros de Salud tiene su propio plan de trabajo con este tipo de población.

### 3.2.2 Asilos

Constituyen una fase específica de la evolución de aquellas instituciones cuya función dentro de la sociedad ha sido “dar cobijo, custodiar, recluir” a individuos con fines dispares que van del socorro hasta la prevención, pasando por el tratamiento y hasta el castigo (Barenys, 1990 citado en Capítulo 2, pág. 34).

En Grecia, a partir del siglo VII, es el primer lugar donde se habla de instituciones caritativas destinadas al cuidado de ancianos necesitados (Olguín, 2000 citado en Capítulo 2, pág. 34). Su origen se asocia fundamentalmente a prácticas de carácter religioso llevadas a cabo en la civilización griega.

Mientras que en la Edad Media los germanos, escandinavos y celtas asumen de manera diferente la vejez. La primera fase está la familia que los podía auxiliar y en la segunda fase poco podía hacer la familia por ellos, cuando los ancianos tenían dinero y podían, pagaban un monasterio poniendo en salvación sus últimos días, alejándose del desprecio que generaban.

La mayor parte de asilos, hospitales, casas de retiro eran atendidos básicamente por personas religiosas, quienes creían en la necesidad de cuidar y ayudar a los ancianos, esta fue su idea central y motivo de origen. La historia de los asilos está estrechamente ligada a la historia de los hospitales y de una manera más general a las obras de caridad y de orden religioso. Si bien ha sufrido algunas modificaciones vemos algunas similitudes con la idea moderna de asilo que conocemos:

“Habría, pues, que situar los asilos de ancianos y las residencias de hoy en la corriente de los grandes movimientos sociales: representaciones colectivas, valores culturales en proceso de consolidación, opciones éticas que marcan puntos de inflexión en la historia de las mentalidades. Ellas han creado esos «enclaves» para personas que, por diversas razones, no pueden proveer su subsistencia y/o carecen de asistencia y techo familiares. Las instituciones asilares se proyectan, por tanto, sobre el telón de fondo de la asistencia tradicional a cargo del grupo primario familiar cuyo relevo toman parcialmente; al mismo tiempo tratan de paliar un problema social de mendicidad, vagabundeo y de inestabilidad del cuerpo social que la presencia abundante de «marginados» provoca. (Barenys, 1993: 156; citado en Capítulo 2, pág. 37).”

## CAPÍTULO 4. NECESIDADES EMOCIONALES

Paul Baltes (Baltes, 2000; Baltes y Smith, 2003) menciona que los ancianos-ancianos o conocido como cuarta etapa, con más de 85 años de edad deben de enfrentar una serie de problema, como lo son las pérdidas significativas de su potencial cognitivo y de la capacidad de aprender, una incidencia evidente de las discapacidades físicas, altos niveles de debilidad y aumento de la soledad. Compara los problemas de los ancianos-ancianos con las mejoras en el envejecimiento de los adultos con edades comprendidas entre los 60 y 80 años, presentando estos un potencial para alcanzar una buena forma física y cognitiva, mayores niveles de bienestar emocional y estrategias más eficaces para gestionar las pérdidas y ganancias que se producen durante la vejez.

La razón por la que se considera a la persona mayor como "vulnerable", es por su organismo que tarda más tiempo en recuperarse de cualquier proceso que afecte su normalidad. Pero para poder iniciar este capítulo sobre el desarrollo evolutivo del adulto mayor se comenzará mencionando cuatro teorías biológicas del envejecimiento:

1. **TEORÍA DE DETERIORO Y DESGASTE:** propone que el cuerpo, igual que cualquier máquina, se deteriora gradualmente hasta que termina por desgastarse totalmente.
2. **TEORÍA CELULARES:** explican el envejecimiento concentrándose en los procesos que ocurren dentro de las células y que pueden hacer que se acumulen sustancias nocivas o que las células se deterioren con una larga vida. Mientras que otras teorías celulares ponen en relieve los efectos destructivos que ciertas sustancias tienen en el funcionamiento celular. El envejecimiento se debe a los efectos acumulados de los radicales libres durante el ciclo vital, interviniendo en algunas enfermedades como la aterosclerosis y el cáncer.
3. **TEORÍA METABÓLICA:** se centran en algunos aspectos del metabolismo corporal para explicar el envejecimiento, dos procesos importantes son la ingestión de calorías y el estrés. Se sabe que quienes limitan las calorías que ingieren en una dieta bien balanceada viven más largo tiempo y sufren menos enfermedades. Otra variante es que se disminuye la capacidad del sistema regulatorio hormonal para adaptarse al estrés (Finch y Seeman, 1999) a, por lo que diversas investigaciones indican que los adultos jóvenes toleran niveles más altos de estrés que los adultos mayores (Awhitbourne,1999)
4. **TEORÍA DE LA MUERTE CELULAR PROGRAMADA:** establece que el envejecimiento es un proceso genéticamente programado. Es una posibilidad que va cobrando fuerza conforme la explosión del conocimiento de la genética humana prosigue develando los secretos del código genético.

Al envejecer surgen diversos cambios tanto cognitivos, como a nivel neuronal y fisiológicos, en estas cuestiones fisiológicas se ve la disminución de la estatura; de los 30 a 50 años de edad los varones pierden aproximadamente 1,25 centímetros y

posteriormente entre la edad de los 50 y 70 pueden perder otros centímetros más; en el caso de las mujeres puede ser de 5 centímetros entre los 25 y 75 años (Hoyer y Roodin, 2003; citado por John W. Santrock, pág. 625). Normalmente el peso corporal disminuye a partir de los 60 años de edad, lo que tal vez ocurra por la pérdida de masa muscular que también da lugar a un aspecto más blando del cuerpo. Los adultos ancianos se mueven más lentamente que los de menor edad, la capacidad para caminar con rapidez a lo largo de una distancia no solo requiere fuerza muscular, sino también la integración del estado de forma cardiovascular, la visión y la estabilidad postural (Morley, 2004; citado por John W. Santrock, pág. 626).

Con la edad se produce una reducción en la agudeza visual en conjunto con las distintas enfermedades oculares; el deterioro de la capacidad visual se debe, con frecuencia a una reducción en la calidad o la intensidad de la luz que alcanza la retina. La conducción nocturna se hace más difícil lo que se debe, en parte, a que disminuye la tolerancia a los brillos, la adaptación a la oscuridad se hace más lenta, por lo que los individuos ancianos tardan más en recuperar su visión cuando pasan de un ambiente bien iluminado a una semi-oscura. Las cataratas son una de las principales enfermedades que se presentan en las personas adultas, siendo que son el resultado de un aumento en el grosor del cristalino que produce que la visión se nuble, se distorsione y se vuelve opaca (Fujikado et al, 2004; citado por John W. Santrock, pág. 627), en un principio se puede tratar con el empleo de lente correctores y si empeora se puede solucionar con una sencilla cirugía. El glaucoma es una degeneración en el nervio óptico debido a la presión genética por un aumento de los fluidos en el globo ocular (Babaloa y otros, 2003; Mok Lee y So, 2004; citado por John W. Santrock, pág. 627). Y la degeneración macular la cual consiste en el deterioro de la mácula de la retina, que construye el foco central del campo de visión.

El problema auditivo no es considerado como algo muy marcado en la vejez, pero si se ha calculado que el 15% de la población de más de 65 años de edad padece sordera, lo que suele deberse a un deterioro en la cóclea, el receptor neuronal primordial para la audición que se encuentra en el oído interno (Olsho, Harkins y Lenhardt, 1985; citado por John W. Santrock, pág. 628). En donde la utilización de dos audífonos ajustados para corregir cada oído por separado puede en ocasiones ayudar a los adultos con problemas auditivos.

Como es cierto la mayoría de los ancianos pierden la mayoría de sus sentidos tanto del olfato como del gusto, incluso ambos (Schiffman, 1996; citado por John W. Santrock, pág. 628), está pérdida puede comenzar alrededor de los 60 años. Por lo que tienden a consumir alimentos mayormente condimentados, más dulces, picantes y salados con el fin de compensar el deterioro que experimentan sus sentidos (Hoyer y Roodin, 2003).

SISTEMA DE PERCEPCION	Anciano-joven (65 a 74 años de edad)	Anciano muy mayor (75 o más años de edad)
VISUAL	Se produce una pérdida de la agudeza visual incluso cuando se utilizan lentes correctoras. Disminuye la transmisión de luz a través de la retina (la mitad que en adultos jóvenes). Mayor sensibilidad al deslumbramiento. Disminuye la capacidad para diferenciar colores.	Se produce una pérdida significativa de la agudeza visual y de la capacidad para diferenciar colores. Disminuye la amplitud del campo de visión. A edades avanzadas, los individuos presentan un mayor riesgo de padecer enfermedades oculares, desde las cataratas al glaucoma.
AUDITIVO	Se produce una pérdida significativa de la capacidad para percibir sonidos de alta frecuencia, y pérdidas menores en la percepción de sonidos de frecuencia media. Esta reducción puede compensarse con el uso de audífonos. Existe una mayor sensibilidad a que el ruido impida oír con claridad.	Se produce una pérdida de la capacidad para percibir sonidos de alta y mediana frecuencia. Resulta más probable que se necesite utilizar un audífono que en el caso de los ancianos-jóvenes.

**Tabla 2** Santrock J. (2006). *Deterioro de las capacidades visual y auditiva en el anciano-joven y el anciano-mayor. [Cuadro]. Recuperado del Libro Psicología del Desarrollo, El ciclo Vital, pág. 628*

En la tabla se puede observar de una manera más específica y concreta el deterioro de las capacidades tanto visuales como auditivas en dos rangos de edad muy distintos, esto para poder entender de mejor manera este funcionamiento.

Esto nos lleva a cambios fisiológicos dentro del envejecimiento en lo que engloba el funcionamiento de las neuronas siendo que empiezan a tener una pérdida de neurotransmisores a lo que presenta cambios en la conducta, memoria, sueño y padecimientos como la enfermedad del Parkinson.

Comienza a ver una incidencia de enfermedades cardiovasculares en donde se presentan ataques cardiacos, latidos irregulares y la hipertensión aumenta drásticamente con la edad, por lo que las probabilidades de un accidente cerebrovascular (apoplejía) aumentan con la edad; esto es debido a la interrupción del flujo sanguíneo en el cerebro al bloquearse una arteria o al producirse una hemorragia. A menudo los adultos mayores sufren de ataques isquémicos<sup>14</sup> transitorios los cuales

<sup>14</sup> Isquemia: condición que impide que la sangre alcance los órganos y tejidos del cuerpo.



son señales de una apoplejía<sup>15</sup>. La naturaleza y la severidad del deterioro funcional, suelen depender del área afectada del cerebro. La recuperación de una apoplejía depende de muchos factores: grado y tipo de la pérdida, capacidad de otras áreas del cerebro para encargarse de las funciones perdidas y la motivación personal.

Como ya se mencionó la pérdida de los sentidos visual, olfativo, gusto, tacto, auditivo, son un momento de tensión para el adulto mayor siendo que al no poder escuchar claramente lo que la otra persona le está diciendo y responder algo que no se le preguntaba para la persona joven que entabla comunicación con el anciano, puede llegar a tomarlo de mal manera como burla o que simplemente no se le puso atención a lo que viene una desesperación por ambas partes sin tener la mínima paciencia; ahora bien, se debe mencionar que la pérdida auditiva si no es tratada a tiempo y de buena forma, puede causar una alteración a nivel memoria por lo que se puede empezar a presentar una demencia. La visión es otro factor de tensión para el adulto mayor el no poder ya trasladarse y el tener que depender de alguien más que lo guíe para realizar sus actividades cotidianas o en muchas ocasiones los mismos familiares deciden que para “salud” del anciano sea mejor que no se mueva y deje de hacer sus labores en lugar de buscar una opción médica en donde pueda que sea rescatable la visión del o los ojos.

Este tipo de problemas de salud pueden ser preventivos si se lleva un buen control de su salud y una dieta balanceada, claro está prevista por un médico calificado.

No se debe dejar atrás la práctica del ejercicio físico en esta etapa de adulto mayor. Por lo que los datos de los que se dispone acerca de los adultos mayores indican que se muestran más felices y sanas cuando más activas sean en su vida, por esto se ha planteado la posibilidad de que la práctica regular de ejercicio pueda dar lugar a una mejora del estado de salud en la vejez y a un aumento en la longevidad. Cada vez más los gerontólogos recomiendan que los adultos mayores practiquen ejercicios de entrenamiento de la fuerza junto con actividades aeróbicas, de estiramiento, yoga, etc. (Hunter, McCarthy y Bamman, 2004; Pennix y otros, 2002; Seynnes y otros, 2004). El ejercicio constituye una forma excelente de mantener un buen estado de salud, por lo que permite que los individuos vivan de manera independiente y con dignidad durante la vejez; a los 80, 90 e incluso 100 años de edad, la práctica de ejercicio físico puede ayudar a evitar que los ancianos sufran caídas o incluso que deban ser ingresados en residencias, poseer un buen estado de forma física implica que el individuo es capaz de hacer lo que desea, sin importar su edad. Revisiones recientes de los estudios

---

<sup>15</sup> Apoplejía: Síndrome neurológico de aparición brusca que comporta la suspensión de la actividad cerebral y cierto grado de parálisis muscular.



realizados sobre el ejercicio y el envejecimiento han llegado a las siguientes conclusiones (Singh, 20002, 2004):

- El ejercicio puede minimizar los cambios fisiológicos asociados con el envejecimiento y mejorar el estado de salud y el bienestar.
- El ejercicio puede optimizar la composición del cuerpo durante el envejecimiento.
- El ejercicio está relacionado con la prevención de enfermedades crónicas frecuentes.
- El ejercicio está asociado con un mejor tratamiento de numerosas enfermedades.
- El ejercicio está relacionado con el aumento de la longevidad.

A nivel cognitivo se dividirá en dos partes importantes que son la atención y la memoria. En la atención son tres aspectos los que se manejan dentro de los adultos mayores:

1. **ATENCIÓN SELECTIVA:** la persona debe centrarse en un aspecto específico de la experiencia que resulta relevante, al tiempo que se ignoran otros aspectos irrelevantes, al realizar tareas simples relacionadas con la búsqueda de una característica, como determinar si un objeto aparece en la pantalla de un ordenador.
2. **ATENCIÓN DIVIDIDA:** la persona debe concentrarse en más de una actividad a la vez. Cuando ambas tareas presentan una dificultad escasa, las diferencias de edad entre los individuos adultos son mínimas o no se aprecian, sin embargo, cuanto mayor sea la dificultad de las tareas que se realizan simultáneamente, menos eficacia mostrarán los adultos mayores a la hora de dividir su atención que los adultos de menor edad (Maciokas y Crognale, 2003; Wood, 2002; citado por John W. Santrock, pág. 648).
3. **ATENCIÓN SOSTENIDA:** es un estado de alerta que permite detectar pequeñas transformaciones que se producen de manera aleatoria en el entorno y responder a ellas. A esta se le denomina vigilancia.

El envejecimiento altera la memoria, pero no toda la capacidad memorística cambia de igual manera con los años (Balota, Dolan y Duchek, 2000; citado por John W. Santrock, pág. 649), las principales dimensiones de la memoria y del envejecimiento que han sido objeto de estudio son la memoria episódica, semántica, los recursos cognitivos, las creencias sobre la memoria y los factores no cognitivos como la salud, la educación o el estatus socioeconómico (Smith, 1996; citado por John W. Santrock, pág. 649).

1. **MEMORIA EPISÓDICA:** retención de información acerca del dónde y el cuándo de los sucesos de la vida (Tulving, 2000; citado por John W. Santrock, pág. 649). los adultos ancianos consideran que pueden recordar mejor los acontecimientos lejanos en el tiempo que los más cercanos y afirman con frecuencia que pueden recordar lo que les ocurrió años atrás, pero no lo que hicieron ayer. Sin embargo, las investigaciones concluyen de manera repetida que al contrario de lo que afirman estos individuos, en el caso de los adultos de mayor edad, cuanto más alejado en el tiempo este el recuerdo, menor será la exactitud con la que se

- recupere la información.
2. **MEMORIA SEMÁNTICA:** constituye el conocimiento que posee acerca del mundo. Este concepto incluye el campo en el que un individuo se considera experto, esta memoria parece ser independiente de la identificación con el pasado que muestre un individuo.
  3. **RECURSOS COGNITIVOS:** el número de habilidades mentales que puedan dedicarse a una tarea concreta es limitado. La memoria de trabajo constituye un banco de opciones que permite a los individuos manipular y combinar información cuando han de tomar decisiones, resolver problemas o comprender mensajes orales u escritos (Baddeley, 2000; citado por John W. Santrock, pág. 650). Por lo que la velocidad perceptiva (percibir detalles con rapidez y precisión), es decir, la capacidad para realizar tareas sencillas relacionadas con la percepción y la motricidad.
  4. **CREENCIAS:** un número creciente de estudios han determinado que las creencias y expectativas de los individuos con respecto a la memoria desempeñan un importante papel en su propia capacidad memorística (Cavanaugh, 2000; McDougall, 2004; citado por John W. Santrock, pág. 652).

Algunos aspectos de la memoria, aunque no todos, disminuyen durante la vejez. Esta reducción resulta más en la memoria episódica y en la de trabajo, así mismo, en la disminución de la velocidad perceptiva. Al envejecer de manera positiva no se eliminan las pérdidas de memoria, pero si se reducen y se mejora la adaptación del individuo a la nueva situación.

5. **EDUCACIÓN:** los adultos mayores de hoy en día, no solo tuvieron más probabilidades de acceder a la universidad cuando eran jóvenes que sus padres o abuelos, sino que cada vez más adultos de mayor edad retoman sus estudios universitarios para ampliar su formación académica, lo que no ocurriría con esta frecuencia en generaciones pasadas. Estos individuos pueden desear comprender mejor las características del envejecimiento, o tal vez aprender más en los cambios tecnológicos y sociales.
6. **TRABAJO:** a comienzos del siglo XXI, el porcentaje de hombres con edades superiores a los 65 años que siguen trabajando a tiempo completo es inferior al que se registraba al principio del siglo XX. Un importante cambio en los patrones de trabajo de los individuos de mayor edad es el aumento en los empleos a tiempo parcial (Elder y Pavalko, 1993). algunos individuos mantienen su nivel de productividad a lo largo de sus vidas, además algunos trabajadores de edad avanzada trabajan tantas o más horas que los empleados más jóvenes. La probabilidad de seguir trabajando se asociaba positivamente con los logros educativos y con el hecho de que la esposa también trabajara. La capacidad cognitiva es uno de los factores que mejor permiten el rendimiento laboral que presentará un individuo en la vejez, los trabajadores de edad avanzada presentan índices menores de absentismo, sufren menos accidentes y muestran un mayor grado de satisfacción con su empleo, comparados con los trabajadores

de menor edad (Warr, 1994).

La vida afectiva del adulto mayor se caracteriza por un aumento de las pérdidas, entendiéndolas como vivencias por las cuales siente que ya no tiene algo que es significativo para él a nivel real y subjetivo. Como parte de éstas mismas se refieren la pérdida de la autonomía (valerse por sí mismo, hacer lo que desea) y las pérdidas referidas a la jubilación, muerte del cónyuge y de seres queridos, las cuales afectan a todos los ámbitos e implican para el adulto mayor un proceso de elaboración de duelo.

Algunos estudios perciben la muerte como la última crisis de la vida, ya que es el punto culminante; todo se encamina hacia ella. Se podría ver la vida entera como una preparación para la muerte; aunque cuando se enfrenta se está ante la verdadera prueba de madurez de lo aprendido a lo largo de los años, lo cual puede ser llevado a la práctica en ese momento decisivo en el que se hace frente a duelos y rupturas difíciles, pero irremediables. Así este temor o miedo a la muerte será una especie de ansiedad al examen de la vida, al mayor de los exámenes, aunque también se esté ante el mayor de los miedos el cual se va acrecentando en la medida en que transcurren los años.

Con respecto a la soledad, según varios autores, constituye otro de los temores en esta etapa del desarrollo del ser humano, se refiere que la percepción de la misma depende de la red de apoyo social de que disponga el individuo y de los propios recursos psicológicos que posea. Entonces no debe ser asociada como un patrimonio de la vejez, sino que esto está en dependencia de la red de influencias sociales y culturales que entretejen la vida del adulto mayor.

Por lo que el desarrollo emocional del adulto mayor adquiere una significación especial que se enraíza en un manejo factible de las emociones y en la capacidad de expresarlas en toda su magnitud de una forma muy particular e irreplicable, de ahí que resulte muy importante comprender cómo se manifiesta y expresa la inteligencia emocional en esta etapa de la vida.

La mayoría de las personas puede esperar que su vida se extienda por más años, pero desgraciadamente esta vida puede verse dificultada por la existencia de trastornos mentales durante la vejez. Esta posibilidad supone de problemas para el individuo y resulta costosa para la sociedad, debido a estos trastornos que presentan los individuos dependen en gran medida de la ayuda y los cuidados que otros les proporcionan.

La depresión es un factor importante para esta etapa adulta mayor siendo que se diagnostica generalmente a partir de cinco grupos de síntomas que deben haber persistido al menos 2 semanas, de acuerdo al DSMIV: sentimientos y cambios físicos. Igual que entre los jóvenes, el síntoma más importante en los adultos mayores es la tristeza o inquietud, cuyo nombre técnico es disforia. Mientras que las personas más jóvenes clasifican esas sensaciones como “sentirse deprimido”, los adultos mayores dicen sentirse “desvalidos” o en términos de salud física “sentirse cansados” (Wolfe, Morrow y Frederickson, 1996).

El segundo grupo de síntomas incluye alteraciones físicas como inapetencia, insomnio y disnea (ahogo o dificultad en la respiración), (Whitbourne, 2000). Existen dos escuelas principales del pensamiento; una de ellas se centra a los procesos biológicos y psicológicos, sobre todo en los desequilibrios de ciertos neurotransmisores, se basa en la farmacoterapia. La segunda escuela se centra en los factores psicosociales, como la pérdida y los sistemas de creencias internas. Es la interpretación personal de la pérdida y no el hecho mismo el que provoca la depresión, aunque varios tipos de pérdida se relacionan con la depresión: muerte del cónyuge, pérdida del empleo, enfermedad, etc.

Sin importar la severidad de la depresión, el tratamiento produce efectos benéficos a menudo con una combinación de medicamentos y psicoterapia (Qualls, 1999; Wolfe et al., 1996). Los medicamentos surten efecto alterando el equilibrio de determinados neurotransmisores del cerebro. En casos muy severos de depresión conviene administrar algunos de ellos: antidepresivos heterocíclicos<sup>16</sup>, son peligrosos en caso de sobredosificación voluntario o accidental, puede resultar mortal, por mencionar algunos de ellos son los inhibidores de la monoaminoxidasa o inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, desarrollados para buscar una mayor especificidad sobre el sistema serotoninérgico<sup>17</sup>.

La psicoterapia es un método generalizado de tratar la depresión, se basa en la idea de que conviene concentrarse en sus aspectos psicológicos, dos tipos de psicoterapia que han funcionado bastante bien para el tratamiento de éste padecimiento serían:

1. TERAPIA CONDUCTUAL: los pacientes reciben pocos premios o reforzamiento del ambiente; de ahí que se proponga aumentar las cosas positivas que ocurren y reducir al mínimo las negativas (Lewinsohn, 1975) el aumento de sucesos positivos y la disminución de los negativos se consigue con la práctica y con tareas en casa durante la terapia.
2. TERAPIA COGNOSCITIVA: la depresión proviene de creencias o cogniciones negativas referentes a la propia persona. En esta perspectiva el paciente se considera inadecuado e indigno, el mundo se le antoja insensible y poco satisfactorio.

En las etapas de la niñez, la adolescencia y la juventud, las mujeres muestran mayores índices de depresión que los hombres (Nolen-Hoeksema y Ahrens, 2002). En un estudio longitudinal se mostró que los hombres mostraban mayores síntomas depresivos entre los 60 y los 80 años de edad; en este contexto los hombres pueden haber experimentado cambios más profundos en sus roles tras haber cumplido los 60 años de edad, pues resulta más probable que se hayan jubilado y abandonado su participación activa del mundo laboral (Barefoot y otros, 2001).

---

<sup>16</sup> Travè Rodríguez AL, Reneses Sacristán A (2002); Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión; Del Sistema Nacional de Salud Vol.26-Nº 1-2002

<sup>17</sup> Serotonina: Sustancia que está presente en las neuronas y realiza funciones de neurotransmisor.

Los factores más comunes que permiten predecir la existencia de una depresión en adultos de edad avanzada son los síntomas depresivos previos, el mal estado de salud, las pérdidas personales, como el fallecimiento del cónyuge, y un bajo nivel de apoyo social (Kraehenbuhl et al 2004; Loughlin, 2004; Nolen-Hoeksema y Ahrens, 2002; Steck y otros, 2004; Wetterling y Junghanns, 2004).

La depresión constituye un trastorno que se puede tratar, no solo en adultos jóvenes, sino también en ancianos (Crossett, 2004; Rabheru, 2004). Desgraciadamente el 80 por 100 de los adultos ancianos con síntomas de depresión no reciben ningún tipo de tratamiento. La combinación de medicación y psicoterapia produce mejoras significativas en casi cuatro de cada cinco adultos mayores con depresión (Koenig y Blazer, 1996).

La depresión, es una enfermedad común, prevalente en los Adultos Mayores (AM), con alta tasa de suicidios, que no es parte necesaria del envejecimiento y cuyos síntomas en esta etapa de la vida suelen pasar desapercibidos. Los AM que desarrollan este tipo de trastornos psiquiátricos, tienen determinadas características a ser tenidas en cuenta: antecedentes depresivos previos, enfermedad médica incapacitante, sobre todo aquellas que implican un cambio brusco respecto al nivel previo, enfermedad dolorosa, pérdida reciente de cónyuge, cambio de domicilio habitual e ingreso a residencias para ancianos.

Por lo que estos pacientes presentan: estado de ánimo deprimido, sentimiento de tristeza o vacío, pérdida o incapacidad de experimentar placer en las actividades que antes lo provocaban, falta de energía, cansancio, fatiga, decaimiento, cambios en el apetito o peso corporal, cambios en el patrón de sueño, cambios en la actividad sicomotora, tanto enlentecimiento como agitación, sentimientos de infravaloración, desesperanza, baja autoestima, dificultades para pensar, concentrarse, tomar decisiones.

La enfermedad del Alzheimer constituye la forma más común de demencia, la cual se integra como un trastorno progresivo e irreversible caracterizado por el deterioro gradual de la memoria, el razonamiento, el lenguaje y el funcionamiento físico.

Esta enfermedad hace que el paciente deje de ser un ser humano pensante y comunicativo para convertirse en una víctima confusa y decrépita que no reconoce a sus parientes ni a sus amigos. Los síntomas principales de esta enfermedad son un deterioro gradual de la memoria, del aprendizaje, atención y juicio; confusión del tiempo y del lugar; problemas para comunicarse y encontrar las palabras adecuadas, descuido de la higiene personal y de las habilidades relativas al cuidado de sí mismo; conducta social inapropiada y cambios de personalidad. El deterioro varía ampliamente de un paciente a otro, aunque el avance suele ser más rápido cuando se inicia en los primeros años de la adultez (Wilson et al., 2000). De ahí la dificultad de generalizar respecto al nivel del deterioro basándose exclusivamente en la fecha del diagnóstico.

Así mismo es difícil predecir cuanto tiempo sobrevivirá el paciente, lo cual viene a intensificar el estrés del cuidador (Cavanaugh y Nocer, 1994).

Las autopsias han mostrado que resulta tres veces más frecuente encontrar signos reveladores de la presencia de nudos y placas propios de la enfermedad de Alzheimer en los cerebros de individuos con enfermedades cardiovasculares.

El deterioro cognitivo ligero constituye un estado de transición entre los cambios cognitivos normales propios del envejecimiento y las primeras fases de la enfermedad del Alzheimer y de otros tipos de demencia (Grundman y otros, 2004). Los sistemas de escáner cerebral especiales, como la imagen por resonancia magnética (IRM), pueden detectar cambios en el cerebro que caracterizan a las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer incluso antes de que se desarrollen los síntomas (Li y otros, 2002); recientemente, un complejo test de orina denominado “Al test de la proteína de la cadena neural” ha servido para predecir la incidencia de Alzheimer en algunos individuos dos años antes de que aparecieran síntomas como la pérdida de memoria, si los resultados de esta prueba son positivas, se pueden adoptar medidas preventivas que retrasen el deterioro cognitivo que dicha enfermedad produce.

El Parkinson es una enfermedad representada como otro tipo de demencia. Es caracterizada por su naturaleza degenerativa y por los temblores musculares, la ralentización de los movimientos y parálisis fácil parcial. Tiene su origen en el deterioro de las neuronas que generan dopamina (Husiman, Uylings y Hoogland, 2004; Monge y otros, 2004; Silverdate y otros, 2004; citado por John W. Santrock, pág. 667). Se desconocen actualmente las causas por las que se produce el deterioro de dichas neuronas.

El principal tratamiento para dicha enfermedad, consiste en la administración de medicamentos que acentúan el efecto de la dopamina (agonistas de la dopamina) en las primeras fases de la enfermedad; posteriormente se administra el medicamento denominado L-dopa, que el cerebro transforma en dopamina. Suele resultar difícil determinar la dosis adecuada, puesto que pierde su eficacia con el tiempo y cuya sobredosis puede dar lugar a síntomas esquizofrénicos (Sammi, Nutt y Ransom, 2004; citado por John W. Santrock, pág. 667).

Otros factores a mencionar importantes en esta etapa de adulto mayor son: el trabajo, la jubilación y la viudez, los cuales.

En algunos casos, se embarcan en un tipo de trabajo completamente diferente o continúan ejerciendo su ocupación anterior a un nivel reducido. Muchos adultos mayores efectúan labores no remuneradas como voluntarios o como miembros activos de asociaciones benéficas. Estas opciones permiten que los individuos de edades avanzadas disfruten de oportunidades para realizar actividades productivas, interactuar socialmente y poseer una identidad positiva.



Esto va de la mano con la jubilación, una manera de definirla es que consiste en separarse por completo de la fuerza laboral; aunque existen muchos pensionados que siguen trabajando medio tiempo (Mutchler et. al., 1997).

Siendo esto un proceso que se describe como “tajante” (dejar de trabajar y así romper con el empleo) o “gradual” (dejar el empleo y retornar a él, con algunos periodos de desempleo) (Mutchler et al., 1997). El concepto de edad normal de jubilación se sustituye por varias edades, y esto viene a diluir aún más el significado de jubilación “temprana” o “tardía”. (Cornman y Kingson, 1996). Para tener en cuenta esos cambios, los investigadores describen una fase de transición de puesto profesional, la carrera a que uno se ha dedicado en la mayor parte de la adultez, y un trabajo puente, que se tiene entre el abandono del puesto profesional y la jubilación definitiva.

Los adultos mayores que se adaptan mejor a la jubilación presentan un mejor estado de salud, tienen un ingreso adecuado, se mantienen activos, poseen una mejor formación académica, disponen de una red social más amplia en la que se incluyen amigos y familiares, y normalmente, se muestran satisfechos con la vida que han tenido antes de la jubilación (Gall, Evans y Howard, 1997; Moen y Quick, 1998; Palmore y otros, 1985).

Esta adaptación puede resultar más complicada para los adultos mayores con menores ingresos o con un peor estado de salud que, además, deben adaptarse a otros factores de estrés que se producen de manera simultánea a la jubilación como el fallecimiento del cónyuge (Dunlop y otros, 2004; Gallo y otros, 2004; Silva, 2004).

La jubilación como bien se menciona anteriormente es algo que para muchas personas a la edad de los 60 años aproximadamente empieza ser preocupante por los factores económicos, sociales y emocionales. Hacerse preguntas como el que harán, si el dinero no les alcanza, en que van a trabajar o hacer cotidianamente, etc., es importante saber que, así como hay personas que piensan de esa manera y no buscan soluciones hay otras que piensan de forma positiva.

Por ejemplo, una psicóloga de unos 50 años de edad aproximadamente, está pensando actualmente por su jubilación después de 28 años de trabajo como psicóloga clínica en un centro de salud, la cual menciona que cuando se jubile conocerá todos los museos que le sea posible visitar. En lo que se quiere hacer énfasis es que, así como ella hay más personas que buscan alternativas para salirse y realizar actividades deportivas o culturales para mantenerse ocupados y estar al pendiente de su salud física y emocional; cosas que mientras trabajaban descuidaron por algún tiempo.

Por último, la viudez, en donde, aunque viudos y viudas sufren una pérdida económica, las mujeres sufren más porque los beneficios del superviviente suelen reducirse a la mitad de la pensión del marido (Martin-Matthews, 1999; Smith y Zick, 1996).

Algunas personas viudas contraen segundas nupcias por muchas razones entre ellas, la necesidad de compartir y de seguridad económica. Los viudos tienen cinco veces más probabilidades de casarse que las viudas (Lee, Willetts y Seccombe, 1998).

En la siguiente tabla se podrá observar tres teorías sobre los cambios sociales que se presentan ligados al envejecimiento.

	Teoría de la desvinculación	Teoría de la actividad	Teoría de la continuidad
AUTOR	Cumming y Henry (1961)	Tartler (1961)	Atchley (1971)
FUNDAMENTACIÓN	Lo natural es la desvinculación del entorno. Envejecimiento satisfactorio cuando la sociedad ayuda al individuo a abandonar sus roles sociales y obligaciones.	A mayor actividad, mayor satisfacción. La sociedad es responsable de la pérdida de actividad, ejemplo la jubilación.	Continuidad en los estilos de vida de otras etapas. Se mantienen los mismos estilos, pero acentuados. Requisito para un envejecimiento satisfactorio: permitir esa continuidad.
ASPECTOS QUE NO CONSIDERA	Importancia de factores endógenos (dentro de la persona o de su medio).  Desvinculación selectiva (solo de algunos aspectos).  Desvinculación transitoria en determinados	No todos poseen la capacidad suficiente para reorganizar su actividad tras la jubilación.  La falta de refuerzos positivos de la sociedad conlleva desesperanza.	



	periodos.		
--	-----------	--	--

**Tabla 3** Teorías sobre cambios sociales ligados al envejecimiento. [Cuadro]. Recuperado de Unidad 2 El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales, pág. 26

En este apartado se hará mención de una película llamada “No quiero dormir sola” (Beristáin Natalia, 2013). La cual muestra cómo existen familias que no se hacen responsables de su familiar anciano y los cambios sociales que van siendo partícipes a la vida cotidiana de estos adultos mayores principalmente de la protagonista quien tiene que lidiar con los cuidados de su nieta, por lo que cae en un aislamiento y en una depresión, en donde la persona decide no cuidarse y adentrarse a alguna adicción específica cómo podría ser el alcoholismo, la farmacodependencia; existiendo una pérdida de interés en la imagen propia y de sus actividades cotidianas que realizaba; se percibe una pérdida de la memoria (Alzheimer) lo que la lleva a una regresión de su vida en donde ella se sentía segura y cómoda con la vida que llevaba; se presentan también insomnios y se empieza a ver una necesidad de parte de estos insomnios o ansiedades cuando alguna persona cercana o lejana se presenta para ayudarla se observa un rechazo (es por eso que en muchas ocasiones los familiares se ven a la necesidad de los abandonos en algún asilo en donde puedan ser atendidos mientras den una cuota a la institución en donde se encuentre o inclusive los abandonan en la calle).

Los adultos mayores suelen ser considerados como una carga para los familiares; es por eso que esta película se muestra como su única nieta es la que se hace cargo de la abuela de manera esporádica siendo ambas unas adictas al alcohol, la nieta no tiene un sustento económico bueno, pero aun así decide internar a la abuela para que ahí le tengan un control de sus medicamentos y su alcoholismo. Posteriormente la nieta se percata de que la abuela ya no quiere vivir por lo que ella decide darle y ofrecerle lo mejor en todos los sentidos los últimos días de su vida para que así lo disfrute, dándole una muerte sana (por ponerle un término) al calmar su dolor el día de su cumpleaños siendo el mismo día en el que muere.

Mostrando una diferencia entre la atención brindada en los asilos en donde hay una mejor atención médica y a nivel de compañía o personal, por lo que no brindan mucho afecto a lo que los lleva a una baja estabilidad emocional en el anciano, mientras que en el hogar o con la familia existe más afecto teniendo una mejor estabilidad emocional y existe una atención a sus cuidados de salud.

Dentro de un paradigma cognitivista, donde las emociones son variables debían ser controladas. Las complejas conductas implicadas en procesos básicos de adaptación no dependen únicamente de mecanismos cognitivos básicos sino, de manera fundamental, de procesos de naturaleza AFECTIVA-MOTIVACIONAL, papel protagonista en la formación de estructuras de conocimiento construidas a lo largo de las interacciones entre individuos y entorno.

Los procesos emocionales tienen un papel central en los procesos de adaptación de las personas al envejecimiento, esto a nivel físico-biológico, social, etc., las emociones negativas y la inhibición de su expresión son aspectos básicos del funcionamiento psicológico que influyen en: originar, mantener o exacerbar un problema de salud.

Los índices de bienestar subjetivo mental no sólo no decaen, sino que podrían aumentar siguiendo una trayectoria evolutiva inversa a la experimentada por las capacidades biológicas y cognitivas básicas. Hay cambios asociados a la edad en diferentes facetas de la experiencia emocional desde el:

- Cómo experimenta la emoción.
- Cómo expresa su emoción a nivel motor y conductual.
- Fisiológico o reacciones neurofisiológicas que acompañan a la experiencia emocional.

Actualmente a nivel fisiológico hay una disminución de actividad del Sistema Nervioso Autónomo (inervación vagal del corazón) de la reactividad cardíaca ante estímulos emocionales. A nivel expresivo los patrones de expresiones faciales ante tareas de recuerdo de situaciones, emiten conductas expresivas de afecto positivo y menos de afecto negativo en situaciones de discusión de conflictos de pareja. Es decir, se preocupan por mostrar afecto positivo ante las personas. Por lo que las expresiones en las personas adultas mayores son más difíciles de decodificar debido a los cambios estructurales faciales asociados a la edad y a reducción de actividad muscular facial ante imágenes emocionales.

Esto nos lleva a que las personas adultas mayores son más eficaces que los jóvenes para resolver conflictos sociales que conllevan una gran carga emocional, adaptando mejor sus estrategias de solución de problemas.

Debido a las estrategias preventivas centradas en los antecedentes de la emoción son más adaptativas es decir más afectivas a la menor experiencia subjetiva, que las centradas en la respuesta, como ejemplo, la activación fisiológica.

La trayectoria evolutiva se dirige hacia modos conservadores de energía emocional, teniendo:

- Mayor peso de lo afectivo con la edad en el funcionamiento adaptativo de los individuos.
- Menor negatividad de las experiencias emocionales.
- Mayor orientación general (adaptativa) hacia lo emocionalmente positivo o atenuación de las emociones negativas tanto en el funcionamiento de la memoria como de la atención.

Las enfermedades mentales son parte importante dentro de las necesidades emocionales, cuando la persona envejece se encuentra ante múltiples situaciones que

resultan desconcertantes para la persona y poco o nada comprensible para los demás, con mayor razón si tienen origen en ciertas patologías de fuerte impacto psicológico o emotivo. Cabe recordar que el proceso de envejecimiento, en donde se sufren cambios físicos, mentales y de cualquier otra índole, se inicia desde el momento en que se nace.

Por mencionar algunas enfermedades mentales; la Depresión, es la más frecuente siendo que a cualquier edad se presenta, pero es más visible en la senectud en donde se considera como característico el humor quejumbroso y gruñón, pero sin descartar que en ocasiones esta enfermedad puede pasar inadvertida y por lo cual no se recibe tratamiento alguno. Se sabe que alrededor del 6 u 8% de los maniacodepresivos (fases de excitación maniaca y depresión melancólica) enferman por primera vez en edades superiores a los 60 años. La desnutrición es un factor de mayor relevancia, por los síntomas predominantes de la enfermedad depresiva se destaca la anorexia ya que agudiza la desnutrición que por sí misma puede causar mayor apatía e indiferencia, provocando un círculo vicioso.

Esta enfermedad se asocia con molestias físicas, puede no ser identificada e incluso considerarse en algunas de sus manifestaciones como “lo normal”, esto acontece a los cambios de humor y en actitudes hostiles o a la confusión mental que puede presentarse en algunos cuadros.

En algunos casos son básicamente endógenos y requieren de tratamiento psiquiátrico independiente de la condición, suele ser difícil de juzgar si las quejas de los ancianos tienen su origen en trastornos físicos, psiquiátricos o en situaciones mixtas, por lo que, las crisis depresivas son peligrosas porque durante ellas el sujeto puede presentar tendencias suicidas, sobre todo si hay antecedentes de hipocondría.

Esto nos lleva a lo que es la manía, la cual significa locura (griego), esta es una enfermedad mental caracterizada por exaltación del tono afectivo o emocional, hiperirritabilidad, hiperideación e hiperactividad. Esta suele iniciarse con síntomas de hiperactividad, verborrea y fuga de ideas, en donde la persona suele mostrar euforia vacía, usar un lenguaje repetitivo y vulgar, muestra hostilidad y resentimiento con actitudes fuera de contexto.

La mayor parte de los síndromes maniacos que ocurren en la ancianidad pueden considerarse como funcionales y aunque la enfermedad avanza hacia la cronicidad el deterioro intelectual no es rápido.

Otra enfermedad mental es la Neurosis, la cual se emplea para designar las alteraciones o afecciones funcionales del sistema nervioso, sin lesión demostrable y de menor gravedad que la psicosis, por lo que también se denominan psiconeurosis. Esta es un trastorno de adaptación, inmadurez emocional, extrema sensibilidad y marcada

vulnerabilidad: la mayor parte de las personas que presentan un cuadro neurótico en la ancianidad han tenido otros episodios a lo largo de la vida.

En la vejez, la reacción al estrés o tensión emocional no se manifiesta como un miedo, sino como una verdadera angustia, invalidante y a menudo acompañada de síntomas depresivos. Muchas personas en las tres primeras décadas de la vida mostraron desánimos y tristeza, al llegar a la tercera edad se hacían pesimistas, deprimidos, egocéntricos, cuando no impulsivos y alcohólicos como se pudiera observar con algunas personas actualmente en algunos casos suelen presentar las mismas características.

Por último, se puede hablar de la paranoia, son ideas definidas como la falsa creencia del adulto mayor de que las personas le son hostiles, quieren hacerle algún daño, le persiguen o se oponen a sus ideas. Estos estados paranoides pueden ser originados por factores genéticos, psicológicos, somáticos y sociales, en una amplia gama en donde la combinación de estos factores se une y actúan produciendo el mismo cuadro clínico.

Es referente que los adultos mayores afectados por la paranoia vivan de manera aislada, al igual de que carezcan de familiares, suelen llegar a tener trastornos físicos como la sordera u otras que pueden llegar a alterar la comunicación y por eso lleguen a causar un estado paranoide.

Dentro de este apartado es conveniente abordar el tema de lo que es la muerte y lo que significa para el adulto mayor es por eso que se iniciará por mencionar y abordar lo que es la agonía, la cual se emplea para designar la lucha que sostiene el individuo entre la vida y la muerte, lo que implica la declinación del estado general del paciente que culmina en la muerte, siendo que se trata de la situación en que la presión arterial descende de una manera progresiva y hay marcada insuficiencia respiratoria, aunque en algunos casos estos síntomas no se hacen presentes, en el caso del enfermo o en el anciano quien sabe que va a morir sostiene la lucha. Los ancianos se encuentran más cerca de la muerte aun cuando sus manifestaciones quedan enmascaradas por temores que unidos a las múltiples dudas, incertidumbres y miedos del personal que los atiende.

Para esto hay un equipo de salud y muerte en donde la preparación que tienen los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, gericultistas, etc., son dotados por la sociedad de atribuciones tales que se les coloca en primer plano entre los obligados a hacer valer los derechos del anciano el cual sano o enfermo, tarde o temprano habrá de morir. Estos son capacitados para aplicar una gran cantidad de procedimientos a fin de prolongar la vida, no siempre con el propósito de ofrecer una atención sin lástima en

especial si este tiene enfermedad avanzada si no de darles tranquilidad y brindar una buena calidad de vida.

## 4.1 Voluntad del anciano

El estado funcional es la capacidad que tiene el individuo para desempeñarse en las diferentes áreas, física, mental, social. La evaluación funcional es una herramienta que valora los diferentes componentes que pueden afectar el estado funcional del paciente anciano, permite evaluar y objetivar el grado de independencia, facilita el seguimiento y la evaluación de los tratamientos, estando íntimamente relacionado con la calidad de vida y el costo asistencial. Se basa en un abordaje integral, con el objetivo de detectar problemas físicos, cognitivos, y psicosociales, y planear estrategias de cuidado.

De acuerdo con Rowe y Khan, para un buen envejecimiento es necesario: evitar la enfermedad, comprometerse con la vida y mantener la actividad cognitiva y física, que deben ser tenidas en cuenta para planificar acciones de prevención. Las diferentes acciones propuestas serán:

- Fomentar la autonomía física, en las actividades de la vida diaria básicas (alimentación, continencia, uso del sanitario, vestido y baño), instrumentales (cocinar, realizar compras, tareas domésticas, utilizar el teléfono, lavar la ropa, viajar, tomar medicamentos, administrar los gastos personales). En este aspecto son esenciales: el ejercicio físico que debe fomentarse en todos los casos de acuerdo a las capacidades del AM
- El compromiso activo y productivo con la sociedad es un componente central de una vejez exitosa.
- El buen nivel educativo, el ejercicio y la participación social son factores protectores de la depresión.

Dentro de este estado funcional es importante mencionar la identidad de los adultos mayores por lo que en nuestra sociedad la consolidación de la identidad está asociada a la asunción de las tareas adultas y específicamente al ingreso al mundo del trabajo. Su consolidación favorece la definición de los límites, tanto individuales como sociales, el sentido de pertenencia y la adjudicación de responsabilidades. “La identidad sirve para organizar la interpretación de las experiencias asignándoles un significado subjetivo que puede ser modificado por la propia experiencia” (Moraga, 1991; citado por Zapata Farías Hernán, pág. 190).

En el caso del adulto mayor esta capacidad, proveniente de la consolidación es la que se ve mayormente afectada, siendo que la persona AM pierde el principal referente de identificación, generalmente es el rol que entrega el puesto laboral o las tareas propias del adulto. La identidad que entendida como proceso puede avanzar hacia la consolidación es también un proceso que puede involucrar lo que la diferencia de un estado. Si bien el reconocimiento del yo individual, es decir quién soy hoy, quién fui ayer y quién seré mañana está mantenido, la función de la identidad social se ve alterada y por lo tanto lo que plantea Maritza Montero (1993); citado por Zapata Farías Hernán, pág. 191, en relación a que a la identidad social da una referencia a la definición individual un sentido y proyección histórica.

La incapacidad social del adulto mayor para reconocerse a sí mismo ha llevado al adulto mayor a identificarse en torno a parcialidades, por ejemplo, el ser una persona diabética, hipertensa u otra característica de este tipo que evidentemente la persona al estar asumida no logra identificarse ni sentirse integrada.

Existen opiniones que coinciden en que la participación en organizaciones comunitarias permite al adulto mayor canalizar adecuadamente su tiempo libre y al mismo tiempo contribuir a mejorar su calidad de vida. La actividad comunitaria es una opción válida para aportar soluciones a los adultos mayores (Romo, Ma. 1999; citado por Zapata Farías Hernán, pág. 191). Esta forma de integración permite al adulto mayor contactarse con su grupo de pares y compartir más allá de la carencia, desarrollando potencialidades a partir de éste contacto. Parte importante de las características asociadas a la vejez parecen responder en gran medida a un proceso de construcción social y por lo tanto a los mitos creados en torno a ésta, puesto que han contribuido sustancialmente a separar a los viejos del resto de la sociedad y a la responsabilidad especialmente del mito de la pasividad asociado a esta edad. Actualmente una persona de 60 años tiene aún, todo un horizonte por delante y la sociedad no se ha preparado para brindar el espacio acogedor que legítimamente les pertenece y no deberían estar reclamando.

A consecuencia del paso de los años en la edad adulta se crea una dependencia a los cuidados debido a las enfermedades que padezca por lo que el entorno familiar va a tener mayor claridad de la situación. Sin embargo, también puede aparecer de forma progresiva y lenta, cuando, por ejemplo, surgen algunas dificultades aisladas y paulatinas: pérdida de visión o audición, dificultades para hacer algunos movimientos como salir de la tina, abotonarse la camisa. La dependencia entonces es más difícil de medir y de percibir, tanto por el entorno familiar como por la persona afectada. Se aprecia cuando la comunicación cotidiana va perdiendo sentido, coherencia y eficacia, y la conversación se hace casi imposible. Las personas afectadas comienzan a ser incapaces de expresar sus necesidades y de cuidarse a sí mismas.

Las desorientaciones se multiplican y las demandas de compañía, también. Estos síntomas, a veces difíciles de descifrar, deben entenderse como llamadas de atención. Las personas mayores ven a menudo desaparecer a sus amigos. La ausencia más grave es la del cónyuge. La sensación de soledad que producen estas pérdidas viene acompañada por una legítima inquietud: “¿Cuándo me tocará a mí?”. Esta forma de dependencia se manifiesta en la necesidad de la persona mayor de estar siempre acompañada y estimulada para relacionarse con los demás.

El cuidado y la ayuda pueden generar en ocasiones una mayor dependencia. Es necesario mejorar el ambiente físico y social para disminuir esta situación.

Un ambiente físico estimulante, con suficientes ayudas técnicas que conjuguen de manera adecuada la autonomía con la seguridad, contribuye a que las personas mayores tengan un funcionamiento óptimo en sus tareas cotidianas.

El ambiente social puede favorecer o prevenir la dependencia. Las actitudes y la forma de comportarse de los familiares y el entorno social más próximo ante el deterioro de la salud de las personas de edad avanzada influyen en el grado de autonomía e independencia que muestran.

Las conductas de los familiares que pueden agudizar la dependencia son las siguientes: con el fin de ayudar a la persona mayor en sus problemas de autonomía, los familiares hacen en ocasiones distintas tareas por ellos. En principio, esta situación es positiva. Sin embargo, no lo es tanto cuando esta sustitución se produce en actividades en las que aún pueden valerse por sí mismos, aunque sea de manera parcial.

Cuando las personas mayores se consideran independientes para realizar alguna actividad y se valen de sus propios medios, los cuidadores a veces les amonestan o critican por haberse comportado así.

Es habitual que cuando la persona mayor se desenvuelve con autonomía en tareas como vestirse u ordenar su habitación, entre otras y no demanda ayuda de los demás, suele pasar desapercibida y se ignora su comportamiento autónomo, no reconociendo su esfuerzo.

Lo que interesa es que se mantenga al adulto mayor activo sin generar tanta dependencia al cuidador a cargo por lo que al favorecer la autonomía, también beneficia al cuidador. Es posible que algunas personas piensen que llevar a cabo las sugerencias anteriores significa “aún” más tiempo del que ya empleaban para cuidar a su familiar. Estas dudas son razonables. De hecho, es probable que al principio consuman más tiempo. Sin embargo, este esfuerzo se verá recompensado a medida que aumente la satisfacción cuando se vea a la persona mayor dependiente mantener



cierta autonomía y expresando satisfacción al juzgarse a sí misma como una persona útil que puede realizar actividades que le permitan mantener su dignidad.

#### **4.1.1 Autonomía**

El mantenimiento de la autonomía en edades avanzadas y la atención a la dependencia son uno de los principales retos a los que se han de enfrentar las sociedades desarrolladas, especialmente las sociedades envejecidas en las que el número de personas mayores cada vez es más elevado. La pérdida de la autonomía en la vejez es una problemática que se afecta especialmente no sólo a las personas mayores que sufren el problema, ya que ven mermada su calidad de vida y en muchos casos también su autoestima, sino también a las familias de las personas afectadas. Son precisamente las familias las que han de asumir la gran mayoría de los cuidados y en quienes recae la tarea de tratar que la persona afectada preserve al máximo los niveles de autonomía a los que todavía puede acceder.

La autonomía, entendida como la capacidad de las personas para realizar actividades cotidianas fundamentales sin necesidad de ayuda, y para administrar su propia vida y tomar decisiones sobre aspectos relevantes que les afectan; sin embargo, la discapacidad y las necesidades de asistencia y cuidados a personas con dependencia son fenómenos que han existido siempre y al que todas las sociedades han tratado de dar respuesta de una u otra manera. De esta manera, la atención a las necesidades de las personas con dependencia plantea retos y genera problemas a muchos niveles, como:

- La pérdida de la autonomía personal es uno de los mayores miedos de la persona, tener que depender de otros para actividades cotidianas, puede producir una pérdida de autoestima.
- Desde lo familiar y social, supone una carga de trabajo importante, la cual repercute en la salud, la vida social y la vida laboral del cuidador.
- Desde un punto de vista político e institucional, las presencias de recursos brindan atención a la dependencia que puedan ofrecer los cuidados con la suficiente extensión y calidad para liberar a las familias de parte de sus cargas.

Las diferentes formas de entender la discapacidad y la dependencia pueden clasificarse en función de dos modelos en cierta medida opuestos:

1. El modelo médico, parte del hecho de la dependencia de ciertas personas las cuales pueden llevar a cabo actividades cotidianas que habitualmente se ejecutan de manera autónoma en una situación final de un proceso. Las



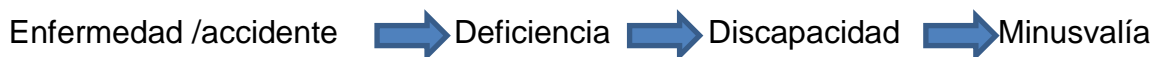
patologías que causan una dependencia pueden ser de muchos tipos, como ejemplo una enfermedad, una lesión o amputación o un proceso degenerativo; en cualquier caso, esa patología, cuando es lo suficientemente grave, se manifiesta en una incapacidad de la persona para llevar a cabo ciertas actividades (lo que se conoce como discapacidad) para lo que puede requerir la ayuda de terceros. Por lo que, la atención sanitaria se considera la cuestión primordial y, desde el punto de vista político, las respuestas ante la discapacidad y la dependencia se centran en la modificación y optimización de los sistemas de salud.

2. El modelo social, la discapacidad no es un problema estrictamente individual, sino un fenómeno sobre todo social. Su aparición no únicamente depende de una condición de salud alterada (una enfermedad, un proceso degenerativo, etc.), sino de la interacción de ese problema de salud con unas condiciones sociales, un contexto, que contribuye a que la persona no pueda realizar ciertas actividades que se esperan en un individuo de sus características.

En la actualidad, los modelos más ampliamente aceptados para entender la discapacidad y la dependencia tratan de ser una integración de la perspectiva médica y la social. La OMS en su propuesta de 1980, diferencia entre los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía. Su principal aportación es la visión de la discapacidad y de la dependencia en términos de proceso, como el resultado de una cadena de acontecimientos de las que son una consecuencia.

La presencia de una deficiencia en muchas ocasiones conduce a que la persona vea limitadas sus actividades cotidianas en mayor o menor medida. Es decir, la persona puede verse incapacitada para llevar a cabo determinadas actividades o tareas que otras personas sin esa deficiencia sí pueden realizar; este estado es lo que se conoce como discapacidad. Es importante tener en cuenta que no todas las deficiencias implican necesariamente una discapacidad, sino sólo aquellas lo suficientemente severas como para interferir o impedir la actividad cotidiana.

Los diferentes conceptos que aparecen en el modelo de la OMS de 1980 relacionados en forma de cadena causal, lo veremos en la figura 1:



**Figura 1** Las aportaciones de la OMS. [Cuadro]. Recuperado de *Discapacidad, dependencia y autonomía en la vejez*, pág. 24

Dentro de este modelo, la dependencia aparecería como un último paso, señalando aquellas situaciones en las que la persona afectada requiere de la ayuda de otros para poder realizar actividades cotidianas y participar en entornos sociales.

La edad avanzada es el factor de riesgo más estrechamente asociado al aumento en la probabilidad de padecer discapacidad y de necesitar ayuda para realizar actividades de la vida cotidiana. Esta asociación entre envejecimiento y riesgo de perder la autonomía parece estar en coherencia con una visión de los últimos años de la vida como periodo de declive y decadencia.

Todavía hoy en día se relaciona la vejez con conceptos como la improductividad, la pasividad, la enfermedad y el declive mental y físico, se contempla a las personas mayores como una potencial carga para la familia y para la sociedad en su conjunto. El envejecimiento y la enfermedad son dos procesos diferentes y afortunadamente, la mayoría de adultos mayores se encuentran razonablemente bien de salud; la mayor parte de ellos realizan multitud de actividades y lejos de ser una carga, constituyen un importante activo para la familia y la sociedad, aportando no sólo consejos y experiencias, sino también su tiempo y recursos para ayudar a otros miembros de la familia y de la comunidad en la que viven.

Dentro del envejecimiento normativo, los gerontólogos John Rowe y Robert Kahn; citado por Triado Carme, Villar Feliciano, pág. 20, han diferenciado a su vez entre el envejecimiento usual, en el que existirían algunos decrementos menores frutos de enfermedades frecuentemente asociadas a la edad, y el que denominan envejecimiento satisfactorio (envejecimiento con éxito), caracterizado por la ausencia tanto de enfermedades como de declives funcionales.

Uno de los determinantes del tipo de envejecimiento que la persona experimenta es la edad, hemos de pensar que, cuando hablamos de vejez, nos estamos refiriendo a un periodo de tiempo muy largo, que abarca en muchos casos la cuarta parte del ciclo vital. Así, el perfil típico de las personas de 65 años respecto a la salud, actividad y autonomía no es el mismo que el de las personas de 85 o 90 años. Por ello, podemos diferenciar al menos dos periodos dentro de la vejez, uno temprano y otro tardío, diferencia que establecen algunos autores, como los psicólogos Warner Schaie y Sherry Willis; citado por Villar Feliciano, pág. 41, entre “viejos jóvenes” y “viejos viejos”.

Es importante destacar que la autonomía de los adultos mayores se debe de conservar aun con su disminución de habilidades cognitivas y funcionales en sus actividades cotidianas, por lo que cabe mencionar es mantener al adulto mayor con actividades aptas para su realización y así mismo agilizar su capacidad cognitiva al mismo tiempo de que se eleva su autoestima.

En vista a la disminución funcional que va presentando el adulto mayor es importante mantenerlo involucrado en la funcionalidad de la familia en el manejo de los roles sociales ya que sigue siendo parte de un núcleo funcional; por lo que si se le considera él se seguirá sintiendo útil en sus propias actividades y decisiones, (porque cabe mencionar que hay familias que no aceptan el trabajo de adultos mayores) por ejemplo en alguna tienda departamental en donde ellos se sienten útiles e indispensables en una labor.

Sin dejar a un lado la deficiencia en algunos casos que como ya se mencionó anteriormente tiende a ser causada por un deterioro biológico normal o por algún evento que provocara esta deficiencia, pero si como familia y contando con un buen proceso de cuidados paliativos y asesoramiento la persona adulta mayor puede seguir siendo funcional aun con su discapacidad, siempre teniendo en cuenta la opinión de la misma persona.

## **4.2 Investigación**

El objetivo de este taller es identificar la calidad de vida que llevan los adultos mayores en el asilo y en el centro de salud con la finalidad de comparar los cuidados con los que cuentan y el estado emocional que manejan cada una de las participantes con base en la realización de encuestas y actividades.

Se consideró una población de 10 a 12 adultos mayores mujeres de 60 años y más, tanto del asilo como del centro de salud sin importar su estado civil y condición física de las participantes.

Esta investigación es cualitativa con un tipo de estudio correlacional por lo que se pretende comparar la relación que existe en la calidad de vida de los adultos mayores del asilo y los que viven en su hogar para obtener una mayor visión de la vida de estas personas que dependen de los cuidados de alguien más. Siendo esto un estudio de caso diferente en donde las personas representarán distintos miembros de grupos en donde se buscan las formas de pensar, de expresarse o relacionarse ante las situaciones en las que viven cotidianamente.

Utilizando como recolección de datos encuestas enfocadas a la calidad de vida y al estado emocional de las participantes al igual que actividades interactivas para obtener mayor información de ellas.

El taller fue realizado en el Centro de Salud T-III Nueva Atzacolco, adaptando el espacio de acuerdo a las necesidades de las actividades y a las condiciones que el

mismo proporcionaba, logrando optimizar el espacio asignado, teniendo un lugar cómodo para la elaboración de las actividades.

Dentro del Asilo - Hogar de Ancianos Sta. María de Guadalupe se adaptó un aula que proporcionaron en donde las participantes podían sentirse cómodas y así realizar las actividades adecuadamente.

Para el desempeño de este taller se utilizaron:

Papel bond	Cartulinas
Plumones	Lápices
Espejos	Cerillos
Globos	Acuarelas

Imágenes (relacionados a emociones) Veladora

#### **4.2.1. Procedimiento**

##### **1º Sesión (06 abril)**

*CENTRO DE SALUD:* Se les dio la bienvenida y el agradecimiento por participar en el taller, se les pidió que respondieran un cuestionario, en donde todas cooperaron amablemente, posteriormente se les explicó de lo que se trataría el taller y el motivo del mismo, por lo que respondieron que no podrían opinar nada al respecto hasta que no se realice el taller, pero que iban a participar lo mejor posible para que el trabajo se llevara a cabo. Comentando también que nunca les habían llevado un taller así, por lo regular eran platicar de diabetes, hipertensión, entre otros, pero nunca un taller de psicología. Teniendo varias dudas, como si se les iba a hablar de cuestiones muy médicas o científicas, a lo que se les respondió que únicamente se abordarían temas en relación a las emociones.

*ASILO:* Los asistentes llegaron media hora tarde por cuestiones de traslado de sus habitaciones a la sala de actividades, por lo que no fue posible aplicar el cuestionario inicial únicamente se les explicó de lo que se trataría el taller y el motivo del mismo. Dentro de la explicación se les preguntaba acerca de las emociones con base en lo que ellas conocen y la vinculación con su vida a lo que solamente una persona respondía “depende de la época y lo que quiera saber” respondiendo de la misma manera cada vez que se le explicaba. De igual manera mencionaron que la mayoría de ellas no escuchaban muy bien por lo que había que hablarles más fuerte, también que no era la primera vez que iban psicólogos a realizar talleres (eran más personas) y que en éste caso les gustaría ver qué tan bueno era el trabajo que se les presentaría a lo que se

respondió que para poder hacer un buen trabajo se pediría de su apoyo para que resultara satisfactorio para ambas partes.

## **2º Sesión (13 abril)**

*CENTRO DE SALUD:* En esta sesión los participantes inflaron globos para practicar la táctica de respiración en donde comentaron que les cuesta trabajo por los problemas de salud que presentan, pero aun así la mayoría inflo sus propios globos. En otra actividad les costó trabajo escribir sus logros o planes a futuro explicando “que ya a su edad es difícil realizar o terminar algún proyecto en mente” (sic), a lo que se les comentó que aun así colocaran algún proyecto que les gustaría o les hubiera gustado realizar. Cuando se habló de las etapas de vida se observó que al menos la mayoría de ellos no recordaba su infancia o juventud como la vivieron. Realizando una comparación con su vida actual y qué le cambiarían, mencionaron “No cambiarían nada se quedan con la vida y con la época que vivieron” (sic), mencionando que la niñez y juventud actual no es nada comparada con la suya. Hablando posteriormente de los retos que colocaron en su globo, se les hizo referencia que todavía son capaces de realizarlos, algunas mencionaron que se les complica porque no saben en qué momento vayan a morir y que no les gustaría dejar nada a medias, a lo que se les respondía que si se plantean esas metas a corto o mediano plazo, no dejarían nada a medias, puesto que no se sabe en qué momento llegará la muerte , es algo que no es previsto por lo que se les platicaba que hay que tratar de realizar la mayoría de las cosas que sea posible pero sobre todo sentirse satisfechas de lo que realizan. Cuando se realizó la imaginación fue con el objetivo de que recordaran como eran de niñas y que esa niña interna no se había ido que siempre ha permanecido ahí llevándolas a un estado de sensibilidad, en donde reflexionaron acerca de su persona. La confianza que se presentó en el momento de externar el llanto ante la actividad fue respetable para todas.

*ASILO:* Se les hizo entrega de globos inflados anotándoles un solo plan de vida que tuvieran a futuro coincidiendo la mayoría con salir del asilo para estar con su familia, otra adulta mayor el tener un novio, algunas otras tener salud y poder hacer sus actividades adecuadamente, en el momento de exponer los proyectos que consistía la actividad la mayoría de las participantes se quedaron dormidas, algunas otras no escuchaban, por lo que únicamente participaban 3 o 4 personas, una adulta mayor comentó que a ella le gustaría mucho ir a Xochimilco a escuchar los pájaros cantar recordando una canción y compartiéndola con todas.

## **3ª Sesión (20 abril)**

*CENTRO DE SALUD:* Se aplicó la prueba de frases incompletas, la mayoría las término rápido y teniendo pocas dudas, únicamente dos personas respondieron la primera hoja porque no saben escribir y necesitaban de ayuda. Posteriormente se realizó la actividad

de Las emociones y yo, la cual consistía en realizar una lluvia de ideas y posteriormente relacionar las emociones con su definición mientras que otro equipo las buscara en una sopa de letras, donde trabajaron en equipo concursando entre ellas mismas, en relación a ello se explicaron las emociones y sus conocimientos aprendidos de su vida. El equipo que perdió tuvo que cantar y bailar “la pelusa” con todo el equipo, hablando posteriormente de cada uno de los conceptos de las emociones para que quedaran más claros.

*AS/LO:* Se aplicaron los cuestionarios a las personas presentadas a la sesión, observando que la mayoría de las asistentes necesitan hablar con alguien, platicando de su pasado y con la capacidad de cuidarse solas.

#### **4ª Sesión (27 abril)**

*CENTRO DE SALUD:* En esta sesión las asistentes comentan que no les gusta dibujar, no son buenas, mencionándoles que no importa cómo salga el dibujo lo importante es que realicen la actividad. En el trabajo con el psicodrama en relación a las emociones miedo, tristeza y rabia, donde los respectivos equipos planearon el escenario que representarían participando todas, explicaron la edad y la emoción que les tocó (aunque esa no fuera la instrucción) a pesar de éstas emociones agregaron inconscientemente sorpresa, alegría y vergüenza, sintiéndose divertidas con la actividad, entretenidas y muy participativas.

Se realizó un ejercicio donde ellas mismas se transmitieron energía. Al término de éste se les preguntó cómo se sintieron a lo que respondieron: “Bien, logrando sentir como se transmitía la energía de la otra persona por su cuerpo” (sic), se les comenta que ese ejercicio lo pueden hacer ellas mismas en su casa antes de dormir.

*AS/LO:* Se aplicó la parte restante de los cuestionarios (frases incompletas), complicándose la elaboración ya que la mayoría no sabe escribir, otras tienen problemas de visión y otras de audición.

Proponiendo que se realizara el taller otro día para tener mayor oportunidad de convivir con ellas, comentando con la trabajadora social mencionó que es imposible por las actividades que tienen en la semana.

#### **5ª Sesión (11 mayo)**

*CENTRO DE SALUD:* No se llevó a cabo como tal una actividad, se habló acerca de las emociones. Por medio de un espejo, se les pidió que se observaran, todas comenzaron a ver sus líneas de expresión por lo que se les comentó que en eso no deberían fijarse, sino el cómo se observan emocionalmente por lo que les costó trabajo mirarse de esa

manera. De igual forma se abordaron temas de la sociedad con base en las emociones y la comparación de su juventud con la actual. Logrando aceptar la persona que son actualmente.

*ASILO*: Se terminaron de aplicar los cuestionarios, asimismo el taller por cuestiones de dificultar las actividades propuestas, llevándoles un pequeño presente como agradecimiento.

### **6ª Sesión (18 mayo)**

*CENTRO DE SALUD*: En esta última sesión se aplicó el test del árbol comentando nuevamente que no les gusta dibujar. Posteriormente se realizó el cierre en donde todos hicieron sus comentarios y observaciones respecto al taller, recibiendo buenos comentarios, mencionando que seguirán los consejos y lo trabajado en el taller.

Realizando un pequeño convivio para el cierre del taller.

## **4.2.2. Resultados y Análisis**

### Asilo

Los cuestionarios fueron aplicados a personas de 80 años en adelante en donde se puede percibir que la mayoría no tienen un concepto claro de qué son las emociones, siendo que asocian las preguntas con situaciones cotidianas, pero sin tener una definición en específico, sin embargo, tienen muy bien identificados los significados del amor, amistad, miedo, etc.

Cuando se les solicitó que se definieran en una palabra la mayoría de ellas se considera alegre, normal, sinceras. Se podría mencionar que 7 de 10 personas la emoción más frecuente es la tristeza e impotencia, algunas de ellas el abandono sin embargo 5 buscan de una compañía para realizar algunas actividades físicas y las otras 5 se creen totalmente capaces de realizar sus actividades por sí mismas. Llegando así a una comparación de su vida con otras personas, mencionando algunas de ellas que la vida o época que ellas vivieron no es nada comparada con la que se vive actualmente. Por lo que, cuando se llega a la parte personal lo que quisieran volver a hacer es trabajar, estudiar, bailar, salir a pasear, a la mayoría de ellas en su tiempo libre, cuando se sienten felices les gusta salir a pasear (aunque a comentan que estando ahí no pueden salir).



Una pregunta en particular del Test de Frases Incompletas de Sacks (“Si pudiera cambiar algo de mi vida, sería...”); la mayoría contestó la edad, la vejez, “nada”, estar contenta con su vida, estar con su familia y no encerrada. Sólo 2 de 10 personas piden o esperan el momento de morir mencionando que “ya se sienten cansadas y ya no hay más que hacer”, mientras que las otras 8 personas desean seguir viviendo y teniendo salud una de ellas desea editar un cuaderno de poesías que ella misma ha escrito.

Pero todas están conformes con la vida que han vivido sin que les haga falta nada para sentirse satisfechas con lo que han logrado.

Cuando se platicaba con ellas se notaba tristeza, preocupación, a pesar de que tienen buenos cuidados y atenciones en el asilo, la mayoría de ellas desearía poder seguir teniendo su vida en casa con su familia. A pesar de sus ganas de vivir la mayoría de ellas tiene problemas de salud severas como la sordera, la visión o diabetes que perjudican su vida diaria.

Todas son revisadas por un médico en la clínica que les corresponde.

### Centro de Salud

Los cuestionarios fueron aplicados a personas de 63 años en adelante en donde se puede percibir que la mayoría de ellas tienen conocimiento acerca de las emociones en donde 9 de 11 personas sienten tristeza, enojo, angustia, pero en su conversación dicen no depender de la compañía de nadie siendo que a pesar de ello sienten que le hace falta a su vida convivir con más personas o con sus familiares.

A pesar de que habían olvidado cuando eran niñas y darse cuenta del trabajo que han realizado a lo largo de su vida, se sienten satisfechas a pesar de la poca o mucha tristeza que pueden sentir, a excepción de una persona la cual cuando se hablaba de temas familiares o de su vida propia comenzaba a ponerse triste sin embargo no lo expresaba, se limitaba totalmente.

Siendo que es un grupo ya integrado la mayoría se conocía, por lo que el trabajo en equipo no les fue complicado, se pudo observar que tienen buen conocimiento de las emociones en general sin embargo les cuesta aceptar las emociones que presentan cada uno de ellos. Aunque no siguen de manera adecuada las instrucciones, explicaban las emociones que actuaron de forma concreta, por lo que quedaba entendido el tema.

Cuando se aplicó la Prueba de la Figura Humana, todas hicieron el comentario que no les gusta dibujar por lo que se les mencionó que no importaba el perfeccionismo del dibujo sólo que realizaran la actividad por lo que algunas de ellas terminaron muy

rápido y algunas otras se tardaron; 5 personas realizaron dibujos como un niño de 6 años, algunos geométrico, sin ojos, con abrazos abiertos, una solo con palitos -,” lo que sugiere que no tienen una visión clara de su cuerpo, están cegadas a la realidad de lo que pueda llegar a pasar en un futuro, necesitan afecto, algunas están centradas en el paso y otras en el futuro con la visión al pasado, dos están dadas más a la fantasía”. Mientras que las otras cinco personas les dibujaron pupilas, algunas con manos otras no, pero todas con los brazos abiertos, no todas tiene un soporte (no ponen zapatos) por lo que pueden llegar a sentirse inseguras en algún momento, están orientados al pasado por lo que pueden sentirse con enojo, rencor, y únicamente dos personas realizaron su dibujo de medio cuerpo abarcando casi en su totalidad la hoja con ojos, manos, y están centrados en su realidad aunque les cuesta un poco superar el pasado. Siendo el total de 14 personas que realizaron la prueba, refiere que la mayoría necesita afecto, están negadas a aceptar la realidad tal vez de su persona o a nivel social, no tienen algunas una visión clara de sí mismas solo se basan en lo que les comentan las personas de ellas mismas o de lo poco que llegan a percibir.

Se aplicaron 15 frases incompletas por lo que los resultados de manera general, se pueden interpretar que la mayoría de ellas consideran que el futuro es fabuloso, bonito, lleno de oportunidades y en algunas ocasiones incierto, pero tienen un buen concepto de amistad, la consideran importante para su vida y socializar, en dos ocasiones hablaron de discriminación hacia la mujer teniendo la visión de la mujer de antes dedicada al hogar y los hijos.

Muchas de ellas buscan tolerancia, comprensión de sus propios hijos, siendo de familia estable, aunque no se comparaban con otras personas mencionando que otras familias suelen ser conflictivas, la mayoría teniendo mejor relación con su madre y pidiendo más la atención y comprensión del padre.

Buscan tener salud, vivir más, tener logros o metas que se han propuesto, pero por algún motivo no las han llevado a cabo. En pocos casos se puede ver la palabra tristeza.

Con la actividad del espejo se observó que realmente no tenían una visión propia de ellas mismas si no que se dejaban llevar por lo que les mencionan las personas en relación a sus expresiones. Pidiéndoles que se observaran más a menudo para que comenzaran a auto-reconocerse.

En la prueba del Árbol, siete personas realizaron un árbol grande y frondoso abarcando casi en su totalidad toda la hoja, la mayoría puso pasto, flores, ramas, sólo una no colocó la copa del árbol únicamente ramas. En su mayoría centrados, sin embargo, 3 de ellas no están orientadas al pasado y son árboles pequeños algunos están más detallados con frutos, ramas; otros tantos solamente dibujan la copa. Solo un árbol en

específico lo dibujaron con caras en lugar de flores colocaron caras de los integrantes de su familia (como un árbol genealógico).

En su mayoría cuentan con buena imaginación, actuando de acuerdo a que tan afectas son y a lo independientes que pueden ser, suelen ser en su mayoría impulsivas, algunos están basados en sus propios hábitos, mientras otros suelen ser protectores y algunos otros con una señal de inestabilidad. Algunos utilizan los detalles que observan a diario, otros están a la defensiva, mientras que algunas muestran buena adaptación al medio y otras buscan la autoafirmación.

Como bien se puede observar las participantes del Centro de Salud (las que viven en su hogar) son más independientes y aún no requieren de un cuidador, están conscientes de que en un futuro pueden llegar a necesitar del cuidado de alguien sin embargo se sienten con fuerza para seguir adelante, a pesar de ello hay quienes tienen baja autoestima por situaciones personales o de salud que están viviendo. Así mismo, en las participantes del asilo hay quienes se sienten a gusto con los cuidados que les brindan, sin descartar que hay participantes que se sienten deprimidas y lo que desean es morir por circunstancias familiares que las han orillado a tener estos sentimientos y baja autoestima. Sin embargo, en ambos casos se pudo observar la participación de las adultas mayores ya que pudieron externar emociones y situaciones por las que han estado pasando. Llegando a la conclusión a través de este taller que los cuidados y la calidad de vida de los adultos mayores dependerá mucho de las circunstancias con las que se presenten, sin descartar que un asilo estará mejor equipado para proporcionar una mejor calidad de vida ya que tienen al personal capacitado (a pesar de la falta de atención familiar), mientras que en el hogar no tendrán a un personal capacitado para los cuidados, pero pueden sentirse mejor emocionalmente. En ambos casos no se descarta, viéndolo de una manera generalizada, que las personas adultas mayores que se encuentran en un asilo se sienten con falta de afecto por la poca atención que les brindan sus familiares, ahora, un adulto mayor que vive en su hogar puede estar rodeado de ellos, pero no sentirse bien emocionalmente por peleas familiares, preocupaciones, etc.

Lo que muestra este taller es ver que en ambos casos tienen una necesidad significativa de atención y estabilidad emocional y esto se hace manifiesto, pues tenían la necesidad de externarlo.

## CONCLUSIONES

El trabajo con adultos mayores no es un tema complejo ya que nos llena de conocimientos y vivencias nuevas, teniendo dedicación y entrega en el cuidado, para algunos de ellos es indispensable depender del apoyo de alguien más por lo que aquellas personas que se dediquen a cuidarlos deberán estar preparados u orientados para poder brindar la atención adecuada. Es de suma importancia la preparación que los psicólogos y los cuidadores primarios deban tener para un buen manejo de emociones y de los cambios que los adultos mayores presenten, en conjunto con la geriatría, siendo que es una población que se encuentra en crecimiento la cual demanda atención por lo que no sólo necesitan atenciones o apoyo en el hogar si no en su salud física y mental. Como se estudió en la presente tesis hay cuidados que no podremos realizar como familiar siendo que depende de algo especial, por lo que es recomendable recurrir a especialistas que nos apoyen con esta situación y/o en su defecto poder capacitarnos con un cuerpo médico que nos orienten ya que en su mayoría hay adultos mayores no les gusta que una persona externa los cuide en su propia casa, porque puede llegar a sentirse como una carga para la familia ocasionando tristeza o desanimado. Lo conveniente es que también los apoyen con actividades recreativas como un cuidado paliativo extra para seguir estimulando sus capacidades cognitivas y sensoriales esto como un distractor en su vida cotidiana, considerando que ser un cuidador conlleva un desgaste físico y en algunos casos emocional por la dependencia de estar cuidando a la persona.

Sin embargo, se podría poner más atención en las necesidades que el adulto mayor demanda para así brindar una mejor calidad de vida sin que él se sienta desplazado. En la mayoría de los casos hay adultos mayores que llegan a sentirse desplazados por sus familiares por padecer alguna enfermedad o simplemente por ya no ser tan ágiles en la elaboración de actividades, incluso cuando existe una jubilación o inclusive un caso de viudez, su aislamiento puede ser mayor y sus cambios de ánimos pueden ser más rápidos por lo que es importante adaptarse al cambio como cuidadores o familiares para poder brindar una buena red de apoyo.

La psicología y sus diversas áreas se encargan de la parte biopsicosocial espiritual de las personas lo cual es recomendable estar informados de los cuidados que se les debe brindar a esta población en específico, siendo que la atención a los adultos mayores está en auge actualmente y que pocas personas se encuentran interesadas en la atención de ellos. Sería recomendable ver el campo de aprendizaje y apoyo a esta población para una mayor integración cultural y de cuidados, estando conscientes de que la mayoría de los adultos mayores no aceptan la ayuda psicológica por miedo a los cambios. Visto desde lo personal creo es importante empezar a fomentar esta área a nuestros adultos mayores como apoyo emocional para que puedan cerrar ciclos o sanar duelos no resueltos aún.

Mi compromiso al elaborar este trabajo es mostrar que los adultos mayores son parte importante de nuestra sociedad, a quienes debemos de cuidar conforme a las

necesidades que estos demanden y a nuestras capacidades para cuidarlos, un adulto mayor puede influir mucho en la enseñanza de los valores y no tanto en la educación formal (aunque algunos de ellos se dediquen a educar a sus nietos), si no el alcance de este trabajo para poder comprender que el adulto mayor es libre para decidir el lugar en donde quiere estar con los cuidados adecuados, encontrándose estable de una manera emocional, el ser pacientes con ellos ya que su entendimiento se vuelve lento y sus necesidades cambian por lo que hay que comprender y ser claros con ellos. El trabajo se vuelve complicado en cuanto a sus discapacidades, por lo que hay que tener paciencia para realizar el trabajo, para que ellos puedan comprender la dinámica y poder tener un lenguaje apropiado con ellos y no llegar a ofenderlos, más bien que comprendan la importancia de sus cuidados e interacción social, el trabajo con adultos mayores puede ser muy enriquecedor si se pusiera más énfasis en esta población y en los cuidados que esto conlleva.

Los adultos mayores que se encuentran en asilo y los que viven en su hogar tienen muchas similitudes en sus estados de ánimo a pesar de los diferentes cuidados que ambos presentan, sin embargo, todo llega a un punto la muerte (como una participante lo externó), el término de sus vivencias y enseñanzas que ya no tienen que transmitir sin pensar que transmitieron más de lo que ellas imaginaron. Cabe señalar que a pesar de que la elaboración de los talleres fuera únicamente con mujeres no implica que los hombres no tengan que externarnos si no todo lo contrario tienen mucho que externar pero que simplemente cayán tal vez para no preocupar a su familia.

Los jóvenes hoy en día ya no tienen la misma visión hacia los ancianos como se tenía anteriormente de seres con sabiduría y a los cuales se les respetaba incluso veneraba, esto debido a la pérdida de valores que se han presentado a lo largo del tiempo, mencionando que actualmente se ven más ancianos en las calles o trabajando, la mayoría de ellos se sorprenden con los cambios que han surgido dentro de la sociedad con base en los valores de los jóvenes. Lo que representaban anteriormente los adultos mayores para la sociedad, ahora se ven de manera distinta, si con sabiduría, pero con menos respeto hacia ellos, es por eso que difícilmente un adulto mayor pueda confiar en las generaciones actuales. Como bien se sabe en pocos años seremos una ciudad con mayor población de adultos mayores por lo que hay que estar preparados para los cuidados que ellos demanden y poder hacer consciencia a la población joven de la importancia que tiene esta población para la sociedad.

La finalidad de esta investigación es lograr mayor conocimiento acerca de los cuidados y la diferencia que existe entre las personas que viven en un asilo y las que viven en sus hogares los cambios físicos y emocionales que presentan, como una sencilla visita les alegra sus días y su estado de ánimo cambia, el rol que manejan los cuidadores y la importancia de sus enseñanzas. Cabe mencionar que fue una experiencia muy grata y reconfortante el aprender de cada una de estas personas para poder presentarles este trabajo y así brindarles una mayor visión de esta población.

## ANEXO 1 (CARTAS DESCRIPTIVAS)

### *Carta de Presentación del Taller*

Descripción: Taller de seis sesiones impartida los días lunes a una población de 10 personas (mujeres) Adultas Mayores.	
Coordinadora del taller	Psic. Diana Gabriela Zavala Hernández
Objetivo	El presente taller tiene como objetivo trabajar con el manejo de las emociones con base a sus experiencias de cada una de las integrantes, teniendo un mejor conocimiento de las mismas y poder externarlas en la vida cotidiana.
Meta	Lograr que las integrantes tengan un mayor conocimiento sobre el manejo de sus emociones para así tener una mejor calidad de vida y que a su vez sepan identificar la emoción que estén presentando.
Materiales	Papel bond. Plumones. Espejos. Globos. Imágenes. Cartulina. Lápices. Cerillos. Acuarelas. Veladora.

## Carta Descriptiva del Taller de Manejo de Emociones

SESIÓN 1				
Objetivo particular: Presentación de los integrantes del taller (terapeuta y participantes) determinando sus razones y expectativas en relación a su asistencia.				
Sesión 1				
Objetivos de Contenido	Tiempo	Dinámica	Materiales	Evaluación de Impregnación (cierre)
Recibimiento y bienvenida por parte de la coordinadora a los asistentes al taller.	05 min.	<p>“Presentación”</p> <p>Expresar agradecimiento y gusto a los participantes que han decidido asistir en el presente taller.</p>	Cerillos.	Observar en los participantes confianza y aceptación por medio de sus expresiones tanto verbales como no verbales.
Presentación de los participantes para que se conozcan por su nombre y se vaya dando una identificación.	20 min.	<p>Integración --- “Ruptura de hielo”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Táctica del cerillo</li> </ul> <p>Se le entregará un cerillo a cada una de las integrantes, se tendrán que presentar mientras dure el cerillo prendido, respondiendo a las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Nombre</li> <li>Edad</li> <li>¿Qué les gusta?</li> <li>¿A qué se dedican?</li> </ol>	Salón amplio e iluminado. Cerillos.	Que todas las integrantes conozcan a cada compañera y coordinador con el que trabajarán durante el taller.
Exponer las razones y expectativas del taller para los integrantes.	20min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>“Elaboración de Cuestionario”</li> </ul> <p>Se le entregará a cada una de las integrantes una hoja con diversas frases las cuales tendrán que completar con lo primero que se le venga a la mente, esto relacionado a las emociones el cual es el punto a tratar en este taller.</p> <p>Posteriormente se realizará otra actividad llamada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>“Lluvia de ideas”</li> </ul> <p>Cada integrante en un pedazo de hoja colocará las expectativas o las razones por las cuales están participando en el taller y qué es lo que esperan del mismo.</p>	Cuestionario. Hojas de color.	Sintetizar sus expectativas y lo que ha motivado a cada una de las integrantes a participar en el taller. Teniendo en cuenta sus necesidades



<p>Introducción al taller. Explicación del taller por parte del coordinador.</p>	<p>10 min.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Expositiva”</li> </ul> <p>Se explicará lo que se trabajará en el taller, el interés y la importancia que éste tiene y la necesidad de la participación y dedicación que se necesitará por parte de todas las integrantes.</p> <p>De igual manera se les hará saber cómo se va a trabajar el taller y algunas dinámicas a tratar, se impartirán las reglas para poder tener mayores conocimientos y participación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reglas</li> </ul> <p>Posteriormente se les indicarán las reglas que se llevarán a cabo en el taller y lograr así mismo una satisfacción para cada una de las integrantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respeto y Honestidad, en cada uno de los ejercicios.</li> <li>2. Todo lo que se trabaje y se comente durante el taller se quedará en el taller.</li> <li>3. No comentar a fuera nada al respecto de lo trabajado.</li> </ol>		<p>Se les preguntará a los participantes si quedó clara la información proporcionada de lo que se tratará el taller. Pidiéndoles que expresen sus opiniones acerca de lo informado.</p>
<p>Despedida. Que los participantes se retiren con gusto de ésta primera sesión.</p>	<p>10 min.</p>	<p>“Despedida”</p> <p>Agradecimiento por la asistencia con debida cortesía y esperando su presencia para la siguiente semana introduciéndolas a la sesión # 2.</p>		<p>Observar la manera en que se despiden y cómo toman el término de ésta sesión, para así poder saber si fue de su agrado o no.</p>

## Carta Descriptiva Taller de Manejo de Emociones

SESIÓN 2				
Objetivo particular: Lograr que los participantes concienticen como ha sido la calidad de vida que han llevado a lo largo de su vida mediante una serie de actividades (sensibilización y reflexión), logrando poner en práctica algunas vivencias para así mismo estructurar logros en relación a una mejor calidad de vida actual.				
Sesión 2				
Objetivos de Contenido	Tiempo	Dinámica	Materiales	Evaluación de Impregnación (cierre)
Lograr que las personas se encuentren estables dentro del espacio de trabajo	10 min.	<p>“Ambientación”</p> <p>Adecuar el salón (espacio de trabajo), colocando sillas en círculo, a manera de que todas puedan observarse, acompañado con una esencia olor a rosas para armonizar el ambiente y música para mantener tranquilidad y relajación.</p>	<p>Sillas</p> <p>Globos</p> <p>Plumones</p> <p>Frases reflexivas</p>	
Dar una breve introducción de la sesión y recordatorio de la anterior.	5 min.	<p>“Táctica de Presentación”</p> <p>Dar la bienvenida a los participantes, realizando una pequeña introducción recordatoria en relación a lo que se trabajará en el taller.</p> <p>Posteriormente mostrar y realizar dos respiraciones profundas para estabilizar al cuerpo.</p>	Ninguno	<p>Detectar que las participantes tengan una aceptación entre ellas y qué tan cómodas se sientan.</p>
Que los participantes logren darse cuenta de las experiencias y logros realizados.	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Satisfacción”</li> </ul> <p>Hacer un breve recorrido por las etapas por las que pasa una persona (niñez-adulthood) a modo de que puedan percibir momentos específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se les proporcionarán globos (inflados) en donde colocarán sus logros cumplidos.</li> <li>• Después se les pedirá que expliquen lo que colocaron y cómo le hicieron para alcanzarlos y cómo se sintieron al haberlos realizado.</li> </ul> <p>Se les explicará que para haber podido alcanzar esos logros se tuvieron que cruzar subidas y bajadas como un globo para poderlas cumplir de manera que siempre existió una lucha constante para su alcance.</p> <p>En el caso de los logros no cumplidos, se les preguntará si hay manera en la que se puedan realizar en éstos momentos y cómo las realizarían para cumplir o intentar llevar a cabo, de éste modo se buscarán</p>	<p>Globos</p> <p>Plumones</p>	<p>Obtener una mayor satisfacción y percepción del cumplimiento de metas.</p>

		alternativas y ellas podrán realizar algunos métodos de análisis ante cualquier situación o problemática que se les presente.		
Equilibrio de la experiencia.	10 min.	<p>“Táctica de Reflexión”</p> <p>Se le pedirá a cada uno de los participantes que expresen como se sintieron con la actividad y qué vivencias lograran recordar al momento de externar cómo alcanzaron sus logros.</p> <p>Una vez realizada esta parte se les pedirá que hagan 2 respiraciones profundas, esto para que se logre bajar un poco la tensión que se haya generado en las participantes.</p>	Ninguno	En caso de que no se perciba ninguna alteración emocional, se les preguntará como les pareció la sesión o actividad.
Despedida. Que los participantes se retiren con gusto de ésta segunda sesión	5 min.	<p>“Despedida”</p> <p>Lograr que las participantes se retiren tranquilos, para así poder re-significar que no importa la edad que tengamos el alcance de los logros dependerá de cada una de las personas y de la influencia de los externos que lleguen a impedir ese mismo alcance.</p>	Ninguno	Observar como toman el término de la sesión, para así poder saber si se encuentran tranquilos, de no ser así preguntar y dar apoyo.

## Carta Descriptiva Taller de Manejo de Emociones

SESIÓN 3				
Objetivo particular: Lograr que los participantes identifiquen las emociones que presentan con mayor frecuencia y el significado de las mismas en su vida actual.				
Sesión 3				
Objetivos de Contenido	Tiempo	Dinámica	Materiales	Evaluación de Impregnación (cierre)
Lograr que las personas se encuentren estables dentro del espacio de trabajo	10 min.	<p>“Ambientación”</p> <p>Adecuar el salón (espacio de trabajo), colocando sillas en círculo, a manera de que todos puedan observarse, acompañado con una esencia olor a rosas para armonizar el ambiente y música para mantener tranquilidad y relajación.</p>	<p>Papel Bond</p> <p>Plumones</p> <p>Imágenes</p>	
Establecer una idea general sobre lo que se trabajará en la sesión.	5 min.	<p>“Táctica de Presentación”</p> <p>Dar la bienvenida a los participantes, dándoles una breve explicación de lo que se trabajará en esta sesión.</p>	Ninguno	<p>Detectar que las participantes tengan una aceptación entre ellas y que tan cómodas se sientan.</p>
Que los participantes logren darse cuenta de las emociones que presentan y el significado que les dan.	25 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Frasas incompletas”</li> </ul> <p>Se les entregará un cuestionario de frases incompletas las cuales cada uno de los integrantes la tendrán que contestar por cuenta propia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Las emociones y YO”</li> </ul> <p>Colocar en un papel bond una lluvia de ideas acerca de lo que para ellos son las emociones y cuáles son las emociones que ellos conocen o manejan.</p> <p>Posteriormente se dividirán en dos equipos en donde a un equipo se les entregará la definición de las emociones y en las expresiones que se encuentren pegadas las tendrán que asociar, mientras que el otro equipo con las mismas emociones tendrá que encontrarlas en una sopa de letras.</p> <p>*Posteriormente observarán diversas imágenes en donde expresan emociones, dándoles 5 minutos para que ellos observen y elijan una imagen con la cual se hayan identificado.</p>	<p>Frasas incompletas ¿de quién?</p> <p>Lápices.</p> <p>Papel Bond</p> <p>Plumones</p> <p>Imágenes</p>	<p>Que logren tener una mayor visión de la nueva persona que ahora son.</p>

		<p>Al término mostrarán y explicarán por qué eligieron esa imagen y el cómo se sienten con ello.</p> <p>*Se les brindarán frases en donde se les pedirá la identificación de las emociones anteriormente mencionadas para saber la comprensión de las mismas y el sentimiento que la oración les refleja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un hijo te hace una invitación para que pases unas vacaciones con él y su familia.</li> <li>• Realizas una reunión con varios conocidos los cuales te confirman su asistencia, pero ninguno llega.</li> <li>• Tus nietos después de no verlos durante varios años, te visitan y te dicen que te quieren y extrañan.</li> <li>• Vas al mercado y sientes que alguien va siguiéndote.</li> <li>• Fallece una persona muy querida y cercana a ti.</li> <li>• Te falta dinero para terminar el mes.</li> </ul> <p>Una vez realizada esta actividad se elaborará un análisis de lo trabajado para que no quede duda alguna del tema tratado.</p>		
Equilibrio de la experiencia.	10 min.	<p>“Táctica de Reflexión”</p> <p>Se le pedirá a cada uno de los participantes que expresen cómo se sintieron con la actividad y qué cambios creen que pueden seguir realizando y con cuáles cambios se quedan.</p> <p>Una vez realizada esta parte se les pedirá que hagan 2 respiraciones profundas, esto para que se logre bajar un poco la tensión que se haya generado en los participantes.</p>	Ninguno	En caso de que no se perciba ninguna alteración emocional, se les preguntará cómo les pareció la sesión o actividad.
Despedida. Que los participantes se retiren con gusto de ésta sesión.	5 min.	<p>“Despedida”</p> <p>Lograr que los participantes se retiren tranquilos, llevándose un mejor conocimiento acerca de las emociones.</p>	Ninguno	Observar como toman el término de la sesión, para así poder saber si se encuentran tranquilos, de no ser así preguntar y dar apoyo.

## Carta Descriptiva Taller de Manejo de Emociones

SESIÓN 4				
Objetivo particular: Lograr que los participantes conozcan e identifiquen los tipos de emociones para que se den cuenta de cuáles son las que más están latentes en su vida actual y el porqué de las mismas.				
Sesión 4				
Objetivos de Contenido	Tiempo	Dinámica	Materiales	Evaluación de Impregnación (cierre)
Lograr que las personas se encuentren estables dentro del espacio de trabajo	10 min.	<p>“Ambientación”</p> <p>Adecuar el salón (espacio de trabajo), colocando sillas en círculo, a manera de que todos puedan observarse, acompañado con una esencia olor a rosas para armonizar el ambiente y música para mantener tranquilidad y relajación.</p>	<p>Imágenes</p> <p>Presentación</p> <p>Plumones</p>	
Establecer una idea general sobre lo que se trabajará en la sesión.	5 min.	<p>“Táctica de Presentación”</p> <p>Dar la bienvenida a los participantes, dándoles una breve explicación de lo que se trabajará en esta sesión.</p>	Ninguno	<p>Detectar que las participantes tengan una aceptación entre ellas y que tan cómodas se sientan.</p>
Que las participantes logren darse cuenta de las emociones que presentan y el significado que les dan.	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>“Las emociones y YO”</li> </ul> <p>*Se les proporcionará una hoja en blanco en donde tendrán que dibujarse con base en cómo se perciben con sus emociones (Miedo, Tristeza y Rabia), sin importar como salga el dibujo, lo que tienen que plasmar es como ellas creen que se ven con la carga de todas esas emociones.</p> <p>Respecto a estos tres temas se colocarán en parejas, ambos realizaran caras y gestos referentes a éstas emociones en donde tendrán que hacer mención de algún evento en el que hayan percibido el uso de estas emociones en su vida actual.</p> <p>En grupo se trabajará sobre lo que sintieron respecto a externar el evento trabajado.</p> <p>Se les pedirá a cada uno de los participantes que se coloquen en parejas esto es para disminuir un poco la tensión ocasionada en el ejercicio, se</p>	<p>Plumones</p> <p>Imágenes</p>	<p>Que logren tener un mejor conocimiento respecto a las emociones que manejan día a día.</p>

		pondrán frente a frente y de manera individual comenzaran a frotarse las manos hasta generar calor en las mismas, posteriormente se les pedirá a uno de los dos que cierre sus ojos, mientras que el otro nuevamente frota sus manos para transmitir el calor por el cuerpo de la persona para barrer las malas energías y posteriormente la otra persona realizara lo mismo.		
Equilibrio de la experiencia.	10 min.	<p>“Táctica de Reflexión”</p> <p>Se le pedirá a cada una de las participantes que expresen cómo se sintieron con la actividad y qué cambios creen que pueden seguir realizando y con cuales cambios se quedan.</p> <p>Una vez realizada esta parte se les pedirá que hagan 2 respiraciones profundas, esto para que se logre bajar un poco la tensión que se haya generado en las participantes.</p>	Ninguno	En caso de que no se perciba ninguna alteración emocional, se les preguntará como les pareció la sesión o actividad.
Despedida. Que los participantes se retiren con gusto de ésta sesión.	5 min.	<p>“Despedida”</p> <p>Lograr que los participantes se retiren tranquilos, para así poder re-significar las emociones que sintieron cuando se dibujaron y la tranquilidad en la transmisión de energía.</p>	Ninguno	Observar como toman el término de la sesión, para así poder saber si se encuentran tranquilos, de no ser así preguntar y dar apoyo.



## Carta Descriptiva Taller de Manejo de Emociones

SESIÓN 5				
Objetivo particular: Lograr que los participantes conozcan e identifiquen los tipos de emociones para que se den cuenta de cuáles son las que más están latentes en su vida actual y el porqué de las mismas.				
Sesión 5				
Objetivos de Contenido	Tiempo	Dinámica	Materiales	Evaluación de Impregnación (cierre)
Lograr que las personas se encuentren estables dentro del espacio de trabajo	10 min.	<p>“Ambientación”</p> <p>Adecuar el salón (espacio de trabajo), colocando sillas en círculo, a manera de que todos puedan observarse, acompañado con una esencia olor a rosas para armonizar el ambiente y música para mantener tranquilidad y relajación.</p>		
Establecer una idea general sobre lo que se trabajará en la sesión.	5 min.	<p>“Táctica de Presentación”</p> <p>Dar la bienvenida a los participantes, dándoles una breve explicación de lo que se trabajará en esta sesión.</p>	Ninguno	Detectar que las participantes tengan una aceptación entre ellas y que tan cómodas se sientan.
Que los participantes logren darse cuenta de las emociones que presentan y el significado que les dan.	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Las emociones y YO”</li> </ul> <p>(Sorpresa, Alegría y Vergüenza). Se les entregará una hoja de papel en donde tendrán que escribir un evento significativo de cada una de las emociones tratadas en la sesión. Posteriormente en parejas tendrán que representar uno de los eventos para comprender el significado de las emociones, en donde se observará la comprensión del tema y la creatividad de los integrantes.</p>	Plumones Imágenes Hojas	Que logren tener un mejor conocimiento respecto a las emociones que manejan día a día.
Equilibrio de la experiencia.	10 min.	<p>“Táctica de Reflexión”</p> <p>Se le pedirá a cada una de las participantes que expresen cómo se sintieron con la actividad y qué cambios creen que pueden seguir realizando y con cuáles cambios se quedan.</p> <p>Una vez realizada esta parte se les pedirá que hagan 2 respiraciones</p>	Ninguno	En caso de que no se perciba ninguna alteración emocional, se les preguntará como les pareció la sesión o actividad.

		profundas, esto para que se logre bajar un poco la tensión que se haya generado en los participantes.		
Despedida. Que los participantes se retiren con gusto de ésta sesión.	5 min.	<p>“Despedida”</p> <p>Lograr que los participantes se retiren tranquilos, para así poder re-significar las emociones trabajadas en la sesión</p>	Ninguno	Observar como toman el término de la sesión, para así poder saber si se encuentran tranquilas, de no ser así preguntar y dar apoyo.

## Carta Descriptiva Taller de Manejo de Emociones

<b>SESIÓN 6</b>				
Objetivo particular: Lograr que los participantes concienticen sobre los cambios que se han ido generando con el paso del tiempo y lo que pueden seguir transformando en ellos mismo, teniendo una buena calidad de vida.				
<b>Sesión 6</b>				
Objetivos de Contenido	Tiempo	Dinámica	Materiales	Evaluación de Impregnación (cierre)
Lograr que las personas se encuentren estables dentro del espacio de trabajo	10 min.	<p>“Ambientación”</p> <p>Adecuar el salón (espacio de trabajo), colocando sillas en círculo, a manera de que todos puedan observarse, acompañado con una esencia olor a rosas para armonizar el ambiente y música para mantener tranquilidad y relajación.</p>	Espejos Imágenes	
Establecer una idea general sobre lo que se trabajará en la sesión.	5 min.	<p>“Táctica de Presentación”</p> <p>Dar la bienvenida a las participantes, dándoles una breve explicación de lo que se trabajará en esta sesión.</p>	Ninguno	Detectar que las participantes tengan una aceptación entre ellas y qué tan cómodas se sientan.
Que los participantes logren darse cuenta de las experiencias y logros realizados.	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “El Árbol”</li> </ul> <p>Se les entregara una hoja en blanco en donde se les pedirá que dibujen un árbol con una serie de instrucciones que tendrán que llenar en dicho árbol.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Esa soy YO”</li> </ul> <p>*Se les entregará una hoja en blanco en donde deben de dibujarse nuevamente, pero mostrando como se sienten después de haber participado en el taller y el manejo de sus emociones.</p> <p>*Posteriormente se les entregará un espejo a modo de que se puedan visualizar y ver los cambios que han ido teniendo con el paso de su vida, cómo sus vivencias y satisfacciones han sido influyentes en esta imagen que ahora proyectan.</p> <p>A modo de que ellas puedan analizar y meditar de que no todo lo que han realizado ha sido en vano; de igual</p>	Espejos	Que logren tener una mayor visión de la nueva persona que ahora son.

		manera que puedan así mismo expresarse ante esta nueva imagen.		
Equilibrio de la experiencia.	10 min.	<p>“Táctica de Reflexión”</p> <p>Se le pedirá a cada una de las participantes que expresen cómo se sintieron con la actividad, qué cambios creen que pueden seguir realizando y con cuáles cambios se quedan.</p> <p>Una vez realizada esta parte se les pedirá que hagan 2 respiraciones profundas, esto para que se logre bajar un poco la tensión que se haya generado en los participantes.</p>	Ninguno	En caso de que no se perciba ninguna alteración emocional, se les preguntará cómo les pareció la sesión o actividad.
Despedida. Que los participantes se retiren con gusto de esta sesión.	20 min.	<p>“Técnica de cierre”</p> <p>Se le entregará una vela a cada una de las integrantes y se dará una técnica de imaginación con relajación en relación a sus emociones y vida cotidiana, posteriormente en círculo se les pedirá que compartan cómo se sintieron y qué les pareció el taller impartido.</p>	Ninguno	Observar como toman el término de la sesión, para así poder saber si se encuentran tranquilos, de no ser así preguntar y dar apoyo.
Despedida. Que los participantes se retiren con gusto de esta sesión.	05 min.	<p>“Despedida”</p> <p>Lograr que los participantes se retiren tranquilos, para así poder re-significar lo trabajado en las actividades del taller con su vida cotidiana.</p>	Ninguno	Observar como toman el término de la sesión, para así poder saber si se encuentran tranquilos, de no ser así preguntar y dar apoyo.

ANEXO 2 (FOTOS)







## BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Alarcón Alarcón T. (2001). Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI ¿Necesidad o falta de información? Revista Española de Geriatria y Gerontología, 36 (1), 46-50
- 2) Álvarez Bagados P. (2015) Muchas Alternativas Disponibles y Eres Tú el que decideCuál Elegir en cada Momento; Archivo de la etiqueta: Circunstancias Vitales [en línea]  
  
Disponible en: <https://paulaalvarezbagados.wordpress.com/tag/circunstancias-vitales/>  
[2016, 20 de octubre]
- 3) Behar, Daniel (2003). Un buen morir “Encontrando sentido al proceso de la muerte”. México: Pax México
- 4) Beristáin Natalia (Director) (2013). No quiero dormir sola [película] Italia: CANANA
- 5) Blaise Aaron, Walker Robert (2003). Tierra de Osos [película] Estados Unidos
- 6) Bravo Mariño, Margarita (2006). ¿Qué es la tanatología? Revista Digital Universitaria, 7(8), 1-10
- 7) Camacho Solís, Rafael, Gómez Mier, Carlos, Flores Grimaldo, Ana y Guerrero Nava, Gabriela. Programa de Envejecimiento Activo. Instituto de Geriatria.
- 8) Capítulo II, Marco Teórico. Antecedentes Históricos [en línea]  
  
Disponible en: [catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lhr/esquivel.../capitulo2.pdf](catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lhr/esquivel.../capitulo2.pdf)  
[2014, 12 de julio]
- 9) Capítulo 2. Sobre los asilos de ancianos [en línea]  
  
Disponible en: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/22290/Capitulo2.pdf>  
  
[2014, 01 de septiembre]
- 10)Capítulo 2. Sobre los asilos de ancianos [en línea]  
  
Disponible en: <https://blu178.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mgJd916a0T5RGeigAiZMFUNg2&folderid=flinbox&attindex=4&cp=-1&attdepth=4&n=17556412>



[2015, 15 de julio]

11)Capítulo 11. Cuidados Paliativos en Geriatria [en línea]

Disponible en: [http://media.axon.es/pdf/88096\\_1.pdf](http://media.axon.es/pdf/88096_1.pdf) [2016, 25 de marzo]

12) Carbajo Vélez, Ma. Del Carmen (2008). La Historia de la vejez [ensayos]. Universidad de Valladolid.

13) Casanova Carmen, Delgado S., Esteves S., El médico de familia y la depresión del adulto mayor. Medicina familiar y comunitaria. Revista Biomedicina [en línea]

Disponible en:

[http://www.um.edu.uy/docs/revistabiomedicina\\_nov\\_dic%202009/bio\\_elmedicode familia.pdf](http://www.um.edu.uy/docs/revistabiomedicina_nov_dic%202009/bio_elmedicode familia.pdf) [2016, 15 de marzo]

14) Cassavetes Nick (Director) (2004). Diario de una pasión [película] Estados Unidos: New Line Cinema

15) Castañeda Yorcelly (2008). Adulto Mayor. Psicología Evolutiva. [en línea]

Disponible en: <http://psicologiaevolutivasecc1.blogspot.mx/2008/06/adulto-mayor.html> [2016, 15 de marzo]

16) Castellón Alberto (2010). Cambios físicos, psíquicos y funcionales del envejecimiento. Repercusiones sociales. [Blog en línea]

Disponible en: <http://geriatriaenred.blogspot.mx/2010/11/cambios-fisicos-psiquicos-y-funcionales.html> [2016, 15 de marzo]

17) Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (2006). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Santiago de Chile.

18) Chopra, D. (2011) Cuerpos sin edad, mentes sin tiempo. Barcelona: ZETA.

19) Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2012). Derechos de los adultos mayores. México

20) Comunicaciones HCUCH-UChile (2012). La importancia de saber envejecer: Bienestar psicológico en el adulto mayor. Universidad de Chile. [en línea].

Disponible en:

<http://www.uchile.cl/noticias/83237/saber-envejecer-bienestar-psicologico-en-el-adulto-mayor> [2016, 18 de abril]

- 21) Costa M. Alexis. ¿Qué es el envejecimiento? Sexualidad hoy (Sexualidad y Tercera edad).
- 22) Dávila Lara G. Y. y Hernández Tapia L.E. (2011). Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en México 2010. Secretaria de Salud
- 23) Diagnóstico Preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia [en línea]  
  
Disponible en:  
<http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf>  
  
[2014, 28 de julio]
- 24) Durán Arenas, Luis, Salinas Escudero, Guillermo y Gallegos Carrillo, Katia. Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México.
- 25) El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales.
- 26) El adulto mayor. Psicología del desarrollo en la actividad física. EcuRed Conocimiento con todos y para todos. [blog]  
  
Disponible en:  
[http://www.ecured.cu/El\\_adulto\\_mayor.\\_Psicologia\\_del\\_desarrollo\\_en\\_la\\_actividad\\_f%C3%ADsica](http://www.ecured.cu/El_adulto_mayor._Psicologia_del_desarrollo_en_la_actividad_f%C3%ADsica) [2016, 20 de marzo]
- 27) Emmerich Roland (Director) (2008) 10,000 a.C. [película] Estados Unidos y África: Warner Bros
- 28) Envejecer y el cuidado de adultos mayores. OptumHealth New México [en línea]  
  
Disponible en:  
<https://www.optumhealthnewmexico.com/consumer/es/envejecimientoyCuidadoParaPersonasDeLaTerceraEdad.jsp> 2016, 24 mayo
- 29) Estrada L. (2003). El ciclo vital de la familia. México: DEBGOLSILLO
- 30) Espinosa Almendro JM., Muñoz Cobos F., Portillo Strempe J., Clasificando a las personas mayores. Una visión dinámica. [en línea]

Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n3/08.pdf> 2016, 22 agosto

- 31) Feliciano Villar (2009). Discapacidad, dependencia y autonomía en la vejez. España
- 32) Félix Ruiz C., Hernández Orozco ML. (2009). El abandono del Adulto Mayor como Manifestación de Violencia Intrafamiliar. Archivos en Medicina Familiar vol. 11
- 33) Fernández Ballesteros Rocío. La Psicología de la Vejez. [en línea]. Disponible en:  
<http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf> [2015, 16 de marzo]
- 34) Flores Villavicencio, Ma. Elena, Vega López, Ma. Guadalupe y González Pérez, Guillermo (2011). Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia. Universidad de Guadalajara.
- 35) García Chávez A. (2010). Soporte Emocional en el Adulto y Adulto Mayor. [en línea]. Seminario  
Disponible en: <http://www.slideshare.net/AndersonGarciaChavez/soporte-emocional-en-el-adulto-mayor#> [2014, 16 de julio]
- 36) Giró Miranda J. (2006). Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. [en línea]  
Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=343628> [2016, 19 de agosto]
- 37) González Celis R. Ana Luisa. Calidad de vida en el adulto mayor. Instituto de Geriátría, 365-378
- 38) González de Morales, Socorro y Valdovino Rangel, Alfonso (2011-2012). De los Cuidados Paliativos a una Muerte Digna. Tesina Diplomado en Tanatología, Asociación Mexicana de Tanatología, A.C., León Gto.
- 39) Gutiérrez Luis Miguel (1990). Ensayo Perspectivas para el desarrollo de la geriatría en México. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, 32(6), 693-701

- 40) Gutiérrez Robledo, Luis M. (2004). La Salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento.
- 41) Ham Chande R., colab. (2000). Salud y bienestar del adulto mayor en la Ciudad de México
- 42) Hernández Zamora Z. (2006). Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. Index de Enfermería vol. 15 Revista SCIELO.
- 43) Imbert Milán. El entorno Familiar del Adulto Mayor. Cuba
- 44) Instituciones y Grupos [en línea]  
Disponibile en: <http://psicologiasocial.idoneos.com/355166/>  
[2015, 15 de junio]
- 45) Instituto Nacional de Geriatria (Productor) y L. M. Gutiérrez (Director) (2013) Adultos mayores en México: situación actual y retos [video] México: Primer Encuentro Nacional sobre Violencia Urbana en México.  
Disponibile en: <http://www.youtube.com/watch?v=Sxj8c1ihwhE> [2014, 01 de agosto]
- 46) INAPAM [en línea]  
Disponibile en: [http://www.inapam.gob.mx/en/INAPAM/Conoce\\_INAPAM](http://www.inapam.gob.mx/en/INAPAM/Conoce_INAPAM) [2015, 20 de noviembre]
- 47) Jiménez Ramírez Arnold O. (2002). Adultos mayores, adultos en plenitud, la realidad de los ancianos hoy. Seminario [en línea]  
Disponibile en:  
<http://www.semanario.com.mx/2002/295-29092002/TemaSemana.html> [2016, 20 de abril]
- 48) Kail R. y Cavanaugh, J. (2006). Desarrollo humano “una perspectiva del ciclo vital”. México: Cengage Learning.
- 49) Lara Roche, Carlos; La Bioética en el Cuidado del Adulto Mayor [sección]. Revista Bioética y Ciencias de la Salud, 5(3) [2014, 01 de agosto]
- 50) Langarica Salazar, R. (1987). Gerontología y Geriatria. México: Interamericana

51) Las Instituciones Sociales [en línea]

Disponible:

<https://blu178.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mgJd916a0T5RGeigAiZMFUNg2&folderid=flinbox&attindex=0&cp=-1&attdepth=0&n=86230623>

[2015, 15 de junio]

- 52) Leal M.D., Flores C.M. y Borboa G.C. (2006). La geriatría en México. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, 8(3), 185-190
- 53) Letelier Correa, Azucena (2005). Maltrato en la Vejez. Universidad de Chile, 14(1), 99-112
- 54) Lillo Crespo, Manuel. ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS EN EL ANCIANO: evolución de los valores sociales sobre la vejez a través de la historia [base de datos]. Universidad de Alicante.

Disponible en:

[http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/manuel\\_lillo\\_crespo2.htm](http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/manuel_lillo_crespo2.htm) [2014, 12 de julio]

- 55) Loaiza Valencia, Ana L. (2006). Factores sociodemográficos, económicos y de salud con síntomas depresivos en la población adulta mayor de México 2001 y 2003. Tesis para el grado de Maestría en Demografía. El Colegio de la Frontera Norte.
- 56) Los Adultos Mayores en México, Perfil Sociodemográfico al Inicio del siglo XXI (2005). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Aguascalientes.
- 57) Los antioxidantes pueden retrasar el envejecimiento mitocondrial y el deterioro fisiológico de la vejez (2001). Revista Española de Geriatría y Gerontología, 36(1), 57
- 58) López Martínez J., Crespo López M. (2008). Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Boletín sobre envejecimiento, (35). España, INMERSO
- 59) López Bravo M. (2008). El rol profesional del psicólogo en la promoción del envejecimiento activo. Formación Continuada a Distancia FOCAD.

- 60) M. Ignacia del Río y Palma Alejandro. Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo.
- 61) Maguey Pilar. Ventajas de los asilos para personas adultas mayores [blog], Salud 180.
- Disponible en: <http://www.salud180.com/adultos-mayores/ventajas-de-los-asilos-para-personas-adultas-mayores> [2014, 27 de agosto]
- 62) Manuel Lillo Crespo. Antropología de los cuidados en el anciano: evolución de los valores sociales sobre la vejez a través de la historia [blog], Portal geriátrico.
- Disponible en:  
<http://www.portalgeriatrico.com.ar/detallenotas.asp?clase=Psicogerontolog%EDa&Id=176> [2016, 08 de mayo]
- 63) Martínez Pérez, Patricia. Abandono Social en el Adulto Mayor.
- 64) Martínez Héctor D., Mitchell María E. y Aguirre Cristina G. Unidad Nº 5. Salud del Adulto Mayor. Manual de Medicina Preventiva y Social II
- Disponible en: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf> [2016, 08 de mayo]
- 65) Mendoza Núñez, Víctor, Martínez Maldonado, Ma. De la Luz y Correa Muñoz, Elsa. Desarrollo del Envejecimiento Activo en México: La Experiencia de la Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Zaragoza
- 66) Meyers Nancy (Director) (2015). Pasante de Moda [película]. Estados Unidos
- 67) Miranda Guerra A., Hernández Vergel L., y Rodríguez Cabrera A. (2009). Calidad de la atención en salud al adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral, 25(3), 11-24
- 68) Monroy López Anamelì (2005). Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor. AMAPSI
- 69) Montanet Avendano, Adalberto, Bravo Cruz, Carmen M. y Hernández Elías, Esperanza (2009). La calidad de vida en los adultos mayores. Revista de Ciencias Médicas, 13(1), 1-11
- 70) Montes de Oca V. (2011). Adultos Mayores, Población con Mayor tasa de Crecimiento [boletín en línea]. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM
- Disponible en: [http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2011\\_507.html](http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2011_507.html) [2014, 16 de julio]

- 71) Montes de Oca Zavala, Verónica (2001). El envejecimiento en México: Un análisis sociodemográfico de los apoyos sociales y el bienestar de los adultos mayores. Tesis para el título de Doctora en Ciencias Sociales con Especialidad en Estudios de Población, El Colegio de México, Distrito Federal
- 72) Montes-Rojas J; Gutiérrez-Gutiérrez L.; Silva-Pereira J.F.; García-Ramos G. y del Río-Portilla Y. (2012). Perfil cognoscitivo de adultos mayores de 60 años con y sin deterioro cognoscitivo. Revista Chilena de Neuropsicología
- 73) Muela J.A., Torres C.J. y Peláez E.M. (2001). La evaluación de la asertividad como predictor de carga en cuidadores de enfermos de Alzheimer. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 36(1), 41-45
- 74) Nos estamos haciendo viejos en el D.F. (2014, 03 de octubre). RÉCORD, pp. 34-35
- 75) Nova Vida (2010). El Adulto Mayor en México [blog]  
Disponibile en: <http://eladultomayorenmexico.blogspot.mx/2010/10/son-los-asilos-la-mejor-opcion.html> [2014, 27 de agosto]
- 76) Núñez Paniagua, C. (2013). Rol del Adulto Mayor [en línea]. Adultos Mayores Querétaro.  
Disponibile en: <http://www.adultosmayoresgro.com/2013/01/rol-del-adulto-mayor.html> [2014, 28 de julio]
- 77) Ocampo Ch. J. (2005). Evaluación geriátrica multidimensional del anciano en cuidados paliativos. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, 9(25), 46-58
- 78) Ortiz de la Huerta, Dolores y Miguel Jaimes, Alejandro (2006). Gerontología, geriatría y medicina interna. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina, UNAM
- 79) Orozco Rubio A. (2010). Por una cultura del envejecimiento. SEDESOL, INAPAM
- 80) Osorio Cruz, Gloria (2007). Abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema DIF Hidalgo. Tesis para la Licenciatura como Trabajador Social, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca de Soto, Hidalgo



- 81) Osorio Vergara, Zulema G. (2006). Calidad de vida del adulto mayor en asilo. Tesis para la Licenciatura en Psicología, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca de Soto, Hidalgo
- 82) Penny Montenegro E. y Melgar Cuellar F. (2012). Geriatria y Gerontología para el médico internista. Editorial La Hoguera. Bolivia
- 83) Peña P.B., Terán T.M. y asociados (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 14(2), 53-61
- 84) Pessini Leo y Bertachini Luciana (2006). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. Revista Acta Bioethica v.12
- 85) Preciado S. Ma. L., Vázquez G.J. y asociados (2007). Validez factorial de la Escala de agotamiento laboral para médicos de instituciones públicas en Guadalajara, México. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, 9(1), 41-48
- 86) Pulido Álvarez Ma. E. Envejecimiento y longevidad.
- 87) Ramírez Jiménez, Karla. El adulto mayor a lo largo del tiempo (época prehistórica y prehispánica, cultura maya) [en línea].  
Disponibile en: [www.adigac.org/Documents/articulo%20Karla%201.pdf](http://www.adigac.org/Documents/articulo%20Karla%201.pdf) [2014, 12 de julio]
- 88) Periódico RECORD (2014). Nos estamos haciendo viejos en el DF. Pág. 34
- 89) Reiner Rob (director) (2007). Antes de partir [película]. Estados Unidos: Meron Productions Storyline Entertainment Two Ton Films
- 90) Rev. Esp. Geriatric Gerontologist (2002). Envejecimiento activo: un marco político [en línea].  
Disponibile en: [2016, 29 de agosto]  
[http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms\\_envejecimiento\\_activo.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf)
- 91) Rivera M.H., Dávila M.R. y González P.A. (2011). Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 16(1), 27-32
- 92) Roberto Girault (Director) (2009) El estudiante [película] México: Halo Studio

- 93) Rodríguez Uribe Ana F., Valderrama Orbeagozo Laura J. y colab. (2010). Intervención Psicológica en Adultos Mayores. Revista Psicología desde el Caribe
- 94) Ruíz Ramírez J. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral (SCIELO); Cuba.
- 95) Santini N. (2011). Como llegar a la vejez con calidad de vida. México: Panorama
- 96) Santrock J. (2006). Psicología del Desarrollo El ciclo Vital. Dallas: McGraw Hill
- 97) Segovia Díaz de León, Martha G. Capacidad Funcional Capacidad de Vida del Adulto Mayor [diapositivas] Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería Unidad de Posgrado, 61 diapositivas
- 98) Segovia Díaz de León Martha G., Torres Hernández Erika A. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Revista Scielo Gerokomos [en línea].
- Disponible en:
- [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2011000400003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003) [2016, 12 de abril]
- 99) Síntomas y tratamiento de la depresión en el adulto mayor [base de datos] España, GeoSalud Su sitio de Salud en la Web
- Disponible en: [http://www.geosalud.com/depresion/depresion\\_mayores.htm](http://www.geosalud.com/depresion/depresion_mayores.htm) [2014, 12 de julio]
- 100) Situación de las personas adultas mayores en México. Instituto Nacional de las Mujeres.
- Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101243\\_1.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf) [2016, 20 de abril]
- 101) Solís, Patricio (1999). El ingreso a la cuarta edad en México: una aproximación a su intensidad, calendario e implicaciones en el apoyo familiar y social a los ancianos. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. Revista Redalyc [en línea].
- Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11201904.pdf> [2016, 28 de octubre]

102) Tema 3. Cambios psicológicos, sociales y familiares asociados al proceso de envejecimiento. Universidad de Cantabria. Aula virtual.

Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/unidad-2/tema-3.-cambios-psicologicos-sociales-y-familiares> [2016, 27 de mayo]

103) Travé Rodríguez AL, Reneses Sacristán A (2002); Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión; Del Sistema Nacional de Salud Vol.26-Nº 1-2002 [en línea].

Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol26\\_1\\_depresion.pdf](https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol26_1_depresion.pdf) [2016, 28 de octubre]

104) Trejo Maturana Carlos (2001). El viejo en la Historia. Revista Scielo Acta bioeth v. 7 [en línea].

Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2001000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2001000100008&script=sci_arttext) [2016, 12 de abril]

105) Triado Carme, Villar Feliciano (2008). Ejercer positivo. España, pág. 20

Disponible en:

[https://books.google.com.mx/books?id=O\\_OpPNtwZtgC&pg=PA20&lpg=PA20&dq=Dentro+del+envejecimiento+normativo,+los+geront%C3%B3logos+John+Rowe+y+Robert+Kahn&source=bl&ots=k5tw-i2Omw&sig=ewKdVmsiZznX5mm67YM0fa41VYo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjXt57x0ILTAhUI4oMKHTCpApoQ6AEIGjAA#v=onepage&q=Dentro%20del%20envejecimiento%20normativo%2C%20los%20geront%C3%B3logos%20John%20Rowe%20y%20Robert%20Kahn&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=O_OpPNtwZtgC&pg=PA20&lpg=PA20&dq=Dentro+del+envejecimiento+normativo,+los+geront%C3%B3logos+John+Rowe+y+Robert+Kahn&source=bl&ots=k5tw-i2Omw&sig=ewKdVmsiZznX5mm67YM0fa41VYo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjXt57x0ILTAhUI4oMKHTCpApoQ6AEIGjAA#v=onepage&q=Dentro%20del%20envejecimiento%20normativo%2C%20los%20geront%C3%B3logos%20John%20Rowe%20y%20Robert%20Kahn&f=false) [2016, 26 de enero]

106) Turteltaub Jon (Director) (2013). Plan en las Vegas [película]. Hungría

107) Una vejez emocionalmente inteligente: retos y desafíos

Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/ccss/07/uavg.htm> [2015, 16 de febrero]

- 108) Vera Martha (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 68(3), 284-290
- 109) Villafranco Gerardo (2016). Vivienda para adultos mayores, ¿un problema a punto de estallar? México Forbes
- Disponible en: <http://www.forbes.com.mx/vivienda-para-adultos-mayores-un-problema-a-punto-de-estallar/> [2016, 24 de mayo]
- 110) Villar Feliciano (2009). Discapacidad, dependencia y autonomía en la vejez. España, pág. 41
- Disponible en:
- <https://books.google.com.mx/books?id=rGx8QA-KtX4C&pg=PA41&lpg=PA41&dq=Por+ello,+podemos+diferenciar+al+menos+dos+periodos+dentro+de+la+vejez,+uno+temprano+y+otro+tard%C3%ADo,+diferencia+que+establecen+algunos+autores,+como+los+psic%C3%B3logos&source=bl&ots=vblxDZBccZ&sig=04aaxkdjDrx3Crb8PnXZHUtcQE&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi0kLj904LTAhVm7YMKHWD9DgQQ6AEIHDA#v=onepage&q=Por%20ello%2C%20podemos%20diferenciar%20al%20menos%20dos%20periodos%20de%20dentro%20de%20la%20vejez%2C%20uno%20temprano%20y%20otro%20tard%C3%ADo%2C%20diferencia%20que%20establecen%20algunos%20autores%2C%20como%20los%20psic%C3%B3logos&f=false> [2016, 24 de mayo]
- 111) Villegas-Vazquez Kenya G., Montoya-Arce Bernardino J., (2014). Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México. Universidad Autónoma del Estado de México. Revista Redalyc
- 112) Yanguas Lezaun, José (Doctor). EMOTION [diapositivas] INGEMA-Instituto Gerontológico Matia, 29 diapositivas
- 113) Zapata Farías, Hernán (2001). Adulto Mayor: Participación e identidad. Universidad de Chile. Revista de Psicología
- 114) Zemanta, Mundo Cotidian. Abuelos y nietos, la importancia de su vínculo [blog]
- Disponible en: <http://mundocotidian.com/2013/01/abuelos-y-nietos-la-importancia-de-su-vinculo/> [2014, 28 de julio]