



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**



**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**Percepción de las Redes de Apoyo Social Extra-familiares de un  
Núcleo Gerontológico del Programa de Envejecimiento Saludable  
de la FES ZARAGOZA UNAM durante la pandemia de la COVID-19.  
Un estudio cualitativo exploratorio**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:  
DIANA KARINA RODRÍGUEZ ARZATE**

Director de Tesis: Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez  
Asesora de Tesis: Mtra. Otilia Aurora Ramírez Arellano  
Asesora de Tesis: M. C. Susana Andrea Cocolletzi Kumul

**MÉXICO NOVIEMBRE CDMX, 2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

La investigación se llevó a cabo con el apoyo financiero otorgado por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA), Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) con el registro IN306121.

A mi asesora, la Mtra. Otilia Aurora Ramírez Arellano por su incondicional apoyo e invaluable paciencia que me brindó para la realización de esta tesis. Por la oportunidad de formar parte del Programa de Envejecimiento Saludable, por compartir sus conocimientos y por el tiempo dedicado a todo el proceso de la investigación.

A la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, en especial al Programa de Envejecimiento Saludable y a cada uno de los asistentes que contribuyeron con sus invaluable experiencias para la presente investigación, por enseñarme tanto a nivel personal.

Al Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez, por la dirección de esta tesis, por compartir su tiempo y sus conocimientos, producto de sus investigaciones lo cual facilitó la realización de este trabajo.

A la M.C. Susana Andrea Cocoletzi Kumul, por formar parte de este proyecto, por sus opiniones y aportes, así como el tiempo dedicado a cada parte del proceso que implicó la investigación.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y en especial a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por mi formación como profesional y por todas las experiencias que me regalaron durante mi preciada estadía en sus aulas.

## DEDICATORIAS

Agradezco a todas y cada una de las personas que en diferentes momentos fueron parte de este gran logro, agradezco el apoyo y la motivación que aportaron, gracias por permanecer, gracias por existir.

A mi hija, María Alhelí Rodríguez, quien se convirtió en mi acompañante desde el quinto semestre de la licenciatura y desde entonces me dotó de la energía más fuerte y bella que he podido tener jamás. Gracias por tu amor infinito, gracias por ayudarme a lograr todo lo que hemos logrado, gracias por tu paciencia y tus enseñanzas, gracias por hacer de mí una mejor persona. Gracias por llegar a mi vida.

A mi familia, que me da la fuerza y las ganas de continuar, que están siempre al final de un mal día para mejorarlo o de un gran día para hacerlo el doble de increíble. A mi papá, Martín, que siempre creyó, cree y creerá en mí, por su amor infinito, por todas esas noches que me esperaba para acompañarme en el camino de regreso a casa y cuidarme, por todo su esfuerzo en el trabajo y por el gran ejemplo que me brindó siempre de perseverancia y aguante; a mi mamá, Leticia, por ser mi ejemplo de fuerza y de siempre poder, por cuidarme y brindarme su apoyo incondicional, por estar siempre en cada paso de mi vida para aplaudir mis logros; y a mi hermano, Oscar, por creer en mí, por regalarme las melodías más preciosas de la vida, por guiarme con sus invaluable consejos, por estar siempre.

A mi mamá Vera y Hugo, quienes de forma incondicional han formado parte de mi camino, brindándome siempre un apoyo y calor reparadores, por estar al pendiente, por contemplarme en sus oraciones y por su cariño infinito.

A mis amigos, Karla, Didier, Tanya, Mayra, Janet, Made, Jovany, Ulises, Mafer, Jazmín, Daniela, Fernando Villegas por motivarme siempre y guiarme siempre.

A mi cómplice de emociones, Omar Martínez, por ser parte, por su tiempo, por su incomparable apoyo en cada momento, por compartir conmigo esta etapa, por darme vida, por darme fuerza y darme ganas. Aquí y afuera del planeta, te quiero tres millones.

<b>ÍNDICE</b>	
<b>I. RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>I.ABSTRACT.....</b>	<b>7</b>
<b>II. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>8</b>
<b>III. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>10</b>
<b>III.1 Envejecimiento.....</b>	<b>10</b>
<i>III.1.1 Concepto de envejecimiento.....</i>	10
<i>III.1.2 Envejecimiento saludable .....</i>	13
<i>III.1.3 Programas de envejecimiento saludable en América Latina .....</i>	18
<i>III.1.4 Programas de envejecimiento saludable en México.....</i>	22
<b>III.2 Transición demográfica y epidemiológica.....</b>	<b>28</b>
<i>III.2.1 Transición demográfica.....</i>	28
<i>III.2.2 Transición epidemiológica .....</i>	32
<b>III.3 Redes de apoyo social .....</b>	<b>35</b>
<i>III.3.1 ¿Qué son las redes de apoyo?.....</i>	35
<i>III.3.1.1 Capital social.....</i>	36
<i>III.3.2 Clasificación de las redes de apoyo.....</i>	38
<i>III.3.2.1 Red de apoyo Extra-familiar .....</i>	38
<i>III.3.2.2 Red de apoyo Institucional.....</i>	38
<i>III.3.3 Redes de apoyo en el envejecimiento .....</i>	38
<i>III.3.4 Instrumentos para evaluar las redes de apoyo .....</i>	40
<i>III. 3.4.1 Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM)</i> .....	41
<i>III.3.5 Propuestas para la política pública .....</i>	42
<b>III.4 Núcleo gerontológico .....</b>	<b>46</b>
<i>III.4.1 Modelo de núcleos gerontológicos.....</i>	46
<i>III.4.2 Desarrollo integral gerontológico .....</i>	46
<i>III.4.2.1 Elementos del desarrollo integral gerontológico .....</i>	47
<i>III.4.3 Objetivos de los núcleos gerontológicos.....</i>	47
<b>III.5 COVID 19.....</b>	<b>48</b>
<i>III.5.1 Consecuencias en la salud mental por COVID-19.....</i>	48
<i>III.5.2 El y la Adulto (a) mayor frente al COVID-19 .....</i>	51

<b>III.6</b>	<b>Viejismo y la COVID-19.....</b>	<b>54</b>
<i>III.6.1</i>	<i>Viejismo. ....</i>	54
<i>III.6.2</i>	<i>Viejismo y la COVID-19. ....</i>	55
<b>III.7</b>	<b>Afrontamiento y resiliencia. ....</b>	<b>57</b>
<i>III.7.1</i>	<i>Afrontamiento.....</i>	57
<i>III.7.2</i>	<i>Resiliencia. ....</i>	58
<b>IV.</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>60</b>
<b>V.</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>61</b>
<b>VI.</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODO .....</b>	<b>62</b>
<b>VI.1</b>	<b>Diseño de estudio.....</b>	<b>62</b>
<b>VI.2</b>	<b>Universo .....</b>	<b>62</b>
<b>VI.3</b>	<b>Procedimiento.....</b>	<b>63</b>
<b>VI.4</b>	<b>Consideraciones éticas.....</b>	<b>66</b>
<b>VII.</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>68</b>
<b>VIII.</b>	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>91</b>
<b>IX.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>101</b>
<b>X.</b>	<b>PERSPECTIVAS .....</b>	<b>102</b>
<b>XI.</b>	<b>REFERENCIAS. ....</b>	<b>103</b>
<b>XII.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>114</b>
<b>Anexo 1.</b>	<b>Consentimiento informado.....</b>	<b>114</b>
<b>Anexo 2.</b>	<b>Escala de Redes de Apoyo Social para Personas Mayores (ERASAM) .....</b>	<b>115</b>
<b>Anexo 3.</b>	<b>Transcripción. ....</b>	<b>116</b>

## I. RESUMEN

**Antecedentes.** El modelo de núcleos gerontológicos propuesto por el grupo de investigación de la Unidad de Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, que se desarrolla en el Centro Universitario de Envejecimiento Saludable (CUENSA), tiene como propósito promover el envejecimiento saludable a través de la implementación de programas de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, en el ámbito comunitario. En este sentido, las redes de apoyo social son parte fundamental de los núcleos gerontológicos, ya que tienen efectos positivos en la salud mental del adulto mayor. En este marco, el afrontamiento y resiliencia son dos componentes estratégicos, para el envejecimiento saludable. Al respecto, la pandemia de la COVID-19 vivida recientemente, representó un reto para la gerontología comunitaria, considerando las redes de apoyo social como elemento clave de los núcleos gerontológicos. **Objetivo.** Analizar la percepción de los adultos mayores integrantes de un núcleo gerontológico del Programa de Envejecimiento Saludable de la FES Zaragoza, respecto a la percepción de apoyo de las redes sociales extra-familiares (RSEF) durante la pandemia de la COVID-19. **Método.** Se llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo exploratorio en un núcleo gerontológico del programa de Envejecimiento Saludable de la FES Zaragoza, UNAM. Para tal efecto, se conformó un grupo focal de siete personas de 50 a 76 años residentes del Municipio Los Reyes en el Estado de México, en el que se encontraban 6 mujeres y un hombre, con escolaridad heterogénea (desde primaria incompleta hasta licenciatura), todos los participantes refirieron ser de religión católica. A todos se les aplicó una entrevista a semiestructurada con el propósito de explorar la percepción del apoyo de las RSEF para afrontar la pandemia de la COVID-19. **Resultados.** Se obtuvieron respuestas similares respecto a las estrategias de afrontamiento ante la COVID-19, sobre todo ante la distimia derivada de la pandemia por COVID-19, resaltando un impacto positivo con la realización de sesiones de ejercicio físico, contemplándolo como una motivación en el día a día de los participantes. También se identificó el rol de promotores, para la ayuda mutua, promoviendo hábitos saludables, tales como la alimentación, ejercicio físico y socialización entre el grupo, con el apoyo de sus familiares y amigos. Respecto a la participación en otras redes de apoyo social, se encontró que tres integrantes del grupo focal tenían participación en actividades propuestas por las autoridades municipales (Municipio de Los Reyes). **Conclusiones.** Nuestros hallazgos sugieren que el modelo de núcleos gerontológicos es una opción factible y eficaz para afrontar situaciones emergentes como la COVID-19, con el propósito de mantener los estilos de vida para el Envejecimiento Saludable. Al respecto la socialización y comunicación “entre pares” tuvo un impacto positivo en la motivación de los participantes respecto a continuar con la práctica del ejercicio físico y hábitos alimenticios saludables. Asimismo, los integrantes del núcleo gerontológico han jugado un rol de promotores de salud con familiares y amigos sobre estilos de vida saludables que han aprendido en el CUENSA.

**Palabras clave:** núcleo gerontológico, redes, apoyo social, envejecimiento saludable.

## I.ABSTRACT

**Background.** The gerontological nuclei model proposed by the research group of the Gerontology Unit of the Faculty of Higher Studies Zaragoza, UNAM, has the purpose of promoting healthy aging through the implementation of self-care, mutual help and self-management programs, in the community level. In this sense, social support networks are a fundamental part of gerontological nuclei, since they have positive effects on the mental health of older adults. In this framework, coping and resilience are two strategic components for healthy aging. In this regard, the recently experienced COVID-19 pandemic represented a challenge for community gerontology, considering social support networks as a key element of gerontological nuclei. **Objective.** To analyze the perception of older adults members of a gerontological core of the Healthy Aging Program of the FES Zaragoza, regarding the perception of support from extra-familial social networks (RSEF) during the COVID-19 pandemic. **Method.** An exploratory qualitative study was carried out in a gerontological core of the Healthy Aging program of the FES Zaragoza, UNAM. For this purpose, a focus group of seven people between 50 and 76 years old, residents of the Los Reyes Municipality in the State of Mexico, was formed, which included 6 women and one man, with heterogeneous education (from incomplete primary school to bachelor's degree), All participants reported being of the Catholic religion. A semi-structured interview was applied to all of them with the purpose of exploring the perception of RSEF support to face the COVID-19 pandemic. **Results.** Similar responses were obtained regarding coping strategies against COVID-19, especially in the face of dysthymia derived from the COVID-19 pandemic, highlighting a positive impact with carrying out physical exercise sessions, considering it as a motivation during the day. day of the participants. The role of promoters was also identified, for mutual help, promoting healthy habits, such as eating, physical exercise and socialization among the group, with the support of their family and friends. Regarding participation in other social support networks, it was found that three members of the focus group participated in activities proposed by the municipal authorities (Municipality of Los Reyes). **Conclusions.** Our findings suggest that the gerontological nuclei model is a feasible and effective option to face emerging situations such as COVID-19, with the purpose of maintaining lifestyles for Healthy Aging. In this regard, socialization and communication “between peers” had a positive impact on the motivation of the participants regarding continuing with the practice of physical exercise and healthy eating habits. Likewise, the members of the gerontological core have played the role of health promoters with family and friends about healthy lifestyles that they have learned at CUENSA.

**Keywords:** gerontological core, networks, social support, healthy aging.



## II. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se ha visto que la población de personas mayores ha ido en aumento y, al realizar una búsqueda de información sobre dicho cambio demográfico, se le puede encontrar vinculado con descripciones tales como un reto para el ámbito político y económico, debido a la necesidad del establecimiento de políticas y programas que tengan como meta en común la promoción del envejecimiento activo, saludable y productivo. De la misma manera, cuando se habla de envejecimiento, suele pensarse en los aspectos negativos relativos a la vejez, tales como el incremento en la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, deterioro físico y cognitivo, discapacidad y abandono, etc. No obstante, la gerontología social y comunitaria tiene una visión positiva del envejecimiento, en la que se reconoce el capital humano y social que representan las personas en proceso de envejecimiento ( $\geq 45$  años) y envejecidas ( $\geq 60$  años), para su propio desarrollo, además de la contribución económica y social indirecta no reconocida, tales como el cuidado de los nietos y enfermos, quehaceres del hogar, gestiones administrativas del hogar y voluntariado, entre otros. Uno de los retos a los que se enfrenta este campo de estudio, para lograr un envejecimiento activo, saludable y productivo son las representaciones sociales negativas y estereotipos del envejecimiento y la vejez denominado “viejismo” (*ageism*), que propicia una discriminación y rechazo de las personas adultas mayores con repercusiones negativas en su estado de salud, inclusión social y calidad de vida.

En este contexto la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México (FES Zaragoza, UNAM), en 1996 propuso un modelo de atención comunitaria para adultos mayores denominado “Modelo de Núcleos Gerontológicos”, reconociendo el capital humano y social de los adultos mayores, a quienes se les capacita como promotores de salud gerontológica, con el propósito de propiciar un efecto multiplicador “entre pares” de pequeños grupos de 10 a 15 personas (núcleos gerontológicos), considerando como pilares del modelo el autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión, fortaleciendo y optimizando el uso de las redes de apoyo

social (RAS) formales (institucionales) e informales (familiares, extra-familiares y comunitarias). El modelo de núcleos gerontológicos, se sustenta en la gerontología comunitaria, en el marco del envejecimiento activo y saludable, considerando como elemento clave —mantener, prolongar y recuperar la capacidad funcional física, psicológica, cognitiva y social— para el bienestar y desarrollo humano en diferentes contextos socioculturales.

Las RAS se definen como un conjunto de relaciones interpersonales que involucran intercambios ya sea de orden material, servicios, emocionales, entre otros, en función de las necesidades individuales. Las RAS son consideradas como un elemento clave que interviene en la capacidad funcional y bienestar durante el envejecimiento. Está demostrado que la existencia de RAS facilita la integración social y garantiza el ejercicio de su ciudadanía activa a los viejos, ya que facilitan los procesos de adaptación a los cambios físicos, mentales y de salud. Las RAS y la integración social ayudan a mantener la percepción y el sentido de control sobre las situaciones, lo que significa una disminución de los riesgos de morbilidad, mortalidad e internamiento de los adultos mayores. Al respecto, en 2019 nos enfrentamos a un problema de salud emergente “la pandemia de la COVID-19” que se prolongó hasta finales del 2022. En este sentido, una de las poblaciones más vulnerables para adquirir dicha enfermedad y mayor letalidad fue la de los adultos mayores, lo que propició mayor aislamiento en comparación con los otros estratos de la población, fortaleciendo de manera implícita y explícita diferentes tipos de vejeísmo.

En este marco, el reconocimiento, percepción y satisfacción de los apoyos recibidos de las RAS es fundamental para mantener un envejecimiento activo y saludable en situaciones emergentes como fue la vivencia de la COVID-19. Por tal motivo, el propósito del presente trabajo fue analizar la percepción de los integrantes de un núcleo gerontológico sobre los tipos redes de apoyo social y satisfacción de los apoyos recibidos en el contexto de la pandemia de la COVID-19.

### III. MARCO TEÓRICO

#### III.1 Envejecimiento

##### *III.1.1 Concepto de envejecimiento*

El estudio del envejecimiento se remonta desde los escritos y trabajos elaborados por los filósofos Sócrates, Platón y Aristóteles en el siglo V y IV a. C., quienes exponen diversas ideas respecto a la vejez, por ejemplo, Platón señaló dos características principales de la vejez: (i) la debilidad física y (ii) la ausencia de los placeres del cuerpo, y al mismo tiempo señala el aumento de otros deseos, como el placer de conversar con viejos amigos (Eggers Lan, 1986).

Los primeros estudios considerados científicos sobre este tema, se dieron en la década de los años 20 y 30, por mencionar algunos ejemplos, en Estados Unidos, Stanley Hall publica en 1922 su obra *Senescence, the last half of life*, considerada el primer manual sobre envejecimiento con corte psicológico. Por otro lado, en Europa se presenta el trabajo de Charlotte Bühler que en los años 30 llevó a cabo investigaciones sobre la trayectoria psicológica del ser humano a lo largo del ciclo vital (Carranza, 2016).

Se han realizado diversos análisis del concepto de envejecimiento, término al cual se han relacionado toda clase de conceptos tales como vejez, longevidad, ancianidad, tercera edad, entre otros y, pese a que en algunas de estas definiciones se logran encontrar similitudes y factores que comparten entre sí, también han presentado una evolución a lo largo del tiempo, basada en las investigaciones que se han realizado gracias al creciente interés por el tema del envejecimiento y por la población que representa el adulto mayor.

Tal ha sido el creciente interés en esta etapa de la vida que actualmente existen más de 200 teorías del envejecimiento, así como diversas definiciones, a continuación, se presentarán las que se han considerado más relevantes.

La vejez es un concepto relativo a una etapa del ciclo vital humano, cuyo inicio, desarrollo, limitaciones y oportunidades son determinados por los grupos sociales.

Al respecto, cada sociedad establece la edad de inicio de la vejez y ésta ha cambiado a lo largo del tiempo (Mendoza-Nuñez & De la Luz Martínez-Maldonado 2013).

El envejecimiento ha sido catalogado como un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital que va desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte (Alvarado et al. 2014). Esta definición se encuentra enmarcada dentro de una perspectiva social, refiere al envejecimiento como un proceso multidimensional por el que todo ser humano atraviesa. Guerrero (2015), señala que, si se parte de que el envejecimiento es un proceso que comienza desde que el ser humano se concibe como un ser vivo, entonces, incluso, podría hablarse de que, desde antes del nacimiento, cuando el embrión se forma y comienza a desarrollarse, ese desarrollo podría traducirse en signos de envejecimiento. Al respecto, nuestro grupo de investigación, está en desacuerdo con este enfoque, ya que los niños no envejecen, sino crecen y se desarrollan, no se puede dejar de tener lo que no se ha logrado durante el desarrollo psico-biológico, de ahí que se propone como edad de inicio del envejecimiento la quinta década de la vida (alrededor de los 45 años de edad) (Mendoza-Núñez et al. 2016). Por tal motivo, ha sido definido como un proceso gradual y adaptativo caracterizado por una disminución de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales propiciadas por los cambios inherentes a la edad en un ambiente determinado (Mendoza-Núñez & Martínez-Maldonado, 2013).

Por otro lado, desde un punto de vista de la psicología evolutiva tradicional del desarrollo, se supondría el crecimiento al cambio de las estructuras y funciones psicológicas del individuo, por lo que, al producirse un aumento en las potencialidades biológicas de la persona, en los primeros años, las estructuras y funciones psicológicas también podrían experimentar un cambio de ganancias y pérdidas. Después de la madurez se observan cambios en la estructura familiar, abandono del hogar por parte de los hijos, muerte de personas queridas, reestructuración o inversión de las relaciones de dependencia, entre otros (Gutiérrez & Gutiérrez, 2010).

Se considera importante señalar que, dentro del mismo aspecto psicológico, se incluyen elementos predictores de longevidad como lo son la capacidad cognitiva, la valoración subjetiva de la salud y el sentirse útil (Allevato & Gaviria, 2008).

El envejecimiento debe ser considerado con dos dimensiones: (i) material, que se observa en los humanos en su expresión orgánica, biológica y social; y (ii) cultural, considerada subjetiva, que representa la forma en la que se enfrenta a este proceso (Gutiérrez & Kershenobich, 2018).

Como se ha mencionado anteriormente, el envejecimiento es una etapa en la que se ven involucrados factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo que, los tres niveles que se pueden distinguir dentro del proceso de envejecimiento son los siguientes (Esquivias, 2015):

- **Biológico**, se puede distinguir una pérdida progresiva en la capacidad de adaptación, es decir, se presenta un deterioro en el organismo que afecta a las funciones del mismo. Este deterioro es el responsable del aumento en la probabilidad de presentar enfermedades tanto físicas como mentales que incapacitan a la persona en sus diferentes áreas. Las enfermedades físicas afectan al plano psicológico y el deterioro en las capacidades psicológicas incide en la salud física.
- **Cognitivo**, durante el proceso de envejecimiento, aparece un declive en ciertas capacidades mentales como en algunos aspectos del funcionamiento de la memoria, especialmente aparece un deterioro en la memoria explícita, se requiere de un esfuerzo voluntario para recordar, y en la velocidad de procesamiento de información. Las capacidades cognitivas empeoran y en ocasiones pueden aparecer enfermedades neurodegenerativas que producen demencia. No obstante, la capacidad de abstracción mejora y el lenguaje se mantiene.
- **Social**, se experimentan grandes cambios que producen estrés y malestar (como jubilación, pérdida de seres queridos, el cambio en los ingresos económicos, etc.) y que suponen una adaptación por parte del adulto mayor, ya que inciden directamente sobre su estado emocional.

### *III.1.2 Envejecimiento saludable*

Con el paso del tiempo, han surgido enfoques en los que se enmarcan las distintas definiciones y conceptualizaciones del envejecimiento, dentro de dichos enfoques se encuentra el del envejecimiento positivo, en el cual se reconoce y resaltan las capacidades físicas, psicológicas y sociales de los adultos mayores, todo esto con base a la experiencia y los conocimientos adquiridos a lo largo de su ciclo vital, estos conocimientos pueden contribuir de una manera significativa en la economía y el bienestar personal de otros adultos mayores y de la sociedad en general (Mendoza-Núñez & Martínez-Maldonado, 2013).

En las últimas décadas se han propuesto diferentes modelos de envejecimiento, de los cuales es sobresaliente el “Envejecimiento activo y saludable”, dicho término fue propuesto por la OMS (1998) definiéndolo como un proceso que inicia antes de los 60 años. También ha sido utilizado para referirse a un estado positivo y caracterizado por la ausencia de enfermedades (OPS, 2015). Aunque es importante aclarar que esta última definición es limitada, ya que excluye diversos factores que también influyen de manera significativa en el envejecimiento, tales como la capacidad funcional y el bienestar, como se ha expresado en líneas anteriores, además, es necesario señalar que el envejecimiento activo es posible (participación social) aún teniendo enfermedades crónicas no transmisibles relativas al envejecimiento, sobre todo cuando están controladas.

El envejecimiento saludable es considerado como uno de los principales objetivos que se plantean los programas comunitarios de envejecimiento; sin embargo, no existe un consenso sobre lo que este concepto podría comprender o cómo se puede definir o medir. El término de envejecimiento saludable ha sido utilizado de manera constante para describir un estado positivo libre de enfermedad y distinguir entre individuos sanos y enfermos, sin embargo, Mendoza-Núñez et al. (2019), señalan que esta definición no refleja las capacidades físicas, psicológicas y sociales que

se mantienen durante el envejecimiento que les permite tener una vida independiente y autónoma.

En su informe sobre envejecimiento y salud, la OMS (2015) define al Envejecimiento Saludable como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”, comprendiendo que:

- La **capacidad funcional** “comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características”.
- La **capacidad intrínseca** es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.
- El **entorno** “comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona. Incluye –desde el nivel micro hasta el nivel macro- el hogar, la comunidad y la sociedad en general. En el entorno se encuentra una serie de factores que abarcan el entorno construido, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales, los sistemas que las sustentan y los servicios que prestan”.
- El término **bienestar** “se considera en el sentido más amplio y abarca cuestiones como la felicidad, la satisfacción y la plena realización”.
- Entre las **características personales** se encuentran aquellas que son fijas, como el sexo y el origen étnico, y otras que tienen cierta movilidad o reflejan normas sociales, como la ocupación, el nivel educativo, el género o la riqueza. Estas características contribuyen a la posición social en un contexto y momento determinado, lo que define las exposiciones, las oportunidades y los obstáculos que se enfrentan, así como el acceso a los recursos.

Durante la revisión bibliográfica que se ha llevado a cabo para la elaboración de la presente investigación, se han encontrado trabajos en los que se utilizan términos como envejecimiento activo o envejecimiento con éxito refiriéndolos como sinónimos del envejecimiento saludable y, a pesar de que algunos autores aseguran

que no se tratan de sinónimos, es cierto que se encuentran ciertas similitudes entre cada uno de ellos. Para ejemplificar lo mencionado, a continuación, se presenta una tabla con los diferentes modelos que han abordado el término de “envejecimiento con éxito, activo o saludable” y sus principales aportes al concepto.



**Cuadro III. 1. Modelos sobre el envejecimiento activo, saludable o con éxito**

<b>Modelo</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Aportes</b>
Teoría de la actividad	Robert J. Havighurst	1961	Se presenta la primera definición de <b>envejecimiento con participación social</b> , descrito en términos de felicidad y satisfacción vital.
Teoría de la desvinculación	Elaine Cumming & Warren Earl Henry	1961	El modelo hace hincapié en la necesidad de reducir la participación en diversos tipos de actividades a medida que aumenta la edad. La tarea central del envejecimiento se convierte así en ir abandonando gradualmente y de la mejor manera posible, en un proceso gradual de retirada. Se define al <b>envejecimiento</b> como el deseo y la capacidad de la persona para alejarse de una vida activa con el fin de prepararse para la muerte.
Adaptación a la jubilación	Suzanne Reichard, Florine Livson & Paul G. Petersen	1962	Definen al <b>envejecimiento exitoso</b> como la capacidad de adaptación a la jubilación, también identifican 3 tipos de adaptación adecuada: el tipo <b>mature</b> (maduro), el tipo <b>docking chair</b> (mecedora) y el tipo <b>armored</b> (blindado).
Teoría de la personalidad	Bernice L. Neugarten	1972	Se analiza el papel de la personalidad en el <b>envejecimiento con éxito</b> . Los estilos de afrontamiento, la capacidad de adaptarse y las expectativas, así como el nivel de ingreso económico, la salud, las interacciones sociales y los límites impuestos por el medio ambiente se consideraron como factores relacionados con la personalidad y, como tales, desempeñan un papel de gran complejidad en el envejecimiento con éxito.
Modelo de envejecimiento con éxito	John Rowe & Robert Kahn	1987/1998	En 1987, Rowe y Kahn propusieron una distinción entre el envejecimiento “usual” y “con éxito” como estados del envejecimiento no patológico. Proponen una dicotomía adicional entre los que de alguna manera presentan enfermedad o riesgo de presentarlas y los que no las presentan.  En 1998 definen el <b>envejecimiento exitoso</b> como multidimensional y afirmaron que consta de 3 componentes: una baja probabilidad de enfermar y de presentar discapacidad, un alto funcionamiento cognitivo y físico, y un alto compromiso con la vida.
Envejecimiento activo	Carol D. Ryff	1989	La definición de este autor incluye 6 dimensiones del <b>funcionamiento positivo</b> ; aceptación, autonomía, crecimiento personal, propósito en la vida, relaciones positivas con otros y dominio del entorno. El autor defiende

			la idea de que el envejecimiento es un proceso de desarrollo en el que el crecimiento todavía es posible.
Modelo de selección, optimización y compensación (SOC)	Paul Baltes & Margaret Baltes	1990	<p>Conceptualizan al envejecimiento como un equilibrio cambiante entre las pérdidas y ganancias. Afirman que la gente puede compensar las pérdidas y mantener un alto nivel de satisfacción en sus vidas.</p> <p>El concepto de <b>envejecimiento activo</b> se asocia al concepto de resiliencia, gracias a la cual las personas son capaces de lograr un equilibrio positivo entre las ganancias y las pérdidas durante el envejecimiento.</p>
Envejecimiento activo	Organización Mundial de la Salud	2002	<p>La OMS define al <b>envejecimiento activo</b> como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El modelo está basado en 3 pilares fundamentales: participación, salud y seguridad; y considera 6 determinantes: 1) determinantes relacionados con los servicios sociales y sanitarios; 2) determinantes conductuales; 3) determinantes relacionados con factores personales; 4) determinantes relacionados con el entorno físico; 5) determinantes relacionados con el entorno social; y 6) determinantes económicos.</p>
Envejecimiento saludable, positivo y con éxito	Rocío Fernández Ballesteros	2011	<p>El modelo representa el referente europeo de los modelos de envejecimiento activo.</p> <p><b>El envejecimiento con éxito</b> es un concepto relativamente nuevo, sinónimo de otros conceptos tales como envejecimiento saludable, activo, productivo, óptimo y positivo. Es un concepto multidimensional que abarca, y supera, la buena salud y que está compuesto por un amplio conjunto de factores bio-psico-sociales.</p> <p>Según la autora, las condiciones de salud, funcionamiento físico óptimo, alto funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación social son los criterios generalmente aceptados para caracterizar a un envejecimiento exitoso.</p>

En este marco, para nuestro estudio se asume la definición de envejecimiento saludable propuesta por Mendoza-Núñez et al. (2018), “como el proceso mediante el cual las personas adultas mayores adoptan o fortalecen estilos de vida saludables, a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formales e informales, con el fin de mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social y así, lograr el máximo de bienestar, salud y calidad de vida, a partir de considerar el contexto sociocultural”.

Algunos estudios han indagado la relación específica entre cada uno de los factores mencionados respecto al envejecimiento saludable, en su mayoría resaltan los efectos positivos, resaltando la importancia del autocuidado para el envejecimiento saludable, de igual manera y más reciente, se han incluido los constructos de resiliencia y generatividad vinculados con el bienestar durante en el envejecimiento.

### *III.1.3 Programas de envejecimiento saludable en América Latina*

La OMS en su informe del 2015 presenta un marco para la acción de salud pública sobre el envejecimiento, presta especial atención a necesidades clave como:

- *Tener en cuenta la heterogeneidad de las experiencias en la vejez y asegurar la pertinencia de las estrategias para todas las personas mayores, independientemente de su estado de salud;*
- *Ocuparse de las inequidades que subyacen a esta diversidad;*
- *Evitar los estereotipos y preconceptos discriminatorios por motivos de edad;*
- *Empoderar a las personas mayores para que se adapten a los desafíos que enfrentan y al cambio social que acompaña el envejecimiento de la población, y para que influyan en ellos;*
- *Tener en cuenta los entornos en los que viven las personas mayores;*
- *Tener en cuenta la salud desde la perspectiva de la trayectoria de funcionamiento de la persona mayor, en lugar de la enfermedad o la comorbilidad que presenta en un momento determinado de su vida.*

En el mismo Informe, se propone una respuesta de salud pública encaminada a fortalecer la capacidad de las personas de desenvolverse en estas dinámicas y adaptarse a ellas y a las pérdidas que puedan sufrir, basada en el concepto de *resiliencia*, concepto que ya ha sido mencionado anteriormente como factor influyente en el proceso de envejecimiento.

El envejecimiento de la población en los países de América Latina y el Caribe está en distintas etapas de desarrollo. En algunos países el crecimiento poblacional de adultos mayores ha alcanzado niveles que demandan intervenciones concretas, mientras que en otros apenas comienza a ser evidente desde inicios del siglo XXI. Esta situación brinda una oportunidad única para la transmisión y discusión de las experiencias entre países, en particular las referidas a políticas de salud para la población de 60 y más años. Con fines de estudiar los efectos del envejecimiento sobre los individuos sobre las sociedades, es necesario hacer una continua inversión en investigaciones multidisciplinarias, multinacionales y longitudinales que nos permita estudiar a fondo las relaciones entre las variables que afectan la salud y el bienestar de los individuos y las sociedades que envejecen. La Organización Panamericana de la Salud a finales de la década de los 90 realizó una importante inversión para el diseño de un estudio multicéntrico sobre la Salud, el Bienestar y el Envejecimiento (SABE), el cual tenía como objetivo principal investigar las condiciones de salud de los adultos mayores en las principales zonas urbanas de siete países en América Latina y el Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay) y pretendía aportar información sobre la salud, la funcionalidad, el acceso y uso de los servicios de salud, la situación socioeconómica, la historia laboral, la historia de uniones, la red social del individuo y las transferencias generacionales (Peláez et al., 2000).

Argentina, México, Costa Rica y Uruguay son países que se destacan por la implementación en las agendas de sus gobiernos de programas y políticas públicas orientadas a la atención integral de la persona adulta mayor. Las acciones que estos países han desarrollado incluyen los siguientes ejes:

- La existencia de un organismo rector.

- La creación de espacios para la participación de la persona mayor.
- Cuestiones vinculadas con la seguridad económica.
- La salud.
- Entornos favorables.
- Sistema de cuidados.

En Uruguay el Instituto Nacional del Adulto Mayor funge como organismo rector, sus funciones principales son la regulación, coordinación, análisis, planificación, diseño y evaluación de las políticas sociales dirigidas a dicha población. México, por su parte, cuenta con el Instituto nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), el cual ha elaborado cinco ejes rectores de la política pública nacional mexicana a favor de las personas de 60 años y más: cultura del envejecimiento, envejecimiento activo y saludable, seguridad económica, protección social y derechos de las personas adultas mayores; más adelante se dedicará un apartado para indagar sobre los programas y las acciones que se encuentran en México diseñados para el envejecimiento saludable. Argentina posee el Registro Nacional de Organizaciones de Adultos Mayores (RENOAM), el cual funciona como un espacio de comunicación y de consulta entre los organismos de gobierno, las organizaciones de adultos mayores y otras organizaciones de la sociedad que trabajan para la tercera edad. En Costa Rica se creó el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), encargado de impulsar la atención de las personas mayores por parte de las entidades públicas y privadas y velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios destinados a ellas; proteger y fomentar sus derechos referidos al ordenamiento jurídico en general, entre otros fines (Torrado Ramos et al., 2014).

La salud y el envejecimiento saludable son elementos por los gobiernos de los países estudiados, en pos de formular políticas y programas que permitan tener una mejor calidad de vida. En Argentina existen los programas de Prevención Mayor y Juegos del Ayer, se cuenta también con la Jornada de Alimentación Saludable, donde se realizan talleres de alimentación saludable destinados a los adultos

mayores pertenecientes a los Centros Residenciales y Centros de Jubilados de la Ciudad (Ministerio de Desarrollo Social, 2011).

Asimismo, existe una tendencia a crear entornos favorables para la población adulta mayor, sistemas de apoyo y espacios institucionales para la promoción de una imagen positiva de la vejez y el envejecimiento. Argentina, por ejemplo, cuenta con el Programa Centros de Día, que brinda opciones de actividades para adultos mayores en las áreas cognitiva, recreativa, cultural y corporal. Por su parte, Costa Rica desarrolla el Programa de Ciudades Amigables con las Personas Adultas Mayores, en coordinación con Direcciones de Salud de Puntarenas y Santo Domingo de Heredia, así como con las y los jubilados de la Junta de Pensiones del Magisterio (JUPEMA); su propósito es mejorar la accesibilidad arquitectónica y espacial de las personas adultas mayores a lugares de la ciudad (Torrado Ramos et al. 2014).

En Argentina, también se implementa el Programa de Promoción del Buen Trato hacia los Adultos Mayores, cuyo objetivo es capacitar y sensibilizar a la población sobre el abuso y maltrato hacia el/la adulto/a mayor. Vinculado a lo anterior, existe un programa de Fortalecimiento Institucional que busca potenciar la capacidad técnica y de gestión de las organizaciones que trabajan con la problemática de adultos mayores, así como promover su participación social (Roqué, 2012).

En este contexto, es posible detectar que la mayoría de programas están diseñados considerando el marco conceptual establecido por la OMS en el 2015. Al respecto, se puede observar que existe un notorio avance en los esfuerzos por los países y sus gobiernos para afrontar el envejecimiento y no verlo tanto como un reto, sino como un logro, fruto precisamente de las investigaciones y estrategias que se han implementado a lo largo de los años y, aunque siempre existirán nuevas exigencias del entorno y de la población, es necesario reconocer que a medida que avanza el tiempo, los programas de atención a los adultos mayores se han visto más completos.

### *III.1.4 Programas de envejecimiento saludable en México*

En el apartado anterior se hizo una breve revisión sobre los programas y políticas diseñados para el Adulto Mayor en algunos países de América Latina. A continuación, se presentarán algunos de los programas más sobresalientes que posee México para la población adulta mayor.

Como se ha mencionado en párrafos anteriores, las políticas y los programas de envejecimiento saludable deben ser diseñados con el objetivo de mejorar la salud, la participación y la seguridad de los adultos mayores, para así poder extender la productividad y esperanza de vida, permitiendo a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras ésta les proporciona protección, seguridad y cuidadores adecuados cuando necesitan asistencia. Para cumplir estos objetivos, Navas y Vargas (2013) proponen una lista de recomendaciones que se presenta a continuación:

- *Mantenerse activo mentalmente.*
- *Buscar un sentido de vida, es decir, buscar actividades de voluntariado, religiosas o espirituales, o de desarrollo laboral y profesional.*
- *Intentar aumentar el nivel de actividad física en forma gradual, de modo a que se consiga llegar a 30 minutos diarios.*
- *Preocuparse por ser activo socialmente, esto lográndose visitando a familiares, reuniéndose con amigos e integrándose a actividades grupales.*
- *Mantener una alimentación equilibrada, consumiendo diario frutas y verduras, carnes blancas, lácteos y huevos.*
- *Evitar fumar o en su defecto, disminuir el número de cigarrillos que suelen fumar.*
- *Evitar subir de peso, restringiendo el consumo de alimentos de gran cantidad de calorías (dulces, chocolates, pan, frituras, etc.)*
- *Chequeos constantes con el médico.*

- *Mantener el tratamiento de enfermedades crónicas (si es que se padecen) siguiendo la dieta indicada, tomando los medicamentos y realizando exámenes y chequeos que solicite el médico de manera periódica.*

Para poder llevar a cabo las anteriores recomendaciones, México cuenta con el Instituto Nacional de las Personas Mayores (INAPAM), el cual se instauró con el objetivo de coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas que repercuten directamente en este sector de la población. Desde su creación, el INAPAM (2012) ha fomentado el desarrollo integral de las personas de 60 años y más, promoviendo el empleo con retribuciones justas, asistencia social, servicios de salud, así como las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y una mejor calidad de vida. Las acciones también están orientadas a reducir las desigualdades e inequidades sociales y económicas y a asegurar los derechos básicos para que los adultos mayores vivan en un entorno social incluyente. Para llevar a cabo estas acciones el Instituto elaboró 5 ejes rectores, los cuales son:

- ***Cultura de Envejecimiento:*** *Acciones y programas encaminados a propiciar una transformación cultural de la sociedad para que se valore y reconozca la dignidad de las personas adultas mayores, y de esta manera asegurar y ampliar la protección efectiva de sus derechos humanos; asimismo, se busca resarcir las diferencias sociales marcadas por la edad y combatir el desprecio, la discriminación, el despojo y la segregación.*
- ***Envejecimiento activo y saludable:*** *Acciones y programas encaminados a proporcionar los medios y las oportunidades a los adultos mayores para el goce de una vejez saludable, a través de actividades y eventos de recreación, de esparcimiento, de asociación y de participación, que contribuyen directamente en su bienestar y en su autoestima.*
- ***Seguridad económica:*** *Las políticas públicas en materia de seguridad económica se dirigen a incentivar la participación de la población adulta mayor en el sector formal, a generar mejores oportunidades de autoempleo y a lograr una mayor cobertura del sistema de jubilaciones y pensiones.*



- **Protección social:** *Las acciones y programas que conforman este eje tienen como objetivo garantizar las necesidades mínimas de las personas de edad, tales como salud, alimento, abrigo y vivienda con la finalidad de mejorar sus niveles de bienestar, especialmente de quienes se encuentran en condiciones de vulnerabilidad o desventaja social, entendida como pobreza, enfermedad, invalidez, discriminación, abandono e indefensión.*
- **Derechos de las Personas Adultas Mayores:** *Las acciones y estrategias que componen este último eje están encaminadas a garantizar y ampliar la protección efectiva de los derechos humanos de las personas adultas mayores, especialmente para asegurar la igualdad y la no discriminación por razón de edad.*

Por cuestiones de interés sobre la presente investigación, se especificarán únicamente las acciones que se han llevado en materia del eje de Envejecimiento Activo y Saludable, presentadas igualmente por el INAPAM en el 2012:

- **Cultura física:** La participación periódica en actividades físicas moderadas reduce el riesgo de enfermedades crónicas y puede retrasar el declive funcional, tanto en los adultos mayores sanos como en aquellos que sufren enfermedades crónicas. De esta manera, se apoyan los programas de rehabilitación y terapia ocupacional, además de que se crea conciencia y se educa sobre la importancia del movimiento, del ejercicio físico, la recreación y la práctica deportiva para el mantenimiento de la salud integral. El programa incluye los grandes aspectos de cultura física: recreación, educación física, deporte adaptado y formación cívica, mediante actividades especiales como convivencias, encuentros deportivos y juegos recreativos intergeneracionales en los clubes y centros culturales. Este programa permite la satisfacción de un envejecimiento saludable bajo los principios de independencia, participación, autonomía y autorrealización; es en este marco donde a través de la preparación deportiva y cultural desarrollan capacidades asociadas a factores físicos, cognitivos y sociales, logrando así el

reconocimiento de la vejez como una más de las etapas del desarrollo humano, llena de posibilidades y oportunidades.

- **Juegos Nacionales Deportivos y Culturales de las Personas Adultas Mayores:** Este evento representa el logro más importante en lo que concierne a la promoción de la salud no sólo física, sino emocional. Se impulsa la práctica de actividades físicas y culturales en las últimas etapas del ciclo vital, se incide positivamente en la autoestima de los participantes, cuyo esfuerzo y dedicación concientizan y sensibilizan a la sociedad de que nunca es tarde ni demasiado pronto para cuidar la salud y alcanzar metas personales.
- **Clubes de personas adultas mayores:** son espacios comunitarios donde se reúnen e interactúan personas de 60 años y más, en los que se ofrecen diversas alternativas de formación y desarrollo humano, de corte educativo, cultural, deportivo y social. La finalidad de generar estos espacios es promover la participación de las personas mayores, fomentando la organización e intervención en la solución de sus problemas, al tiempo que propicia su permanencia en la comunidad en un ambiente de solidaridad. La importancia de fomentar estos espacios de diálogo, participación e integración radica principalmente en que combaten el aislamiento social y la soledad en la vejez, los cuales están relacionados con un declive del bienestar tanto físico como mental.
- **Servicios psicológicos:** estas acciones se realizan en los clubes, centros culturales y Centros de Atención Integral del INAPAM. Se enfocan en el mejoramiento de los entornos grupal, familiar y social, impulsando la participación de las personas adultas mayores en actividades que apoyan sus conductas de autocuidado y propician el desarrollo de relaciones interpersonales sanas y gratificantes, mediante sesiones de orientación psicológica individual y grupal.
- **Centros culturales:** son espacios públicos en los que se ofrecen alternativas de formación y desarrollo humanos dirigidas a los adultos mayores. Las materias y talleres se imparten a través de un sistema formal de enseñanza,

que incluye áreas como la psicología, lenguas extranjeras, iniciación artística, baile regional y de salón; computación, talleres de artesanías, artes plásticas, educación para la salud y ocupación del tiempo de ocio.

- **Actividades socioculturales:** con las capacidades creativas y el bagaje cultural de las personas adultas mayores, se desarrollan clases de educación artística, guitarra, canto, teatro, danza regional y baile de salón. Se promueve la formación de grupos culturales y se organizan presentaciones, exposiciones, videoclubes, concursos y conferencias, con lo cual se facilita el acceso a las manifestaciones de otros grupos de adultos mayores.
- **Proyecto scout adulto mayor:** Los objetivos principales de este programa son:
  - Fortalecer la independencia y el desarrollo personal y comunitario de las personas adultas mayores con el fin de evitar el posible deterioro físico o mental.
  - Fortalecer su participación en la vida pública para evitar su aislamiento y toda forma de discriminación.
  - Fortalecer los lazos afectivos entre las distintas generaciones con el objetivo de fomentar la solidaridad y ayuda mutua.
- **Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre:** Este programa implementa alternativas de adiestramiento en la producción de artículos de diversa índole, ya sea para el auto consumo o para la producción a pequeña escala, con el objetivo de ocupar su tiempo libre e inclusive de obtener un ingreso extra. Para ello implementa talleres de oficios, artesanías y artes plásticas como: bisutería, grabado, bordado, pintura en cerámica, pirograbado.
- **Turismo y recreación:** Se promueve que los adultos mayores tengan la oportunidad de recrearse y conocer diferentes lugares, al viajar bajo los principios del turismo social, para que conozcan y reconozcan la identidad cultural, riquezas naturales y arquitectónicas. Ofrece a los integrantes de los clubes y centros culturales paseos recreativos locales y orientación.

- **Educación para la salud:** Puede interpretarse como un elemento de promoción del bienestar, tiene como propósito mejorar el acceso a la información y a los servicios, con el fin de que la población adulta mayor obtenga un mayor control sobre su propia salud.
- **Consejo Consultivo Ciudadano:** Tiene como objetivo conocer el seguimiento dado a los programas, opinar sobre los mismos, recabar propuestas de la ciudadanía con relación a este grupo de edad y presentarlas al director general.
- **Servicios educativos:** Propician el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas que inician o continúan con el proceso educativo de las personas adultas mayores, a través de clases de alfabetización y de regularización de los ciclos de primaria y secundaria, clases de formación complementaria en diversas áreas del conocimiento: historia, filosofía, lectura y redacción, comunicación y relaciones humanas, lenguas extranjeras, psicología, entre otras, que se imparten en clubes y centros culturales del INAPAM.

Todas las acciones y estrategias expuestas anteriormente conforman una base sólida y suficiente para poder llevar a cabo los esfuerzos de manera multidisciplinaria por parte de profesionales no sólo de la salud física, sino también de psicológica, para obtener mejores resultados para fomentar un envejecimiento saludable. También es importante contar con una promoción de todas las actividades que se llevan a cabo en las diferentes zonas de la República Mexicana, que la información sea accesible a cada vez más parte de la población adulta mayor.

## **III.2 Transición demográfica y epidemiológica**

### *III.2.1 Transición demográfica*

El proceso de transición demográfica, en términos simples se caracteriza por dos escenarios extremos: en el primero las tasas de mortalidad y fecundidad son altas, y en el segundo, ambas son menores. A medida que avanza este proceso y se producen descensos en la mortalidad, y principalmente de la fecundidad, se asiste a un paulatino envejecimiento poblacional (Chackiel & Schkolnik, 2004).

Dentro de cada país el comportamiento de la fecundidad y mortalidad varían. No obstante, de estos dos factores, la fecundidad es la variable que más altera el proceso de transición demográfica y su impacto no sólo se manifiesta en el tamaño de las nuevas generaciones, sino también en el tamaño de las nuevas generaciones, sino también en el de los diferentes grupos de edad. En el caso de México, la tendencia de la fecundidad en las últimas décadas ha mantenido un descenso constante (Pérez, 2018).

En países en desarrollo como México, la transición demográfica se presentó de manera más acelerada que en los países europeos occidentales en los cuales el proceso tardó cerca de 200 años. Sin embargo, en México, la transición tomó cerca de 80 años, periodo en el cual la población crece de 16 millones en 1930 a 112 millones en 2010 y 125 millones en el 2018 (Ortíz, 2019). En la Figura III.1. se muestra el proceso de crecimiento de la población en México de 1950 a 2018:

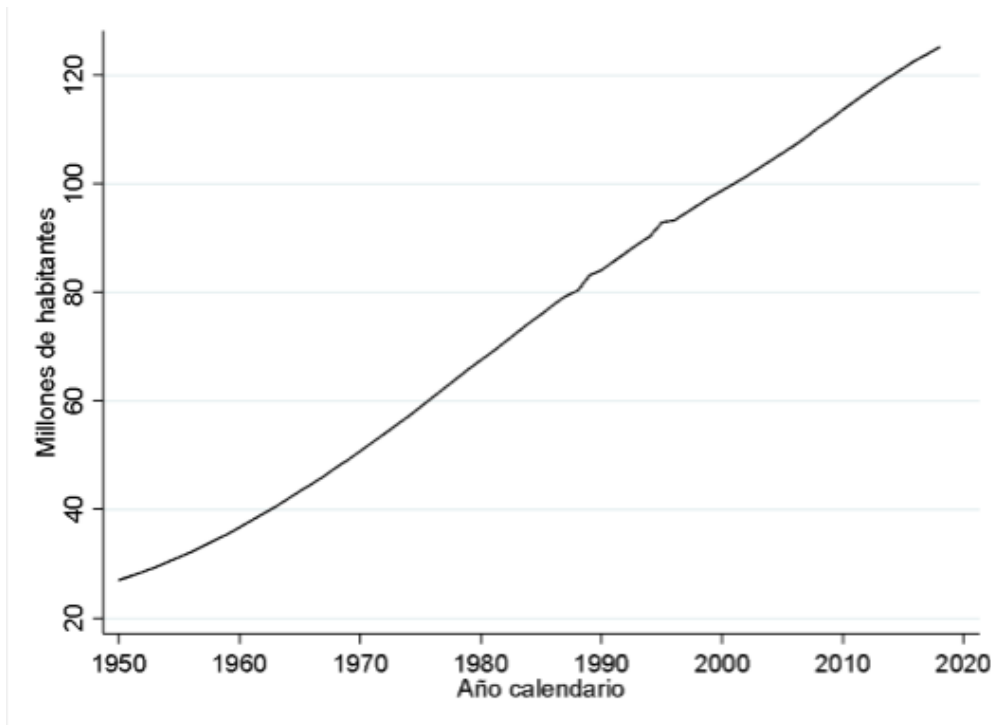


Figura III.1. Cambio demográfico de la población en México 1950-2018 (Tomada de Ortiz, 2019).

La importancia de analizar el envejecimiento y sus diversos componentes, radica en el notable crecimiento que ha presentado la población adulta mayor en las últimas décadas, tanto en México como en el resto del mundo. Ésta aseveración se puede encontrar en la mayoría de trabajos en los que la población de estudio son los adultos mayores.

Prueba de este importante crecimiento, son los datos que se pueden encontrar en el Perfil Demográfico, Epidemiológico y Social de la Población Adulta Mayor, en donde se preveía que, para la actualidad (año 2020), se rebasaría el 10% de personas mayores para el resto de la población, lo que otorgaría a México el adjetivo de “país envejecido” (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2015).

En la Figura III. 2 se puede observar el número de habitantes mayores de 60 años con el que contaba México en el 2010:

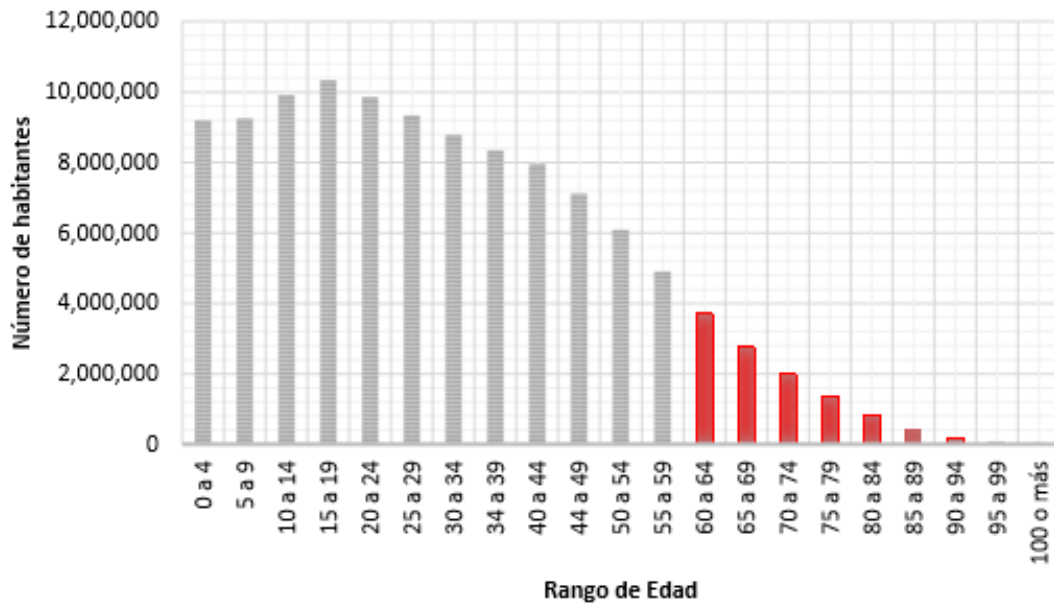


Figura III.2. Población de adultos mayores en México en 2010 (Tomado de Consejo Nacional de Población, 2015).

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) en el 2018 reportó que el número de personas de 60 años o más que reside en México es de 15.4 millones, cifra que representa 12.3% de la población total.

Una de las razones de esta transición demográfica que ha venido sucediendo en México, es el aumento en la esperanza de vida, pues según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016), en 1930 las personas vivían en promedio 34 años; para 1970 se hablaba de un promedio de 61 años y ya para el 2016 el indicador fue de 75.2 años, tomando en cuenta que la esperanza de vida para las mujeres era de 78 años y para los hombres de 73.

El aumento de la esperanza es resultado de los avances científicos y tecnológicos, así como una mejor prevención y tratamiento de enfermedades, un mejor control de enfermedades no transmisibles, la mejora en la alimentación y en los hábitos de vida. Según el Consejo Nacional de Población (2010), se estima que para el año 2050 la esperanza de vida sea de 79.4 años, hablando de un aumento en la vida media de los mexicanos y mexicanas, es decir, un 12.9% entre 1990 y 2050.

Asimismo, se habla que para el año 2012 el número de personas adultas mayores era de 10.9 millones y se proyecta que para el 2050 aumentará a 32.4 millones.

En la Figura III.3. se ilustra la tendencia de la esperanza de vida al nacimiento de la población mexicana desde 1950 al 2018.

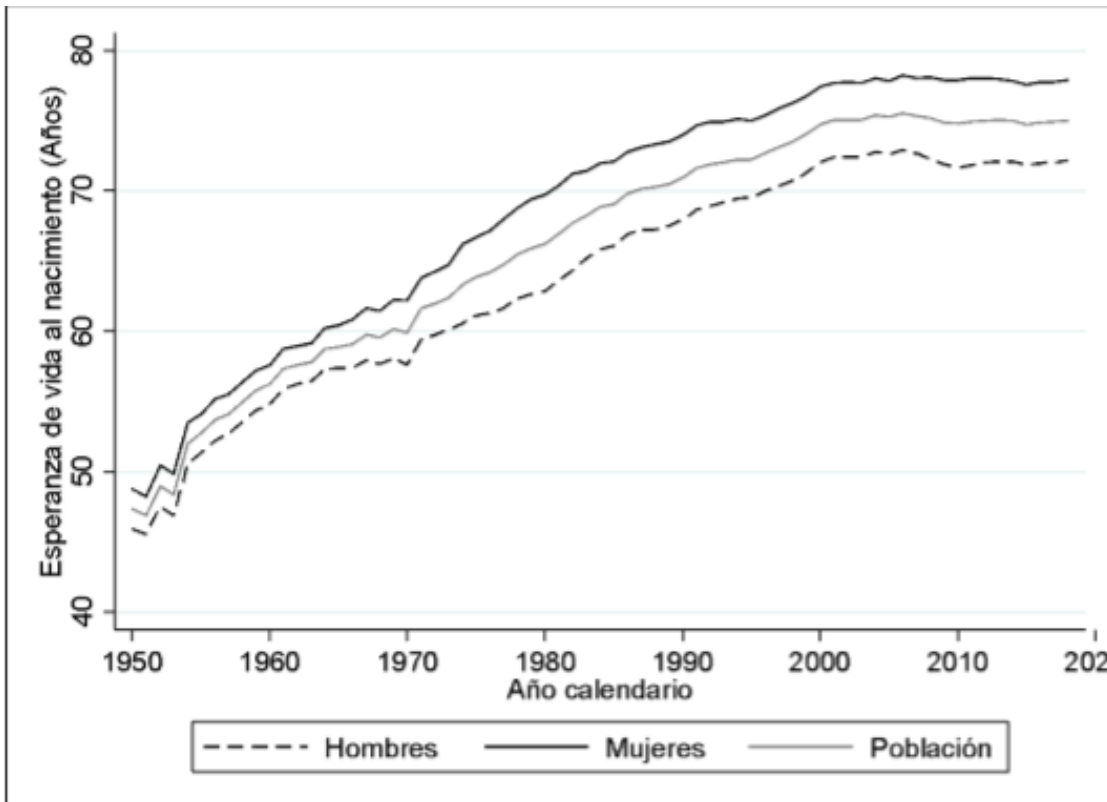


Figura III.3. Esperanza de vida al nacimiento en México, 1950-2018 (Tomada de Ortiz, 2019).

En lo que respecta a la población del mundo, según la Organización Mundial de la Salud (2017), entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%.

Otro dato que se considera importante mencionar es que la Ciudad de México es la segunda entidad con mayor índice de envejecimiento, en el 2015 contaba con 50.7 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, según el Consejo Nacional de Población.



### III.2.2 Transición epidemiológica

La transición epidemiológica se caracteriza por un cambio en los patrones de las tasas de morbilidad y mortalidad de enfermedades infecciosas por crónicas no transmisibles, incrementando la incidencia de dependencia física (Pérez, 2018).

En 2014, el número de defunciones de adultos mayores ascendió a 404,439. Las principales causas fueron: diabetes mellitus (17.15%), Infarto agudo de miocardio (15.23%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (4.62%). El limitado acceso a servicios de salud, la falta de cultura de prevención, la inactividad física y la falta de control de enfermedades crónicas son factores que indican en el aumento de la tasa de defunción de las personas adultas mayores. En el Cuadro III.1. se enlistan las principales causas de defunción en el año 2014 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2014).

**Cuadro III. 1. Principales causas de defunción del año 2014**

Causa	Defunciones	%	Tasa (X 1 000 000 habitantes)
Diabetes mellitus	69,360	17.15%	578.49
Infarto agudo de miocardio	61,598	15.23%	513.75
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	18,687	4.62%	155.86
Enfermedades del hígado (distintas de cirrosis)	13,291	3.29%	110.85
Neumonía	13,249	3.28%	110.50
Insuficiencia renal	8,613	2.13%	71.84
Enfermedad cardíaca hipertensiva	8,103	2.00%	67.58
Otras enfermedades cerebrovasculares	7,807	1.93%	65.11
Las demás enfermedades isquémicas del corazón	6,818	1.69%	56.87
Hipertensión arterial sistémica	6,054	1.50%	50.49
Las demás causas	190,859	47.19%	1591.85
<b>Total</b>	<b>404,439</b>	<b>100.00%</b>	<b>3373.20</b>

Tomado de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014).

Posteriormente, el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) en el 2017 en listó las principales causas de muerte en México (Cuadro III.2.).

### Cuadro III. 2. Principales causas de muerte en México: 1980, 1998 y 2017

	1980 Causa	Tasa*	1998 Causa	Tasa*	2017 Causa	Tasa*
1	Enfermedades del corazón	74.9	Diabetes mellitus	46.3	Enfermedades del corazón	109.9
2	Accidentes	71.1	Enfermedades isquémicas del corazón	43.5	Diabetes mellitus	85.1
3	Influenza y neumonía	56.9	Enfermedad cerebrovascular	25.2	Tumores malignos	66.5
4	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	55.1	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	25.1	Enfermedades del hígado	31.2
5	Tumores malignos	39.2	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	15.8	Accidentes	30.2
6	Afecciones en el periodo perinatal	39.0	Infecciones respiratorias agudas bajas	14.1	Enfermedades cerebrovasculares	28.0
7	Enfermedades cerebrovasculares	22.6	Asfixia y trauma al nacimiento	11.7	Agresiones	19.8
8	Cirrosis y otras enfermedades crónicas	22.1	Agresiones (homicidios)	10.6	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	18.8
9	Diabetes mellitus	21.7	Nefritis y nefrosis	9.7	Influenza y neumonía	17.4
10	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	10.5	Enfermedades hipertensivas	9.5	Insuficiencia renal	10.6

\*Tasa por cada 100,000 habitantes

Fuente: Ortiz (2019) elaborado a partir de los datos de defunciones del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), 2017.

(Domínguez-Sosa & González-Baños, 2014), reportaron que las principales causas de morbilidad en una población de ancianos de un hogar de asistencia social fueron hipertensión arterial primaria, artrosis, diabetes mellitus no insulino dependiente, constipación, presbiacusia e hiperplasia prostática benigna; presentando una lista de las causas de morbilidad encontradas en mencionada población (Cuadro III. 3.).

### Cuadro III. 3. Causas de morbilidad de los adultos mayores

Hipertensión Arterial Primaria	30	12,6%	12,6%
Artrosis	23	9,7%	22,3%
Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente	13	5,5%	27,7%
Constipación	12	5,0%	32,8%
Presbiacusia	11	4,6%	37,4%
Hiperplasia Prostática Benigna	10	4,2%	41,6%
Enfermedad Cerebrovascular	8	3,4%	45,0%
Glaucoma	7	2,9%	47,9%
Insuficiencia Arterial	7	2,9%	50,8 %
Fractura de Pierna	6	2,5%	55,9%
Presbicia	6	2,5%	58,4%
Síndrome de Colon Irritable	6	2,5%	60,5%
Catarata	5	2,1%	62,6%
Enfermedad de Parkinson	5	2,1%	64,7%
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	5	2,1%	66,8%
Hernia Inguinal	5	2,1%	68,9%
Otras enfermedades con frecuencia <5	79	33,2%	100%
<b>Total</b>	<b>238</b>	<b>100%</b>	

Tomado de Domínguez-Sosa & González-Baños (2014).

De igual manera, en el 2017 el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) reporta a las enfermedades infecto contagiosas como las principales causas de muerte (Cuadro III.4).

**Cuadro III. 4. Principales causas de enfermedad en México: 1980, 1998 y 2017**

	1984 Causa	Tasa*	1998 Causa	Tasa*	2017 Causa	Tasa*
1	Enfermedades respiratorias	9383.3	Infecciones respiratorias agudas	28757.2	Infecciones respiratorias agudas	21256.0
2	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	3161.9	Infecciones intestinales	4894.4	Infecciones intestinales	4653.1
3	Parasitosis intestinales	1317.9	Amebiasis intestinal	1595.6	Infecciones de vías urinarias	3607.2
4	Amibiasis	1161.1	Otras helmintiasis	944.0	Úlceras, gastritis y duodenitis	1226.9
5	Accidentes por traumatismo	277.1	Otitis media aguda	518.2	Conjuntivitis	1150.3
6	Neumonías	77.6	Hipertensión arterial	483.3	Gingivitis y enfermedad periodontal	944.0
7	Varicelas	74.1	Ascariasis	479.3	Otitis media aguda	685.7
8	Diabetes	71.6	Diabetes mellitus	330.3	Obesidad	557.1
9	Parotiditis	69.1	Varicela	297.1	Vulvovaginitis	513.4
10	Infecciones gonocócicas	25.3	Asma	261.2	Hipertensión arterial	398.6

\*Tasa por cada 100,000 habitantes Tomado de Ortiz (2019).

Para que las personas adultas mayores cuenten con un desarrollo humano integral es necesario brindarles empleo u ocupación, servicios médicos y asistencia, así como oportunidad para alcanzar altos niveles de bienestar y buena calidad de vida. La transición demográfica y el crecimiento de la población de 60 años y más representa un reto para la política pública y las instituciones encargadas de atender los efectos derivados del envejecimiento de la población, para promover el desarrollo humano integral de todas las personas adultas mayores, ya que cada año aumenta su proporción en relación con la población total (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2017).

Sin restarle mérito al área política para el óptimo desarrollo en el envejecimiento, se vuelve a resaltar la importancia del estudio profundo sobre los distintos componentes de dicho proceso, ya que es precisamente mediante las investigaciones en donde se encuentra el camino que permite abordar las distintas problemáticas que suelen encontrarse en los resultados de los investigadores, así como hallar las fortalezas que se han conseguido a lo largo de los años y optimizar los aspectos del envejecimiento saludable.

### **III.3 Redes de apoyo social**

#### *III.3.1 ¿Qué son las redes de apoyo?*

Una red de apoyo es un mecanismo de intercambio de recursos para dar respuesta a las necesidades o problemas, de un individuo. (García, 2017). Un componente fundamental de las redes, es el apoyo social, que se determina por relaciones sociales que se tienen establecidas y de las cuales es posible que se obtenga cualquier tipo de ayuda. (Del Valle & García, 1994; García, 2017).

Con frecuencia, las redes sociales suelen ser consideradas como un indicador de apoyo, sin embargo, Guzmán et al. (2003), reúnen argumentos para afirmar que el hecho de que un individuo pertenezca a una red de este tipo, no garantiza que goce de apoyo constante, ya que puede variar con el tiempo y en el curso de la vida de los individuos; es de este modo en el que surgen las redes de apoyo social (RAS), definidas como un sistema de apoyo mutuo que se crea y multiplica entre los sectores de la población, formando así un sistema de seguridad social; siendo así las redes de apoyo formales e informales uno de los factores intervinientes en el envejecimiento.

El sistema formal de apoyo posee una organización burocrática, un objetivo específico de apoyo en áreas determinadas y utiliza profesionales o voluntarios para garantizar sus metas, inclinadas hacia las políticas públicas (Salinas et al., 2008).

El sistema informal cuenta con una naturaleza individual y no burocrática, suelen estar incluidos la familia, amigos y vecinos de la persona de edad avanzada (Salinas et al., 2008).

De acuerdo con (Salinas et al., 2008), los sistemas de apoyo social formales o informales, proveen al individuo distintos tipos de apoyo como:

- Apoyo material: flujo de recursos monetarios y no monetarios.
- Apoyo instrumental: transporte y/o ayuda en labores del hogar y cuidado.
- Apoyo emocional: cariño, empatía, confianza, preocupación por el otro, etc.
- Apoyo cognitivo: experiencias compartidas entre sí.

Los componentes anteriormente mencionados son valorados bajo la percepción del adulto mayor que recibe el apoyo.

Bajo esta perspectiva, las redes de apoyo social pueden enmarcarse en un término llamado “capital social”, tema que se describe a continuación.

### *III.3.1.1 Capital social*

El capital social es un concepto que incluye el conjunto de relaciones que existen en una comunidad, buscando caracterizarlas en cuanto a sus cualidades positivas (confianza, reciprocidad, cohesión, solidaridad, capacidad asociativa y de cooperación, etcétera); es por esta razón que se le ha relacionado con otros conceptos diferentes, tales como la cooperación, competencia, altruismo y reciprocidad, sin embargo, su diferencia radica principalmente en que el capital social parte del supuesto de que los sujetos, a pesar de formar parte de un grupo, son seres autónomos y que dichos integrantes pertenecen a redes de relaciones sociales.

González & Contreras (2019), señalan que una de las primeras clasificaciones capital social incluye las siguientes:

- Formal.
- Informal.
- Denso.
- Tenue.
- Vuelto hacia dentro.
- Vuelto hacia fuera.

Asimismo, González, et. al. (2019) presentan la siguiente clasificación de capital social: NO SE DEBEN INCLUIR CITAS DE CITAS

- Capital individual: La red de relaciones útiles que posee una persona y que le permiten obtener beneficios.
- Capital empresarial: Vinculado con los recursos que se mueven en las redes y relaciones, con la finalidad de conseguir ventajas laborales y competitivas.
- Capital comunitario: Orientado a la capacidad de actuar en un colectivo con la finalidad de conseguir metas compartidas por un grupo.
- Capital público: Relaciones estatales y agentes que impulsan y permiten el funcionamiento de tareas de forma óptima y rápida.

Siguiendo con las investigaciones relacionadas al capital social, se pueden encontrar diversos trabajos en los que se relaciona a dicho concepto con otras variables, tal es el caso de Ostrom y Ahn (2002) que vinculan al capital social con la acción colectiva; los autores proponen tres formas de capital social para el estudio de la acción colectiva:

- 1) La confianza y las normas de reciprocidad.
- 2) Las redes/participación civil.
- 3) Las reglas o instituciones formales e informales.

En un estudio realizado por Hernández González y Contreras Tinoco (2019), en el que relacionan el capital social con el nivel educativo en población de Ocotlán, Jalisco, encontraron que el nivel educativo se relaciona con mejores niveles de

capital social, entendiéndose este bajo las dimensiones de redes sociales, redes vecinales y apoyo social.

Por lo anterior, se puede considerar al capital social como un concepto que integra las relaciones compartidas entre los miembros de un grupo que se pueden convertir en un factor productor de beneficios sociales, los cuáles surgirán con base a los integrantes que se encuentren involucrados en las redes, característica a partir de la cual se determinan las redes de apoyo extra-familiar y las redes de apoyo institucional.

### *III.3.2 Clasificación de las redes de apoyo*

Los sistemas de apoyo formales e informales, se clasifican a partir de la naturaleza de sus integrantes. De este modo, surgen las redes de apoyo extra-familiar e institucional.

#### *III.3.2.1 Red de apoyo Extra-familiar*

La Fundación Cáritas para el Bienestar del Adulto Mayor (2005) considera redes de apoyo extra-familiar a todas aquellas conformadas en el mundo externo a la familia, como los grupos recreativos, los propios grupos de adultos mayores, las organizaciones civiles y sociales que operan en la comunidad, las organizaciones religiosas, así como las relaciones laborales o de estudio.

#### *III.3.2.2 Red de apoyo Institucional*

La red institucional la integran básicamente organismos públicos o privados (gubernamentales o no gubernamentales) dedicados a proporcionar diversos servicios o apoyos asistenciales a la población adulta mayor en función de sus condiciones de salud, situación socioeconómica o carencia de información. (FUNBAM, 2005)

### *III.3.3 Redes de apoyo en el envejecimiento*

Con la información que se ha reunido hasta este punto de la investigación, se reafirma la importancia que tienen las redes de apoyo en el envejecimiento,

partiendo de diversas investigaciones como Uchino (1996), quien enlista siete mecanismos psicosociales para explicar el efecto positivo de las redes de apoyo social en la salud física y mental:

- 1) Influencia social/comparación social
- 2) Control social
- 3) Orientación conductual, propósito y significado
- 4) Autoestima
- 5) Sentido de control o dominio
- 6) Pertenencia y compañerismo
- 7) Apoyo social percibido

Un año más tarde, Wenger (1997) concluyó que un adecuado apoyo social informal reduce el riesgo de aislamiento social, soledad y depresión en el adulto mayor, argumento que se puede complementar con la investigación de Montes de Oca (2008), quien afirma que la compañía social, el apoyo emocional e incluso, la función a nivel cognoscitivo; contribuyen al bienestar del adulto mayor de la siguiente manera:

- Brindan apoyos que la persona requiere.
- Estructuran y dan sentido al desempeño de roles sociales significativos.
- Incentivan la sensación de pertenencia.
- Promueven la integración social.
- Validan a la persona como un ser capaz, valioso e importante.
- Dentro de éstas se comparte información acerca de comportamientos saludables.
- Permiten enfrentar eventos críticos de la vida con mayor fortaleza.
- Disminuyen la percepción de soledad y aislamiento, por lo que reduce la incidencia de enfermedades mentales.
- Reducen los riesgos de morbilidad y mortalidad.
- Genera sentimientos de seguridad y utilidad.



Para el año 2015, Amaya y Carrillo realizaron una investigación que tuvo como objetivo estudiar la relación entre percepción de apoyo social y el dolor osteomuscular, encontrando en 340 adultos mayores con dolor, una alta percepción de apoyo social.

Revisando la investigación anterior, surge una consideración importante respecto a la hipótesis que relaciona al apoyo social con el bienestar del adulto mayor, es decir, ¿Qué tan obligado se plantea el apoyo social con el que debe o puede contar la población mayor, contemplando la supuesta dependencia que surge durante la vejez? Dicha consideración se basa en la investigación de Alves y Rodríguez (2005), quienes señalan que existe una relación causal entre el proceso de envejecimiento, el dolor y la presencia de enfermedades crónicas, y la dependencia funcional.

Lo anterior, contrasta con los datos que expone la Organización Mundial de la Salud (2015) en su Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, ya que presentan datos de las aportaciones que realizan las personas mayores en temas económicos, incluso como prestadoras de apoyo emocional.

#### *III.3.4 Instrumentos para evaluar las redes de apoyo*

Es importante tener en consideración las diferentes esferas que se encuentran involucradas en el envejecimiento, contando con aspectos biológicos, psicológicos y sociales, por lo que resulta relevante contemplar una evaluación gerontológica integral práctica y confiable. La Evaluación Gerontológica Integral (EGI) se refiere a la medición de la funcionalidad física, mental y social, así como de la percepción de calidad de vida y detección de factores de riesgo para la presencia de enfermedades crónico-degenerativas o limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales durante la vejez. La EGI constituye una de las herramientas fundamentales para el diagnóstico clínico y comunitario de la condición física, mental y social de las personas adultas mayores, para poder establecer estrategias de intervención a nivel individual, familiar y comunitario con el fin de mantener, prologar y recuperar la funcionalidad integral de las personas adultas mayores,

acorde con su edad, escolaridad, estado de salud y redes de apoyo social formal e informal. (Mendoza-Núñez et al., 2008)

En la EGI se considera fundamental la percepción de calidad de vida, autoestima, estado afectivo, sueño y redes de apoyo social, las cuales representan el tema de este trabajo, por lo que a continuación se describe el instrumento que se utilizó para su medición.

### *III. 3.4.1 Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM)*

El instrumento del cual partió la presente investigación es la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM) (Mendoza-Núñez et al., 2009), cuyo objetivo es detectar las redes de apoyo social formal e informal, el tipo de apoyo y grado de satisfacción, con el fin de fortalecerlas o complementarlas, donde los componentes son: informales (cónyuge, hijos, otros familiares, amigos y grupos comunitarios) y formales (instituciones gubernamentales y no gubernamentales). Dicha escala contempla los cuatro tipos de apoyo más frecuentes que suelen brindar las redes de apoyo social: material, instrumental, emocional e informativo, así como la satisfacción en ellos. La puntuación varía en una escala de 0 a 100, donde a mayor puntuación, mayor apoyo de la red social percibido y mayor satisfacción en dicho apoyo.

Una vez que se obtengan los resultados con las redes de apoyo social, se planteará como una meta a corto plazo en esta área, integrar a la persona a un núcleo gerontológico, como estrategia para introducir a la persona adulta mayor en la dinámica de los grupos de autoayuda. (Mendoza-Núñez et al., 2008)

El instrumento ERASAM resulta muy útil ya que de él se puede obtener información específica y concisa sobre los aspectos de interés de la red de apoyo, se puede analizar el tipo de apoyo con el que se cuenta y otros aspectos tales como el número de amigos o familiares que considera el adulto mayor y la frecuencia con la que se convive con dichas personas.

Las investigaciones citadas a lo largo del presente trabajo han jugado un papel significativamente importante para la atención a la población mayor, muestra de ello es la elaboración de escalas como la ERASAM, estos esfuerzos en conjunto, han sido la base para enfocarse también en las políticas públicas dirigidas al fomento de un envejecimiento dentro de un entorno ameno para el adulto mayor, tema que se presenta a continuación.

### *III.3.5 Propuestas para la política pública*

En el capítulo de Envejecimiento se dedicó un apartado para abordar los programas de Envejecimiento Saludable en México, los cuales forman parte de los esfuerzos por parte de las autoridades para fortalecer y promover las redes de apoyo institucionales, de las cuales también ya se habló anteriormente. Sobre esta línea de políticas públicas, Montes de Oca (1999), presentó una propuesta con la que se pretende entender y actuar sobre la heterogeneidad de situaciones en las personas mayores, logrando de este modo, garantizar su bienestar. Propone, en primer lugar, reforzar los apoyos sociales según la situación residencial del adulto mayor; en cuanto a la segunda propuesta que presenta, se encuentra dirigida a las diferentes políticas que deben crearse de acuerdo con las diversas situaciones del adulto mayor, basándose en la siguiente clasificación:

- 1) Adultos mayores que viven con familiares y otras personas.** Sugiere la creación de programas orientados que alienten la participación familiar y en el interior de los hogares, así como propiciar el acercamiento y la realización de actividades con personas de diferente sexo y generación, con el propósito de que el anciano amplíe su red social.
- 2) Adultos mayores que viven solos.** Los programas dirigidos a este sector de la población deberán dirigirse a los familiares de estas personas, así como a la comunidad que pueden conocer la existencia de este tipo de situaciones de una manera más cercana. Así, se pretende llegar a un proceso de sensibilización institucional y social acompañado de programas de apoyo que

permitan el fortalecimiento de vínculos con familiares, vecinos, amigos y conocidos del anciano.

- 3) **Adultos mayores institucionalizados.** Se recomiendan programas dirigidos a la orientación de las familias y recuperar el sentido de responsabilidad social; la realización de estudios objetivos incluyentes y científicos; y finalmente, una mayor supervisión en la atención que brindan este tipo de instituciones.
- 4) **Adultos mayores indigentes.** Pese a la presencia de programas que ya se encuentran dirigidos a ayudar a esta población, éstos solo se concentran en temporadas determinadas y solamente con el fin de asistir a la personal, por lo que se propone continuar con dichos programas, al mismo tiempo de llevar a cabo acciones enfocadas a la reconstrucción social, como la rehabilitación y construcción de una vida mejor.

Considerando lo anterior se puede enfatizar que las instituciones han propuesto constantemente estrategias para brindar atención a la población del adulto mayor como política pública para el envejecimiento saludable. En México, se han tenido avances al respecto, con planes y programas enfocados a la protección de las personas adultas mayores, en ámbitos en los que se encuentran vulnerables. La mayor parte de las acciones se encaminan a establecer la igualdad en el ejercicio de derechos, tanto en la salud, como en seguridad económica y en general, a su bienestar y calidad de vida. En este sentido, la institucionalización de la temática de la población adulta mayor en México se remonta a 1979, cuando se crea el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN); posteriormente, en el año 2002, cambia su nombre a INAPLEN, Instituto nacional de las Personas en Plenitud, y se incorpora a la Secretaría de Desarrollo Social, como organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio; En ese mismo año se da un paso importante con la creación del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), con el objeto de coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas que repercuten directamente a este sector de la población. (INAPAM, 2012)

Para el año 2021, el Instituto de Salud Para el Bienestar (INSABI) anunció una nueva política pública para responder a las necesidades de salud de las personas adultas mayores con un modelo integral basado en la atención primaria, a través del Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento, el cual está basado en cuatro acciones:

- 1) Adaptar los servicios de salud a las necesidades de las personas mayores.**
- 2) Crear sistemas de atención a largo plazo.**
- 3) Asegurar que las personas envejezcan en un entorno amigable**
- 4) Mejorar y el seguimiento a través de sistemas de información.**

Además, dentro de los objetivos de dicho programa, se encuentran reducir la discriminación por edad, la promoción de entornos saludables, así como la revisión del marco legal y las normas oficiales para la regulación de servicios de cuidado, contando como una de las estrategias el programa Pensión para el Bienestar. (INSABI, 2021).

Con base a la información integrada en esta investigación, se pueden realizar observaciones que comprenden la cantidad de esfuerzos concentrados en una sola esfera de todas las que conforman las necesidades de la población mayor, es decir, el tema económico, otorgando programas de apoyo de tipo monetario, pudiendo descuidar un tanto las demás necesidades en cuanto a temas sociales, pese a que se habla de estrategias “integrales”. Se propone también una revisión a las características de las redes de apoyo anteriormente mencionadas, las cuales pueden proporcionar una visión más real de las necesidades del adulto mayor y realizar intentos desde una perspectiva diferente, tomando en cuenta los diversos factores que intervienen en dichas redes como aspectos de personalidad, género, condición social, etc., lo cual se puede obtener con estudios como el que se realizó para la presente investigación. De igual manera, cabe proponer una serie de estrategias que aborden el envejecimiento no de una manera de intervención, más bien desde un punto de prevención, fomentando hábitos para la salud física,

evitando la aparición temprana de deficiencias para las actividades, así como la integración de las personas en diferentes grupos para evitar el aislamiento social.

Ante la propuesta de estrategias de prevención, se destacan las actividades que se llevan a cabo en la Unidad de Investigación en Gerontología de la FESZ UNAM, desde 1996, cuyo propósito consiste en generar conocimientos, sobre el envejecimiento y la vejez en los ámbitos biológico, psicológico y social, con el fin de lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida de los ancianos en su entorno familiar y comunitario. A su vez, la Unidad cuenta con objetivos prioritarios:

- Formar recursos humanos para la investigación científica sobre el proceso y repercusiones del envejecimiento en los ámbitos biológico, psicológico y social.
- Identificar los mecanismos biológicos y ecológicos vinculados con el envejecimiento saludable, así como con la etiología y fisiopatología de las enfermedades crónico-degenerativas de mayor prevalencia durante el proceso de envejecimiento y la vejez enmarcados en el estrés oxidativo y el proceso inflamatorio crónico relativo al envejecimiento.
- Generar conocimientos científicos originales sobre el proceso y repercusiones del envejecimiento bajo un enfoque multidimensional.
- Generar modelos de atención gerontológica a nivel comunitario con posibilidades de aplicación a nivel asistencial.
- Desarrollar un escenario universitario para la práctica profesional gerontológica enmarcada en la docencia y la investigación.
- Retroalimentar y/o actualizar los planes de estudio de pregrado y posgrado del plantel que incluyen en su currícula el área de gerontología.

### **III.4 Modelo de núcleos gerontológicos**

La presente investigación se enmarco en las RAS de un grupo de adultos mayores pertenecientes a un núcleo gerontológico del modelo comunitario desarrollado en el CUENSA en la FES Zaragoza que se describe a continuación.

#### *III.4.1 Características del Modelo de Núcleos Gerontológicos*

El modelo propuesto por un grupo de investigación de la Unidad de Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM (1996), cuyo objetivo principal fue la implementación de programas de envejecimiento saludable mediante la atención comunitaria a las personas adultas mayores (Mendoza Núñez, et al., 1996). Con la intención de adaptar el modelo tanto al área rural como urbana, en el año 2000 se sometió a una investigación en comunidades del Valle del Mezquital, Hidalgo, con lo cual se demostró su aplicación práctica y el impacto en la población (Mendoza Núñez & Martínez Maldonado, 2013). A partir de las perspectivas generadas de dicha investigación, surgió una propuesta para la implementación de un programa de envejecimiento saludable que estuviera enmarcado en el modelo de núcleos gerontológicos para un desarrollo integral que abarcara la prevención y control de enfermedades crónicas en la vejez en el Estado de Hidalgo, México (Mendoza Núñez & Martínez Maldonado, 2013).

#### *III.4.2 Desarrollo integral gerontológico*

El modelo de núcleos gerontológicos está basado en el desarrollo integral gerontológico, el cual se entiende como un proceso que abarca desde el inicio del envejecimiento hasta el final de la vida, y que implica ponerse en actividad de muchas formas, haciendo uso y potenciando los recursos con los que se cuenta. El desarrollo integral gerontológico es conformado por elementos que contemplan, a su vez, diferentes conceptos (Mendoza-Núñez & Martínez-Maldonado, 2013).

### *III.4.2.1 Elementos del desarrollo integral gerontológico*

- El concepto de ciudadanía, el cual da relevancia al hecho de “ser sujeto” con derechos (derecho a la vida, a la libertad, a la dignidad, a la salud, al bienestar, etc.) y hacer uso de ellos.
- El concepto de potencialidades, que todos los humanos tenemos en lo físico (eficiencia funcional, fuerza muscular y habilidades motoras), en lo psicológico (sensibilidad, afecto, adquisición de conocimientos, creatividad, etc.) y en lo social (vínculos, productividad, participación social, creación de cultura y valores, etc.).

Por otro lado, el desarrollo integral durante la vejez implica una interacción entre el individuo y su ambiente, ya que, desde su nacimiento hasta la muerte, recibe influencias que le facilitarán el mismo desarrollo.

### *III.4.3 Objetivos de los núcleos gerontológicos*

Correa (2016), presentó dos objetivos esenciales del modelo de núcleos gerontológicos, los cuales son:

- Que los adultos mayores participen activamente en los programas de promoción gerontológica.
- Establecer un programa que proporcione mayor bienestar posible para los adultos mayores en lo biológico, psicológico y social considerando los recursos reales de la población.

En este marco, se puede señalar que la finalidad de que un adulto mayor se integre a un núcleo gerontológico es el fortalecimiento del apoyo mutuo de tipo colectivo (entre los mismos ancianos), sobre todo en las acciones de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, tomando en cuenta las necesidades que se vayan detectando a partir de las acciones de intervención comunitaria (Mendoza-Núñez et al., 2008); tal como lo propone la OMS (2015) en su Informe, al contemplar a la población mayor como proveedores potenciales de dichos conocimientos.



### **III.5 Pandemia de la COVID 19**

#### *III.5.1 Consecuencias en la salud mental por la COVID-19*

La presente investigación se llevó a cabo mientras en el mundo ocurría uno de los sucesos que han marcado significativamente a la sociedad: la pandemia derivada del virus SARS-CoV-2. Esta pandemia representó un reto para los profesionales de la salud física y psicológica, afectando la vida cotidiana de la población. Lo anterior, se debe a las limitaciones derivadas del distanciamiento social, pues las rutinas cotidianas han sufrido distintas modificaciones principalmente en las esferas académicas y de empleo, con clases en línea y el trabajo desde casa, limitando el desarrollo de habilidades psicosociales. De igual manera, factores como el temor al contagio y consecuencias como el desempleo, debido al cierre de múltiples negocios, han detonado un incremento en sintomatologías psicológicas como estrés, ansiedad, depresión, entre otros. Sin dejar de considerar las consecuencias generadas por la falta del contacto físico con familiares y amigos, afectando las relaciones interpersonales de la población.

En los últimos dos años, han surgido estudios que tratan precisamente sobre las repercusiones o consecuencias principales que se han presentado durante la pandemia por el SARS-CoV-2, como es el caso del estudio de Ribot et al. (2020), quienes con la intención de elaborar un plan de prevención ante la crisis, plantearon una serie de repercusiones esperadas, en la incidencia de trastornos psíquicos (entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta podrá sufrir alguna manifestación psicopatológica, de acuerdo con la magnitud del evento y el grado de vulnerabilidad). De igual manera, afirman que, aunque cada persona reacciona de diferente manera ante situaciones que generan estrés, una epidemia como la que se vive actualmente implica distanciamiento social, cuarentena y aislamiento, por lo que los síntomas que se experimentan con más frecuencia radican en la ansiedad, preocupación o miedo, esto en relación con:

- El propio estado de salud y el de familiares, amigos y conocidos.
- La experiencia de percibirse a sí mismo o percibirse observado, por síntomas y signos de haber contraído la infección.
- El tiempo que está restando al trabajo por este proceso, la pérdida de ingresos y la incertidumbre de permanencia en el trabajo, así como las repercusiones familiares que esto conlleva.
- La necesidad de prever el abastecimiento de alimentos, medicamentos, cuidados médicos u otros bienes necesarios.
- La preocupación por poder seguir cuidando a familiares.
- La incertidumbre o frustración por desconocer la duración de esta situación.
- La soledad asociada con el sentimiento de haber sido excluido del mundo y sus seres queridos.
- El malestar ante la posibilidad de ser contagiado por la negligencia de “otros”.
- El aburrimiento y frustración por no estar conectado a la rutina habitual de la vida.
- El deseo de beber alcohol o consumir sustancias de abuso para afrontar esta situación.
- Los síntomas depresivos como desesperanza, cambios en el apetito o alteraciones del sueño.

Asimismo, González et al. (2020), publicaron un estudio que abordó el tópico de la salud psicológica de la población de adultos mayores (60 años y más). En este estudio se presentaron resultados específicos respecto a la sintomatología de distintas afectaciones a la salud, entre las cuáles se encuentran, el aumento en signos de ansiedad, depresión, estrés postraumático y alteraciones del sueño (insomnio).

Igualmente, Ramírez-Ortíz et al., (2020) presentaron una serie de consecuencias en la salud mental por la pandemia, en su estudio se afirmó que, en una contingencia sanitaria, el miedo incrementa los niveles de estrés y ansiedad en individuos sanos; y también incluyen a aquellas personas con trastornos mentales preexistentes, asumiendo que, en esos casos, los síntomas se intensifican.

Asimismo, se aseveró que los pacientes diagnosticados o con sospecha de estar infectados por SARS-CoV-2 pueden experimentar emociones intensas y reacciones comportamentales, además de miedo, aburrimiento, soledad, ansiedad e insomnio, siendo probable que dicha sintomatología pueda evolucionar a trastornos como depresión, ataques de pánico, trastorno de estrés postraumático, síntomas psicóticos y suicidio.

Por otro lado, organizaciones alrededor del mundo enfrentaron la pandemia fomentando la información sobre salud mental, y presentando alternativas que se puedan llevar a cabo para reducir los aspectos negativos generados después de los cambios en las rutinas de la población. La OMS (2021) presentó un listado de consejos y recomendaciones para procurar la salud mental, en el cual se incluyen:

- **Mantenerse informado.** *Escuchar consejos y recomendaciones de las autoridades nacionales y locales. Recurrir a fuentes informativas fiables, como la televisión y la radio local y nacional, mantenerse al día de las últimas noticias de la Organización Mundial de la Salud en las redes sociales. Informarse de las últimas noticias a una hora determinada, una o dos veces al día en caso necesario.*
- **Seguir una rutina.** *Conservar las rutinas diarias en medida de lo posible o bien, establecer nuevas rutinas:*
  - *Levantarse y acostarse todos los días a una hora similar.*
  - *No descuidar la higiene personal.*
  - *Tomar comidas saludables en horarios fijos.*
  - *Hacer ejercicio de forma habitual.*
  - *Establecer horarios para trabajar y para descansar.*
  - *Reservar tiempo para hacer cosas de personal agrado.*
- **El contacto social es importante.** *Mantener un contacto regular con las personas próximas por teléfono o internet.*
- **Evitar alcohol y drogas.** *Limitar el consumo de bebidas alcohólicas o evitarlas por completo. No empezar a consumir alcohol si nunca se había*

*consumido. Evitar utilizar el alcohol y las drogas para enfrentarse al miedo, la ansiedad, el aburrimiento o el aislamiento social.*

- **Controlar el tiempo de pantalla.** *Descansar cada cierto tiempo de las actividades de pantalla. Mantener un equilibrio adecuado con las actividades sin dispositivos electrónicos.*
- **Utilizar adecuadamente las redes sociales.** *Emplear cuentas en redes sociales para promover mensajes positivos y esperanzadores. Corregir cualquier información errónea que se encuentre.*
- **Ayudar a los demás.** *En caso de ser posible, ofrecer ayuda a otros miembros de la comunidad que lo necesiten.*

### *III.5.2 Los adultos mayores frente a la COVID-19*

Como ya se mencionó en el apartado anterior, la pandemia derivada del virus SARS-CoV-2 inevitablemente ha venido afectando a la población en general, impactando en diferentes aspectos de la vida cotidiana.

Considerando que en la presente investigación la muestra se compone de adultos mayores, se realizó una breve revisión con énfasis en las repercusiones que se han estudiado en la población mayor, asimismo, se muestran algunas de las medidas que se han propuesto y llevado a cabo para reducir o erradicar las consecuencias derivadas de la pandemia.

En los apartados anteriores se han abordado temas relacionados con la vejez, el envejecimiento comunitario y el envejecimiento saludable. El enfoque sobre las repercusiones psicológicas de la pandemia de la COVID en los adultos mayores es un tópico de gran relevancia. En este sentido, González-González et al. (2020), reportaron el impacto psicológico, considerando los factores sociodemográficos y las condiciones médicas del adulto mayor durante la pandemia. En dicha investigación, encontraron como hallazgo principal que las mujeres presentaron con mayor frecuencia síntomas depresivos y ansiedad, así como mayor estrés asociado

a evento. Estos resultados permitieron proponer algunas estrategias orientadas a mantener la salud mental de los adultos mayores (González-González et al. 2020).

Asimismo, Ribot et al. (2020), llevaron a cabo un estudio en el cual presentaron una serie de estrategias para potenciar conductas que favorezcan la salud mental en la situación emergente de la pandemia. En la investigación se defiende la idea de la alteración en el ritmo de vida dentro el ámbito físico y socio-familiar, debido al confinamiento y distanciamiento social que se adoptó como medida de prevención y control ante la pandemia. Se expone también que, los grupos considerados más vulnerables, son aquellos que han tenido más pérdidas y tienen dificultades para reconstruir sus vidas y red de apoyo social después de la pandemia, señalando a los adultos mayores como grupo vulnerable, debido a las enfermedades crónicas no transmisibles y limitaciones físicas que puedan presentar, así como carencia de apoyo familiar y social, incrementado las dificultades para enfrentar la enfermedad. En este estudio se concluyó que una intervención primaria que descentralice la atención y la acerque al entorno familiar, permitirá una estrategia eficaz para el correcto abordaje de las consecuencias psicosociales derivadas de la pandemia.

Respecto a las medidas propuestas por el gobierno de México, en 2020, propuso estrategias para procurar la salud mental de los adultos mayores, contemplando que el distanciamiento social podría generar mayor riesgo de desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos tales como:

- Irritabilidad, tristeza, malestar e impotencia.
- Pérdida de interés en realizar actividades que antes disfrutaban hacer.
- Preocupación excesiva y constante.
- Olvidos frecuentes.
- Dificultad para iniciar y mantener el sueño y pesadillas constantes.

Proponiendo las siguientes recomendaciones para limitar el deterioro de la salud mental durante la pandemia:

- *Mantenerlos conectados, hacerlos sentir involucrados y útiles:*
  - *Enseñarles a usar dispositivos electrónicos para su comunicación.*

- *Animarlos a realizar llamadas a familiares y amigos o escribir notas positivas a sus seres queridos.*
- *Mantener el contacto mediante llamadas, mensajes o videollamadas.*
- *Limitar visitas en casa.*
- *Ayudarles a entender que el distanciamiento es una medida para mantenerlos a salvo.*
- *Consultar fuentes confiables para evitar caer en noticias falsas y en pánico.*
- *Mantener una sana alimentación, realizar actividad física, así como continuar las actividades diarias en casa:*
  - *Evitar consumo de alcohol y tabaco.*
  - *Fomentar la higiene del sueño.*
- *Asegurar que cuenten con sus medicamentos necesarios.*
- *Identificar a una persona cercana que pueda acudir si es necesario.*
- *Tener a la vista una lista de líneas de emergencia.*
- *Agregar a sus dispositivos de contacto, números de emergencia.*
- *Tomar en cuenta las líneas de atención psicológica en caso de notar síntomas como tristeza o irritabilidad.*

Es importante resaltar la importancia de las redes de apoyo para el bienestar psicológico, ya que influye significativamente en el mantenimiento de estilos de vida para en el envejecimiento saludable. De ahí la importancia de proponer programas que puedan limitar el deterioro de la salud mental en el adulto mayor, enfocándose precisamente en fortalecer las RAS, al enfrentar el confinamiento y distanciamiento social.

### **III.6 Viejismo y la COVID-19.**

#### *III.6.1 Viejismo.*

El viejismo es un término utilizado por Robert Butler (1969) para describir la discriminación a las personas mayores, afirma que “el viejismo refleja una profunda inquietud sentada por parte de los jóvenes y de personas de mediana edad: una repugnancia y aversión personal por el envejecimiento, la enfermedad, la discapacidad; y el miedo a la impotencia, la inutilidad y la muerte (Butler, 1969).

Martínez-Maldonado et al. (2018) definen al viejismo como cualquier actitud, acción, o estructura institucional que subordina a una persona o grupo por razones de edad o, como asignación de roles discriminatorios en la sociedad, únicamente basados en la edad. La terminación “ismo” de la palabra viejismo, denota un prejuicio en la sociedad en contra de los viejos. Se caracteriza por prejuicios, estereotipos y discriminación contra los adultos mayores sustentados en la creencia de que en la vejez las personas son menos atractivas, capaces, inteligentes y productivas.

Este tipo de discriminación, aunque no sea un término que se escuche de manera cotidiana, las acciones que lo definen se pueden observar en el día a día de la sociedad, bastaría sólo echar un vistazo hacia los trabajos que suelen otorgarse a las personas adultas mayores en México es bastante común encontrar personas mayores como empacadores de los supermercados o realizando labores de limpieza, esto supuestamente contemplando un programa de inclusión hacia los adultos mayores, pero valdría la pena realizar algunas puntuaciones a los programas que pretenden incluir “a medias” a esta población. Por lo que Braithwaite (2004) elabora un plan conformado por 10 pasos para reducir el viejismo:

- 1. Crear conciencia en la población respecto a los estereotipos existentes hacia los adultos mayores.*
- 2. Difundir el conocimiento de la diversidad de las características personales de los adultos mayores.*
- 3. Tener un mayor compromiso en el reconocimiento y en la respuesta de las múltiples necesidades de los ancianos.*

4. *Promover los conocimientos que permitan considerar a los viejos como seres individuales.*
5. *Promover la cooperación intergeneracional.*
6. *Promover la importancia de la participación social de los adultos mayores.*
7. *Fortalecer prácticas institucionales que promuevan la calidez humana sin distinción de edad.*
8. *Reaccionar menos al estigma de la degeneración y la dependencia.*
9. *Revisar las prácticas y políticas en busca de evidenciar la estigmatización asociada a la falta de respeto que se transmite al tratar a la gente mayor como un grupo invisible.*
10. *Emitir leyes que establezcan la participación de los adultos mayores en la planeación e implementación de normas (políticas) dirigidas a este grupo de edad.*

### *III.6.2 Vejeísmo durante la COVID-19.*

Debido a la manera en que se manejó la información sobre el número de contagios durante la pandemia por la COVID-19, resaltando cifras impresionantemente altas sobre los contagios en el sector de la población mayor, se consideró a los adultos mayores el grupo más vulnerable de la población. En el caso de México, el hecho de tener 60 años o más era suficiente para considerarse sujetos de “altísimo riesgo”; ya que sumado a la edad, la comorbilidad afecta el sistema inmunológico, por tal motivo, se comenzó a catalogar a la COVID-19 como “la enfermedad de los viejitos” estigmatizando aún más a las personas mayores. (Videgaray, 2021)

A propósito de la tendencia a relacionar a la vejez con enfermedad/muerte, en el año 2021 la OMS incluyó a la vejez como causa de muerte en la Clasificación Internacional de Enfermedades, sin embargo, después de que se llevaron a cabo diversos debates y tras una lucha, la OMS decidió contemplar a la vejez sólo como un factor asociado, teniendo que ir de la mano de enfermedades crónicas y/o estilos de vida no saludables (ALGEC, 2021). No obstante, paradójicamente catalogó al envejecimiento como una enfermedad, como un rasgo de vejeísmo institucional estructurado “Hallmarks of Ageism” (Mendoza-Núñez & Mendoza-Soto, 2024).



La pandemia reveló las diferentes formas de vejeismo que ya existían décadas atrás, pero que se potencializaron con la COVID-19, que provocó un mayor aislamiento, falta de acceso a servicios, violaciones a los derechos humanos, etc. (Montes de Oca, 2021)

Las medidas por demás discriminatorias se llevaron a cabo no sólo en México, sino en otros países; en Chile, la cuarentena obligatoria fue impuesta a las personas de más de 80 años; En Grecia, el acceso a la sanidad se vio empañada por la selección de pacientes en función de la edad; en Quebec, las autoridades infantilizaron a las personas mayores; y en Bulgaria, tenían horarios diferentes al resto de la población para ir a comprar. Tanto en México como en España, se dio prioridad de internamiento a cuidado intensivo para otros grupos de edad, dejando sin atención a las personas mayores (Videgaray, 2021).

Finalmente, un punto que vale la pena resaltar, retomando el aislamiento tan abrupto al que fueron sometidos los adultos mayores, es necesario contemplar el poco o nulo acceso a la tecnología para la población mayor, lo cual representó una gran limitante para la comunicación con sus seres queridos o sus demás redes, factor que terminó impactando en el estado de ánimo de las personas mayores.

Las autoridades estando conscientes de la discriminación que se percibió de forma notoria durante la pandemia, mediante el portal del Gobierno de México (2021), lanzó las siguientes estrategias para evitar el vejeismo y la discriminación:

- Saber que el envejecimiento es un proceso diferencial, particular y específico, es parte del curso de vida; todas las personas envejecen de diferente forma.
- Crear conciencia sobre los impactos negativos que tiene el vejeismo en las personas mayores.
- Documentarse sobre el proceso de envejecimiento y el significado de que se hayan ganado muchos años de esperanza de vida.
- Analizar nuestros prejuicios y estereotipos, considerando que también envejeceremos.

- Conocer nuestros derechos y hacerlos valer ante las instituciones que los protegen.

Es necesario realizar algunas observaciones a las estrategias que propuso el Gobierno de México, las cuales se redactaron con un lenguaje subjetivo al no contener un plan de acción y, considerando la información que se ha recopilado y citado en la presente investigación y abordando el primer punto sobre reconocer al envejecimiento como parte del curso de la vida y que cada quién envejece de diferente manera, así como el punto que menciona a los prejuicios y estereotipos, son las definiciones del envejecimiento que lo catalogan como equivalente de deterioro físico y cognitivo e incluso los mismos gobiernos con sus propuestas para incluir a la población mayor al campo laboral con empleos denigrantes y mal pagados quienes refuerzan el estigma que se tiene sobre el envejecimiento. En cuanto al tema de los derechos del adulto mayor, durante la pandemia e incluso antes de que surgiera el confinamiento, el gobierno no ha profundizado en campañas informativas sobre los derechos de los adultos mayores, por lo que un área de oportunidad que se sugiere para las instituciones enfocadas al sector de la población mayor, es fomentar y promover una cultura de derechos, así como una cultura de denuncia ante los casos de discriminación que puedan sufrir las personas mayores.

### **III.7 Afrontamiento y resiliencia.**

#### *III.7.1 Afrontamiento.*

Ante la concepción social que se tiene del envejecimiento, caracterizándolo por la disminución de recursos materiales, físicos y personales, pronosticando una dificultad de ajuste ante situaciones desfavorecedoras como la pérdida de salud, pérdida de seres queridos, aumento de la dependencia, entre otras presentes en la rutina del adulto mayor, se conservan recursos para conseguir un ajuste óptimo como el afrontamiento (Mayordomo et al., 2015).

El afrontamiento fue definido por Lazarus y Folkman (1984) como los esfuerzos cognitivos y conductuales desarrollados para manejar las situaciones evaluadas

como desbordantes de los recursos del individuo; clasificándolo en dos tipos de afrontamiento: **(i) centrado en el problema**: tiene como objeto manejar el problema que causa malestar y **(ii) centrado en la emoción**: implica métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

En lo que respecta al afrontamiento en la vejez, se le ha relacionado con otras variantes como el sentido de la vida (Silva, 2016), encontrado que el sentido de vida juega un rol esencial en relación con el afrontamiento en situaciones específicas. Existen evidencias que otorgan las investigaciones (Folkman et al. 1987) que muestran mayor capacidad por parte de las personas mayores para tomar distancia con respecto a las situaciones estresantes y reevaluarlas positivamente; de esta forma, los adultos mayores muestran un intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de tal manera que les resulte menos desagradable (Banda et al. 2017); asimismo se ha observado que la población mayor sabe identificar mejor sus emociones en comparación a los jóvenes y elaboran mejores y más apropiadas estrategias para actuar eficazmente en las situaciones conflictivas (Labouvie-Vief, 1999).

Se puede entender de esta manera, que el afrontamiento en la vejez brinda una merecida importancia a las experiencias y al conocimiento que van obteniendo durante su recorrido en el ciclo vital, destacando sus capacidades intrínsecas por encima de los rasgos negativos adjudicados a la vejez como la disminución del apoyo social o el deterioro físico. Los adultos mayores serán entonces capaces de reestructurar su percepción ante las dificultades (enfermedades, problemas económicos, aislamiento, etc.) contemplando los recursos disponibles (físicos y personales) con los que cuenten al momento de solucionar las adversidades.

### *III.7.2 Resiliencia.*

Las problemáticas a las que la población mayor se enfrenta con frecuencia como la pérdida de seres queridos, enfermedades crónicas, dificultades para la movilidad, pobreza, marginación, limitado o nulo acceso a servicios de salud y condiciones precarias de la vivienda, aunque los coloca en situación de vulnerabilidad, cada

adulto mayor responde de modo diferente, algunos no logran superar las circunstancias, cada uno responde de diferente manera, fenómeno al que se le conoce como resiliencia (Banda et al. 2017).

Al hablar de resiliencia, se asume que la persona ha desarrollado una competencia para el afrontamiento o la respuesta al estrés y a la adversidad. Esta capacidad resiliente es resultado de la conjunción de factores biológicos, familiares, ambientales y sociales; entre los principales componentes de la resiliencia se encuentran el optimismo, la empatía, la competencia intelectual, la autoestima, la misión y la perseverancia; por lo que uno de los factores que puede influir positivamente en el desarrollo de la capacidad resiliente es la organización comunitaria, a partir de la solidaridad y al reciprocidad, además del sentido de pertenencia y de mantener los motivos de vida (Mendoza-Núñez et al. 2018).

La resiliencia en la vejez se entiende como la edificación del proceso donde las personas llevan a cabo una integración positiva a pesar de las adversidades de la vejez, y superan la última etapa de la vida seguros y conscientes de ellos y gozando de la plena salud emocional (Uriarte, 2014).

La resiliencia en la vejez es multidimensional y multideterminada, en cuyo proceso las personas adultas mayores se adaptan a los eventos y riesgos de tipo biológico, psicológico y social a los que se enfrentan. La resiliencia depende en gran medida de las reservas afectivas, cognitivas y sociales, las cuales se manifiestan a través de la motivación (plan de vida), la satisfacción con la vida, la autoestima, la iniciativa y la autoeficacia, todo lo cual propicia una adaptación exitosa (Fontes et al. 2015).

Es así como las relaciones entre afrontamiento y resiliencia comienzan a ser punto de interés para diversos autores como Everly (1979) quien afirma que la resiliencia puede ser potenciada mediante las estrategias de afrontamiento adaptativas que son las que reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo.; o Leipold y Greve (2009), quienes conciben al afrontamiento como un puente entre la resiliencia y el desarrollo.

#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las redes de apoyo social han sido relacionadas con diversos aspectos positivos dentro del envejecimiento y del curso de vida en general, tales como la salud (López de Roda & Sánchez, 2001); funcionamiento familiar (Medellín et al. 2012); bienestar y calidad de vida (Gracias & Musitu, 1997); entre otros aspectos.

De igual manera, resaltando la importancia que ejercen las redes de apoyo social, hay autores que relacionan la carencia de apoyo social y aislamiento social con la mortalidad y lo suelen atribuir a la negligencia con la propia salud en situaciones en las que se carece de relaciones importantes de apoyo, tales como pareja, hijos o padres; o bien, podría ser que el sistema inmune presenta un significativo deterioro y fallas en el funcionamiento del sujeto frente a la ausencia de figuras importantes y potenciales de apoyo (Marín Sánchez & García González, 2004)

Encontrando entonces evidencia de la estrecha relación que existe entre las redes de apoyo social y los factores que constituyen el bienestar en el proceso de envejecimiento, surge la premisa del modelo de núcleos gerontológicos, la cual consiste en conformar una red de redes de adultos mayores, con la cual se fortalece el capital social. En este sentido, la red apela a la reciprocidad, asumiendo que cuando se solicita apoyo de ésta, el individuo debe estar consciente de que él también es un elemento de apoyo potencial para el grupo (Mendoza-Núñez & Martínez Maldonado, 2013)

Las redes de apoyo social, además de representar una fuente potencial de apoyos tanto materiales como emocionales, también pueden verse reflejadas como una herramienta que facilita la integración social (Santos, 2009). Todo esto en conjunto brinda como resultado un individuo dotado de herramientas para hacer frente a las dificultades y crisis cotidianas a las que se puede enfrentar; además, una vez que el adulto mayor comprende y pone en práctica las estrategias contempladas en el modelo de núcleos gerontológicos, se espera que el propio adulto mayor se convierta en promotor de dichas estrategias dentro de su grupo de iguales.

Finalmente, al hablar de redes de apoyo se deben considerar diversos aspectos que las constituyen, estos aspectos comprenden contexto, tamaño de la red, función, entre otros. También es importante tomar en cuenta el grado de satisfacción que presenta el adulto mayor con el apoyo que recibe.

Se encontraron múltiples estudios e investigaciones que enriquecen la información y los supuestos básicos que encaminaron la propuesta del modelo de núcleos gerontológicos, así como los factores que influyen en esta premisa, es así como se detecta la necesidad de indagar sobre los alcances que ha tenido el modelo, por lo cual se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de las redes de apoyo social extra-familiares de los Integrantes de un Núcleo Gerontológico del Programa de Envejecimiento Saludable de la FES ZARAGOZA UNAM durante la pandemia de la COVID-19?.

## **V. OBJETIVOS**

### **General:**

Analizar la percepción de las redes de apoyo social extra-familiares de los integrantes de un núcleo gerontológicos del Programa de Envejecimiento Saludable del CUENSA de la FES Zaragoza durante la pandemia de la COVID-19.

### **Específicos:**

- Analizar los tipos de redes de apoyo social extra-familiar de un grupo de adultos mayores pertenecientes a un núcleo gerontológico.
- Analizar los tipos de redes de apoyo social institucional de un grupo de adultos mayores pertenecientes a un núcleo gerontológico.
- Analizar la satisfacción de los tipos de apoyo recibidos de las redes de apoyo social extra-familiares e institucionales de un grupo de adultos mayores pertenecientes a un núcleo gerontológico.

## VI. MATERIAL Y MÉTODO

### VI.1 Diseño de estudio

Se llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo exploratorio en un núcleo gerontológico del programa de Envejecimiento Saludable del Centro Universitario de Envejecimiento Saludable (CUENSA) de la FES Zaragoza, UNAM. Para tal efecto, se conformó un grupo focal de siete personas de 50 a 76 años residentes del Municipio Los Reyes en el Estado de México, integrado por 6 mujeres y un hombre, con escolaridad heterogénea (desde primaria incompleta hasta licenciatura), todos los participantes refirieron ser de religión católica (Cuadro VI.1).

**Cuadro VI.1. Características sociodemográficas del grupo focal**

Participante	Sexo	Edad	Escolaridad	Religión
GF01	Femenino	63	Primaria	Católica
GF02	Femenino	51	Licenciatura	Católica
GF03	Femenino	59	Bachillerato	Católica
GF04	Femenino	67	Primaria trunca	Católica
GF05	Femenino	50	Bachillerato	Católica
GF06	Masculino	76	Primaria	Católica
GF07	Femenino	72	Secundaria	Católica

### VI.2 Universo de estudio.

La población de adultos mayores que acude al Centro Universitario de Envejecimiento Saludable (CUENSA) de la FES Zaragoza, UNAM, ubicado en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud en “Los Reyes, la Paz”, Estado de México, se caracteriza por ser de nivel socioeconómico bajo, un alto porcentaje de inmigrantes de diferentes estados de la República, principalmente de Puebla y Tlaxcala, por lo muchos de ellos mantienen estilos de vida tradicionales acorde a su contexto sociocultural de origen. De esta población que acude al CUENSA se

seleccionó a conveniencia un núcleo gerontológico, para conformar un grupo focal de n=7 adultos mayores, con el propósito de explorar la percepción de la influencia de las RAS, para mantener los estilos de vida saludables durante la pandemia de la COVID-19 (años 2020 y 2021).

### **VI.3 Procedimiento**

Se realizó una entrevista estructurada a profundidad a 7 integrantes de un núcleo gerontológico, para lo cual se conformó un grupo focal. Al respecto, se entiende por “grupo focal” aquel espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos (Hamnui-Sutton & Varela-Ruiz, 2013).

#### **Dimensiones a evaluar:**

- **Redes de apoyo extra-familiar:** Se consideran dentro de las redes de apoyo informales y comprenden el contacto y apoyo de parte de amigos, vecinos, grupos religiosos o comunitarios (García, 2017).
- **Redes de apoyo institucional:** Se encuentran dentro de las redes de apoyo formales y comprenden el apoyo que realizan estructuras institucionalizadas, proporcionando servicios, información y cuidados (García, 2017).
- **Satisfacción con el apoyo percibido:** Indicador que forma parte de la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM) y que, como su nombre lo indica, muestra la satisfacción que reporta tener el adulto mayor sobre el tipo de apoyo correspondiente (Mendoza-Núñez & Martínez-Maldonado, 2009).

#### **Guía de preguntas para el grupo focal.**

Como se ha mencionado en párrafos anteriores, la finalidad de la presente investigación es analizar las redes de apoyo extrafamiliares de un grupo de adultos mayores pertenecientes a un núcleo gerontológico, para lo cual se eligió un grupo focal de 7 personas de 50 y 76 años de edad.



De esta manera y tomando en cuenta que la investigación es de carácter cualitativo, se elaboró una serie de preguntas previamente estructuradas y así profundizar en el sentir, pensar y vivir de los integrantes de este grupo con respecto a su experiencia en el programa de envejecimiento saludable.

A continuación, se presentan las preguntas que se utilizaron como guía para llevar a cabo el grupo focal.

### **Red de apoyo extra-familiar**

- ¿Quiénes considera que conforman su red de apoyo extrafamiliar, es decir, amigos, vecinos, alguien que no pertenezca a su familia, quién le brinda apoyo?
- Comencemos con la red de apoyo extrafamiliar, recordemos que esta red se conforma por amigos, vecinos, aquellas personas que no pertenecen a su familia. ¿Considera que recibe apoyo por parte de alguien que se incluya en esta red?

### **Amigos**

#### *Frecuencia*

- ¿Me podría decir con qué frecuencia convive con sus amigos, exceptuando esta situación de la contingencia?
- Antes de la contingencia ¿Existía algún tipo de convivencia? Es decir, un contacto más allá de un saludo, o coincidir en algún lugar.

### **Gradiente de contactos**

- Hábleme de su círculo de amistades ¿Cuántos amigos y/o amigas considera usted que tiene? Tomando en cuenta como “amigo” una persona con quien platica frecuentemente, que incluso comparten algunos intereses en común, etc.

## **Vecinos**

### *Frecuencia*

- En cuanto a la relación que tiene con sus vecinos ¿Me podría decir qué tan frecuente convive usted con sus vecinos y/o vecinas? ¿Me podría decir si convive con ellos? Si es así ¿Qué tan frecuente lo hace?
- ¿Usted considera que lleva una relación estrecha con ellos? Es decir, ¿Los conoce lo suficiente para esperar apoyo de ellos?
- ¿Podría hablarme de alguna fecha reciente en la que se hayan reunido por algún motivo? Tal vez algún cumpleaños o alguna otra fecha importante que hayan compartido juntos.

## **Grupos comunitarios**

- Retomemos un poco el tema del envejecimiento saludable, recordemos que el grupo, trata de adoptar estilos de vida saludables como una mejor alimentación, ejercitarse, ¿Cuáles de estas actividades pone en práctica en su día a día?
- ¿Me podría hablar sobre la experiencia que ha tenido en el grupo de envejecimiento saludable de la clínica de Los Reyes? ¿Cuál es el tema que más le interesó? ¿Nos podría contar un poco más sobre él?
- ¿Usted forma parte de algún grupo religioso? / ¿Asiste a reuniones en la iglesia/congregación? / ¿Qué tipo de actividades realizan?

## **Satisfacción con el apoyo percibido**

- ¿Podría usted decir que se encuentra satisfecho (a) con el apoyo que recibe o recibió del grupo de envejecimiento saludable?
- ¿Qué tan satisfecho (a) se encuentra?
- Respecto al apoyo que recibe únicamente de sus amigos (as) ¿Se encuentra satisfecho (a)?
- ¿Alguna vez ha recibido algún tipo de apoyo por parte de sus vecinos?
- Si fuera así, plátiqueme de algunos ejemplos que se le vengán a la mente.

- ¿Qué tan satisfecho (a) se encuentra con este apoyo de sus vecinos?
- ¿se encuentra satisfecho (a) con el apoyo que recibe por parte de su institución (IMSS, ISSSTE...)
- ¿Qué tanto?

### **Red de apoyo institucional.**

- ¿Cuenta con algún servicio de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ¿Seguro Popular, etc)?
- ¿Pertenece a algún movimiento político?
- ¿Participa en las actividades que se realizan dentro de ese movimiento?

### *Frecuencia*

- ¿Qué tan frecuente acude a su institución?
- ¿Cuáles son los motivos por los cuáles acude a su institución, es decir, revisiones de rutina o sólo cuando tiene algún malestar?

A todos integrantes del núcleo gerontológico se le realizó una entrevista estructurada a profundidad, en el marco de 10 dominios que permitieran identificar la percepción de las redes de apoyo social extra-familiar respecto a la pandemia de la COVID-19 (Cuadro VI.2), considerando las dimensiones: (i) Redes de apoyo extra-familiar; (ii) Redes de apoyo institucional; y (iii) Satisfacción con el apoyo percibido.

### **VI.4 Consideraciones éticas**

Los participantes del grupo focal fueron informados de los objetivos de la investigación y la confidencialidad de los datos obtenidos durante la sesión, así como el uso de la información recabada en los instrumentos que llenaron previamente cuando ingresaron al Programa de Envejecimiento Saludable de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

## **Cuadro VI.2 Categorías de análisis de las RAS y satisfacción durante la pandemia COVID-19**

---

**CATEGORÍA 1 Concepción del envejecimiento**

**CATEGORÍA 2 Viejismo**

**CATEGORIA 3 Redes de apoyo en el envejecimiento**

**CATEGORIA 4 Capital social**

**CATEGORIA 5 Duelo**

**CATEGORIA 6 Satisfacción con las redes de apoyo**

**CATEGORIA 7 Diferencias individuales dentro de las redes de apoyo**

**CATEGORIA 8 Perspectiva de género**

**CATEGORIA 9 Estrategias enfocadas al apoyo material**

**CATEGORIA 10 Impacto de la pandemia por Covid-19**

---

## VII. RESULTADOS

En el Cuadro VII.1 se presentan las características de las redes de apoyo social extra-familiares. En este sentido, las participantes GF02, GF03 y GF05 cuyas edades se encontraban entre los 50 y 59 años, reportaron que convivían de manera frecuente con sus amigos, mientras que las participantes GF01 y GF04 de 63 y 67 años respectivamente, mencionaron que sus convivencias se daban esporádicamente, el participante GF06 reportó que no hay convivencia con sus amigos y la participante GF07 no respondió al respecto, cabe mencionar que estos dos últimos participantes son matrimonio y sus edades son 76 y 72 respectivamente. Respecto al número de amigos, las participantes GF04, GF03 y GF05 coincidieron en un promedio de 5 a 10 amigos, el resto de los participantes (GF01, GF04 y GF06) reportaron tener menos de 5 amigos y la participante GF07 no respondió. Al abordar el tema de la convivencia con vecinos, la única en reportar este tipo de convivencias de forma esporádica fue la participante GF02, una de las participantes más jóvenes del grupo focal, la participante GF01 no respondió y el resto de los participantes reportó no tener convivencia con sus vecinos. Respecto al apoyo brindado por grupos comunitarios, es decir, el grupo de Envejecimiento saludable, los participantes GF01, GF02, GF03, GF04, GF05 y GF06 coincidieron en que uno de los apoyos que ellos percibían del grupo era el ejercicio físico, englobando actividades como Tai Chi, ligas y mancuernas; la participante GF07 no brindó respuesta en este tema; las participantes GF02 y GF03 también hicieron mención del apoyo que percibían con la Evaluación Gerontológica Integral; las participantes GF02 y GF05, dos de las participantes cuya escolaridad contempla el bachillerato concluido (la participante GF02 cuenta incluso con licenciatura) mencionaron la orientación psicológica como un tipo de apoyo recibido en el grupo de Envejecimiento Saludable; los conocimientos sobre nutrición también fue un apoyo percibido por las participantes GF03 y GF05, ambas con bachillerato como grado de estudios concluido. Al tocar el tema del rol que ejercen como promotores y cuestionar sobre los aprendizajes que les ha sido posible compartir, las participantes GF03, GF04 y GF05 mencionaron que han invitado a sus familiares y amigos al

grupo gerontológico. Finalmente, se abordó el tema de la red de apoyo institucional, en el cual las participantes más jóvenes del grupo (GF02 y GF05) con 51 y 50 años respectivamente, fueron las que más actividades proporcionadas por el Municipio llevaban a cabo, la participante GF02 reportó asistir a Escuela para padres, atención a la salud en el Centro de Salud y convivencia en Casa Popular de Los Reyes, por su parte la participante GF05 mencionó realizar actividades de entretenimiento en obras de teatro, convivencia en “Certamen de Belleza”, y conocimiento en Pláticas sobre salud; otra de las participantes (GF03) cuya edad se encuentra dentro del rango de las más jóvenes (50 a 59 años) reportó tener participación en dos actividades por parte del municipio: convivencia en el “día del abuelo” y convivencia en “Certamen de Belleza”, la participante GF01 cuya escolaridad es primaria concluida, mencionó recibir apoyo de tipo material por parte del Municipio como despensa y también conocimiento con pláticas sobre la salud.

**Cuadro VII.1. Características de las redes de apoyo social extra-familiares**

Participante	Red de apoyo					Red de apoyo institucional (Institución y tipo de apoyo)
	Convivencia con Amigos		Vecinos (Frecuencia)	Grupos comunitarios		
	Frecuencia	Número		Tipo de apoyo	Aprendizajes Compartidos	
GF01	Convivencias esporádicas.	Menos de 5.	No responde.	-Ejercicio físico (tai chi)	No responde.	Municipio: -Apoyo material "Despensa" -Conocimiento "Pláticas sobre salud"
<b>GF02</b>	Frecuentemente.	Más de 10.	Convivencias esporádicas.	-Ejercicio físico -Medidas antropométricas -Evaluación Gerontológica Integral -Conocimiento "Temas de envejecimiento" -Orientación Psicológica	No responde.	-Convivencia "Escuela para padres" -Atención a la salud "Centro de salud" -Convivencia "Casa popular (los reyes)"
GF03	Frecuentemente.	De 5 a 10.	No hay convivencia.	-Ejercicio físico (ligas y mancuernas/tai chi)	-Tai chi -Grupo gerontológico	Municipio: -Convivencia "Día del abuelo".

				-Evaluación Gerontológica Integral -Convivencia social -Conocimientos sobre Nutrición		-Convivencia "Certamen de belleza".
<b>GF04</b>	Convivencias esporádicas.	Menos de 5.	No hay convivencia.	- Ejercicio físico (tai chi)	-Invitación al grupo gerontológico	-Convivencia "Grupo de danza"
GF05	Frecuentemente.	De 5 a 10.	No hay convivencias.	-Orientación Psicológica -Conocimiento sobre Nutrición -Ejercicio físico (mancuernas)	-Invitación al grupo gerontológico	Municipio: -Entretenimiento "Obras de teatro" -Convivencia "Certamen de belleza" -Conocimiento "Pláticas sobre salud"
<b>GF06</b>	No hay convivencia.	Menos de 5.	No hay convivencia.	-Convivencia social -Ejercicio físico	No ha compartido aprendizajes por falta de tiempo.	No recibe apoyo.
GF07	No responde.	No responde.	No hay convivencia.	Sin respuesta.	No ha compartido aprendizajes por falta de tiempo.	No responde.



## CATEGORÍA 1 Concepción del envejecimiento

La tendencia de relacionar al **envejecimiento** con la pérdida o deficiencia de funciones físicas son evidentes en los testimonios expresados por los participantes GF01 y GF2 (Cuadro VII.2).

Esta tendencia a relacionar al envejecimiento con la pérdida o deficiencia de funciones físicas, se ha abordado a lo largo de la presente investigación, sin embargo, pensando en la idea principal de este trabajo que es el envejecimiento saludable y retomando los datos que la OMS (2015) presentó en su Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, en el cual se habla de posibles intervenciones que tienen por objetivo lograr la máxima capacidad funcional, lo cual se alcanzaría fomentando la capacidad intrínseca, o bien, permitiendo que las personas que cuenten con una disminución de la capacidad funcional, logren hacer aquellas cosas que considere primordiales. De este modo, con las actividades que se llevan a cabo dentro del Programa de Envejecimiento Saludable del CUENSA, se tiene por objetivo intervenir en la pérdida de capacidad física reportada por los asistentes, mediante ejercicio físico y mediciones constantes. En este sentido, la pandemia de la COVID-19, provocó un aislamiento de toda la población, pero sobre todo de las personas adultas mayores, por lo que no fue posible mantener los estilos de vida saludables para potenciar la capacidad funcional. Al respecto una alternativa que se implementó (no de inmediato, sino 12 meses después) fue el monitoreo a nivel piloto de la aplicación de la tele-gerontología, a través del uso de dispositivos electrónicos, principalmente teléfonos inteligentes “*Smart fon*” y con menor frecuencia computadoras personales y el uso del software “*Zoom*”.

**Cuadro VII. 2 CATEGORÍA Significado del envejecimiento**

Participante	Viñetas sobre el significado del envejecimiento
GF01	<i>“va uno viendo el cambio en nosotros porque yo pasé por una situación que ya no podía caminar, andaba yo mal. Pero la experiencia que tuve fue que yo solita tuve que irme envolviendo en todo esto y salir adelante, si me duele</i>

	<i>¿pues porqué? Porque toda mi familia, ya decía -ya no te puedes mover, ya no hagas tanto ejercicio- de hecho no me podía poner a hacer ejercicio”.</i>
GF02	<i>“A mí me sorprende el envejecimiento en mí, o sea, yo me di cuenta (con el curso) de las medidas, desde el día de la toma de presión de la mano, ese día me di cuenta de que tenía fuerza (según yo) pero iba yo perdiendo la fuerza, o sea, me he estado dando cuenta cómo sí va envejeciendo el cuerpo, cómo sí se va deteriorando y eso es así como que no quiero que pase el tiempo y luego dice uno: “chin... ¿Dónde quedaron los años?” así como pasan los años a veces sin vivirlo. Entonces ahora es eso, el darme cuenta de cómo está envejeciendo mi cuerpo...”</i>

## **CATEGORÍA 2 Viejismo**

Características de las actividades en la rutina del adulto mayor, vistas desde el **viejismo**, tales como las representaciones familiares y sociales negativas de envejecimiento y vejez, así como las percepciones personales de incapacidad y decadencia, con una vida sedentaria que solían llevar los participantes antes de llegar al grupo de envejecimiento saludable y que refieren haber encontrado un cambio en dichos hábitos. Es importante resaltar los testimonios de auto-estereotipos de los adultos mayores entrevistados, con lo cual se acepta y fortalece el viejismo (Cuadro VII.3). Durante la pandemia de la Covid-19, el viejismo se mostró de diferentes formas y ámbitos. Al respecto, las autoridades sanitarias establecieron como única opción inicial para los adultos mayores el aislamiento en sus domicilios, lo cual se intensificó a nivel familiar, provocando de manera implícita distanciamiento y rechazo. Asimismo, se generalizó la idea respecto a que el envejecimiento *per se* era un riesgo de mayor mortalidad (letalidad), por lo que, en algún momento se propuso que la atención médica especializada, cuando se requería la instalación de ventiladores respiratorios en las Unidades de Cuidados Intensivos, la prioridad la tenían los adultos jóvenes independientemente del momento del ingreso hospitalario, vulnerando los derechos humanos de los adultos mayores.

**Cuadro VII.3 CATEGORÍA Viejismo**

Participante	Viñetas sobre las representaciones personales, familiares y sociales de viejismo
GF01	<p><i>“Yo cargué mucho con la familia... Cuando mi hijo ya tuvo las posibilidades me dijo “mamá, ya salte de trabajar”... Después de tantos años estar trabajando, me sacó” ... Lo curioso de todo fue que nada más duré dos meses sin hijos, sin nietos, sin nada porque yo sufrí separaciones de mis hijos y mis hijas se vinieron, mi hija se viene con tres y mi hijo se viene con dos. Entonces ahí empecé otra vez y me dice mi hijo “es que yo no te saqué de trabajar para esto” y a raíz de todo eso, de tanto estar sacando adelante a los nietos, ahora ya me veo en paz, en que soy libre en que ya mis hijos crecieron ya veo todo y ahora es cuando me dice mi hijo “salte, haz esto, haz lo otro” entonces digo yo “ya me hacía falta esa tranquilidad” que mi cuerpo ya se estaba envejeciendo. Ahora que ya me veo libre de problemas y es lo que dice mi hijo “debes de salir, debes distraerte, no debes estar aquí nada más” y es lo bueno. Ahora que me ve que ponía mi teléfono y que me ponía a hacer mis ejercicios y todo eso, es una de las personas que me preguntan “¿Cómo te sientes con tu clase?” y le digo que sí, te relajas y sí, algo bueno salió de esto.”</i></p>
GF02	<p><i>“Soy ama de casa, soy profesionista pero enterré mi carrera y me entregué a mi familia. Entonces dije y cuándo me voy a jubilar yo, ah no, yo me jubilo. O sea mentalmente me jubilé y empecé a vivir a cotorrear</i></p> <p><i>- Paty: ya cuando empecé a ver, dije “creo que tengo que pensar en mí” porque estaba dedicada a todos, que los hijos, que la mamá, que la abuelita, que los sobrinos, quehacer, el trabajo”.</i></p>
GF04	<p><i>“yo me considero ya de edad, que cumplieron 60 años o más y dicen “es que yo ya di lo que tenía que dar” y yo digo que no, porque hay que seguir, la vida sigue, no importa que ya llegamos a esta edad, no tenemos la misma fortaleza, pero sí debemos de motivarnos y si nos están motivando, pues echarle ganas”.</i></p>

### **CATEGORIA 3 Redes de apoyo en el envejecimiento**

La evolución de las **redes de apoyo** que, como se mencionó, en la tercera edad puede centrarse más en la familia que en los amigos (Cuadro VII.4). Siendo que una red de apoyo se considera un mecanismo de intercambio de recursos para dar respuesta a las necesidades de un individuo (García, 2017) y dentro de dichas redes se pueden encontrar sistemas formales dirigidas por profesionales o voluntarios; y sistemas informales en donde se incluyen la familia, amigos, vecinos, etc. (Salinas et al. 2008).

Aun cuando las redes de apoyo evolucionan a lo largo del ciclo vital, no dejan de ser esenciales para el bienestar del individuo, en este caso, del adulto mayor, pues tienen impacto al reducir el riesgo de aislamiento social, soledad y depresión (Wenger, 1997). Ante la pandemia por COVID-19 uno de los mayores retos que se presentó, sobre todo en la población mayor, fue la medida implementada aislando a la población, limitando cualquier posibilidad de que los adultos mayores pudieran percibir el apoyo de sus familiares (considerando que la familia es la red de apoyo con mayor impacto en el envejecimiento) y el apoyo de sus grupos de pares. Otro reto importante, consecuencia del aislamiento durante la pandemia fue el uso de la tecnología, pues la comunicación debía ser remota, implementando las videollamadas como alternativa para un mejor acercamiento de tipo virtual; reto que los adultos mayores debieron superar para continuar en contacto con sus familiares y, en el caso del Grupo de Envejecimiento Saludable, continuar con las sesiones de ejercicio físico y darle seguimiento a las evaluaciones que se realizaban periódicamente. Finalmente, durante la pandemia se presentaron diversos malestares en el campo de la salud mental, tales como depresión y estrés ante la pérdida de familiares y seres cercanos, malestares para los cuáles las redes de apoyo juegan un factor de tipo mediador o de protección, actuando en beneficio de la salud mental y física ante distintas situaciones sociales (Chávez, 2022).

**Cuadro VII.4 CATEGORÍA Redes de apoyo en el envejecimiento**

Participante	Viñetas sobre las redes de apoyo en el envejecimiento.
GF02	<p><i>“cuando se es joven te jala todo, te jala la discoteca, los amigos, el salir, el fumar, el tomar... Te distraes, pero ya conforme pasa el tiempo, efectivamente, yo soy también de tener amigas grandes y tengo amigas jóvenes y de mi edad, ahora sí que es parejo. Entonces sí es verdad que es necesario que te jale la gente cuando ya eres mayor, porque si no, no tienes motivación.”</i></p>
GF04	<p><i>“la edad cuenta... Hace también 26 años murió uno de mis hijos, de 20 años... Yo no me sentí tan adolorida, pero yo estaba más joven, tenía a mi esposo, nos motivábamos... Pero la edad cuenta porque en esa época yo estaba más joven.”</i></p>
GF07	<p><i>“Nosotros somos más de familia. Luego nos reunimos tanto la familia de mi esposo, la mía. Los hijos, nietos, todos. Pero dependemos más de la familia que de los vecinos, muy poco.”</i></p>

#### **CATEGORIA 4 Capital social**

La presencia del **capital social** dentro de la red de apoyo institucional del núcleo gerontológico, al fomentar que los asistentes jueguen un rol como promotores, no sólo participando como receptores de la información encontrada en el grupo de envejecimiento (Cuadro VII.5). Citando nuevamente a la OMS (2015) con su informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, en el cual trata de dejar atrás la creencia de la dependencia que surge con el paso de la edad, haciendo énfasis en las contribuciones que hacen las personas mayores en el aspecto económico, eso sustentado por un estudio realizado en Reino Unido (Cook, 2011) en el que se concluye que los adultos mayores generan un aporte neto de 40 000 millones de libras; en el caso de Kenya se habla de una contribución a la seguridad alimentaria, ya que los grupos agricultores se conforman en su mayoría por personas de 60 años (en promedio) (Aboderin & Beard, 2015); en Zambia se considera que las mujeres de edad son las principales proveedoras y cuidadoras de niños; finalmente, se habla de una contribución general de las personas mayores, respecto al apoyo emocional en momentos de estrés o aconsejar sobre problemas difíciles. Ante la emergencia sanitaria que implicó el COVID-19, individuos adoptaron el rol de cuidadores primarios informales, quienes proporcionaban los cuidados requeridos ante un posible contagio e incluso, a familiares que ya padecían antes alguna enfermedad crónica y, ante el creciente estrés ante la situación por la pandemia, los adultos mayores, a medida de sus posibilidades, ejercieron un rol como promotores de la información, motivándose entre sí para asistir a las reuniones virtuales para el ejercicio físico, responder a encuestas vía telefónica, compartir hábitos alimenticios, etc.

**Cuadro VII.5 CATEGORÍA Capital social**

Participante	Viñetas sobre capital social
GF03	<p><i>“... entrar a este grupo también tuve contacto con otras para invitarlas, tratar de invitarlas y que estuvieran acá, varias de ellas están en Tai Chi, otras están en otros cursos con la doctora Susana o la doctora Brenda, es muy bonito ver eso porque eso también las saca del encierro donde están. No todos tienen la posibilidad de poder salir y tener muchas amistades, muchas personas están encerradas en su casa y necesitan de este grupo para poder tener estas reuniones, poder expresar lo que ellas sienten o cómo se sienten, eso también les ayuda mucho...”</i></p> <p><i>“... Yo con mi esposo, entre los dos, él está en el grupo de Tai Chi, pero no se puede conectar todos los días, entonces hay veces que me espero a hacer mi rutina yo en la noche y luego le digo “a ver vamos a hacer, tú tu rutina con el Tai Chi y yo con lo mío” de esa manera lo jalo, entonces en otras personas les digo “oye ¿Ya hiciste tu rutina? ¿Lo estás haciendo?” porque me dicen “oye, no he bajado nada de peso y sigo haciendo la rutina” y les digo “eso es mentira” porque se notaría en seguida lo</i></p>

	<i>están haciendo como nos los enseñaron o no y ya luego otros me dicen “oye, pásame la rutina que les enseñaron a ustedes...”</i>
GF05	<i>“bueno, yo he asistido pero por mi trabajo... Yo llegué a recibir y a ayudar a la gente...tengo amiguitas que también igual en la pandemia perdieron, sufrieron y me he dedicado, como aprendí tanatología “¿Sabes qué? Pues vengo a apoyarte, a alimentarme contigo y a aprender” y luego se me acercan y me dicen “es que tú eres tanatóloga ¿Cuánto cobras?” y les digo “no, yo a mis amigos no les cobro”, yo lo hago por amor, porque lo aprendí, porque yo lo necesité y llegué a lugares donde a mí no me cobraron nada por aprender.”</i>

## **CATEGORIA 5 Duelo**

El **duelo y la aceptación de la muerte**, estar preparados para dicho suceso e incluso, en algunos casos cómo el grupo de envejecimiento saludable pudo impactar en episodios de depresión relacionados a la ausencia de algún familiar (Cuadro VII.6). Recordando la medida de aislamiento social que se implementó durante la pandemia por COVID-19, medida que orilló a la población a enfrentar de diferente manera la partida de sus familiares y amigos, pues en muchas ocasiones, cuando los pacientes eran ingresados al hospital por sintomatología de COVID y fallecían por la misma causa, sus familiares únicamente recibían sus cenizas, sin tener la certeza de que se tratara de la persona que ellos ingresaron al hospital. Tampoco podían llevarse a cabo los funerales que



acostumbra la mayoría de las familias mexicanas, pues las aglomeraciones estaban totalmente prohibidas durante la pandemia para evitar los contagios.

**Cuadro VII.6 CATEGORIA Duelo (testimonios)**

Participante	Viñetas sobre el duelo
GF05	<p><i>“yo llegué a este lugar porque a mí me habían dicho “tienes 10 años de vida, mientras te cuides vas a vivir y si no, pues ya...” de hecho mi pareja me dice “me has engañado porque ya pasaste más de 10 años” me metí a estudiar tanatología con el fin de que qué va a pasar, ¿qué pasa cuando te mueres? Y terminé mi curso, tuvo un accidente mi hija, muchos problemas pero este grupo me estuvo... Me sostuvo, me mantuvieron pues...”</i></p>
GF04	<p><i>“Mi esposo murió de 85 años y él era muy activo y yo aprendí de él, porque yo lo veía que se levantaba y él murió sin bastón, sin andadera y sin cama, él caminando, entonces yo aprendí de él y le digo y mis amigas como son de la edad sus esposos, como que se vinieron los dos abajo “motívense, levántense, hagan aunque sea” y me dicen “es que ya no puedo, es que...” y yo le digo, aprendía de él, cuando él se fue yo me quedé como que me faltaba un pie, pero un año encerrada y ya me dice mi hija “mamá, váyase, vaya con</i></p>

	<p><i>sus amigas” y decía yo “creo que me estoy pasando con mis amigas, pero voy a levantarme” pero me animaba y me desanimaba cuando volteaba y no, entonces ya decía yo “ya no...” y estar en este grupo me motivó, porque ya me levantaba “me voy a bañar porque voy a mi clase, que me vean bien” y el día que tenía mi plática, me levanto y es muy bueno tomar algún curso porque nos anima a no estar inactivo, nos oxidamos de estar ahí.”</i></p>
--	--

## **CATEGORIA 6 Satisfacción con las redes de apoyo**

La **satisfacción** con las experiencias que han tenido por parte de otras redes (Cuadro VII.7). Retomando el punto de la importancia que juega el rol de las redes de apoyo a lo largo del ciclo vital; se habla incluso de un efecto protector que pueden tener las RAS en enfermedades (García, 2017). En la Escala de Reyes de Apoyo Social para Adultos Mayores, uno de los puntos a evaluar es la satisfacción, definida como el grado de satisfacción manifestado en relación a los apoyos familiares, extra-familiares e institucionales recibidos (Mendoza-Núñez et al., 2009). La pandemia de la COVID-19 resaltó las necesidades y vulnerabilidades que presentan los adultos mayores respecto a su derecho a la salud; y expuso la fragilidad de los sistemas de salud para apoyar a los adultos mayores y considerar sus necesidades únicas (Organización Panamericana de la Salud, 2022) De aquí surge la relevancia de complementar los resultados obtenidos mediante escalas como la ERASAM con preguntas abiertas para profundizar en las necesidades que presenta cada adulto mayor, pues los programas propuestos por las

instituciones suelen generalizar los tipos de apoyo que ofrecen, en el caso de la pandemia, se hizo un énfasis extraordinario en la salud física, pues en ese momento era la emergencia que debía atenderse, sin embargo, los programas que engloban la salud mental contempló escasamente a la población mayor.

### **Cuadro VII.7 CATEGORÍA Satisfacción con las redes de apoyo**

<b>Participante</b>	<b>Viñetas sobre la satisfacción con las redes de apoyo</b>
GF02	<p><i>“A penas acabo de hacer de chaquira pulseras, collares, que a mí en lo personal me gusta usar collares y la chaquira y el hoyito es tremendo. Pero lo hice entonces yo le dije a la maestra “con esta pulserita me la voy a pasar las dos semanas” y pasaron dos días para que hiciera no sólo la pulsera, me seguí tanto que terminó en collar. Y me aventé unas 7 y dije ¡wow qué padre!, o sea, son satisfacciones personales.”</i></p>
GF05	<p><i>“Yo llegué a recibir y a ayudar a la gente... Y ves la alegría de la gente, ves el gusto de las personas que se sienten importantes como hace poco que hicieron el certamen de belleza de la tercera edad... Ves el ánimo de la gente, ves cómo se suben, bailan, declaman y “a ver, ¿Me permite tomarme una foto con usted?” Y la emoción de que se sienten importantes y tomados en cuenta, la</i></p>

	<p><i>alegría en la cara y que estás platicando y que te digan “Mira qué guapa” y estás cerca de las mesas y la buya que se hace con ellos y los pones a bailar y los pones a vacilar, juegas con ellos, bromeas, se ve la alegría, que se sientan vivos, que se sientan importantes y que conviven con gente de su generación y que les permite platicar entre ellos”</i></p>
GF03	<p><i>“nosotros sí, igual que “Participante GF05”, estamos en una organización... Se festeja el día del abuelito, es sorprendente ver a una señora, en esta ocasión vi a una señora que traía su andadera sin una pierna y baile y baile y baile la señora, era sorprendente verla porque todo desde que comenzó la orquesta, estuvo baile y baile y nunca se cansó y en todas las fotografías salía sonriendo y decía que le gustaba disfrutar de la vida. Esas personas que impulsan a seguir adelante tan sólo por verlas... Estaba viendo también con Paty su festejo, pues tuvieron a su reina, la coronaron, hicieron diferentes actividades, o sea, las festejan por todos lados...”</i></p>

## CATEGORIA 7 Diferencias individuales dentro de las redes de apoyo

El papel que juegan las **diferencias individuales dentro de las redes** (Cuadro VII.8) tales como **género**, en este caso, al llevar a cabo el grupo focal, se pudo observar una esporádica participación del participante GF06, quien fue el único asistente hombre a la sesión; para el caso de la **edad**, cabe resaltar que quienes tuvieron mayor participación durante la sesión fueron GF02 y GF05, quienes son las más jóvenes del grupo, pudiendo incluso influir el factor de **escolaridad**, ya que coinciden en la formación como trabajadoras sociales; así como **aspectos de personalidad** que pueden intervenir en las redes y en la participación de los integrantes, pues dependerá de sus diferentes necesidades su manera de involucrarse con las redes. Las diferencias individuales también fue un punto de partida para las posibles reacciones esperadas ante la pandemia por COVID-19, pues dependerá del esquema formado por cada individuo para hacerle frente a situaciones de emergencia como lo fue la pandemia, aunque también es cierto que, sin importar las diferencias individuales, los estragos psíquicos que dejó el aislamiento como estrés, ansiedad, depresión, entre otros, fueron rasgos compartidos por la mayoría de la población (Ribot, 2020). Durante la sesión del grupo focal, cada participante expuso sus propias experiencias frente a la pandemia, experiencias que englobaban pérdidas familiares, cambios drásticos en el estilo de vida, distanciamiento entre familiares y amigos, etc., y el modo de abordarlo de cada quién fue distinto.

### Cuadro VII.8 CATEGORÍA Diferencias individuales dentro de las redes de apoyo

<b>Participante</b>	<b>Viñetas sobre diferencias individuales dentro de las redes de apoyo</b>
GF05	<i>“yo llegué a este lugar porque a mí me habían dicho “tienes 10 años de vida, mientras te cuides vas a vivir y si no, pues ya...”</i>
GF06	<i>“El integrarme a este grupo es una forma de integrarse a una nueva convivencia con</i>

	<i>nuevas personas, aprender de ellas, de diferentes puntos de vista.”</i>
GF01	<i>“los ejercicios que nos ponían me ayudó mucho porque el tai chi es bonito, no te esfuerzas mucho y vas en tu mente se te va abriendo porque pues cómo a tu edad ya no puedes hacer nada, a tu edad ya no puedes subir escaleras, etc.”</i>
GF04	<i>“estoy saliendo de un cuadro muy fuerte pero para mí esto me ayudó. Me da gusto estar aquí, mi hija me dice “ma... salga... vaya...” y yo no podía y estar con ustedes en el grupo me sacó.”</i>
GF03	<i>“Yo creo que estos grupos son importantes porque conocemos a personas de diferente edad. En este caso a mí me gusta mucho a veces platicar con las personas, yo también soy adulta pero más adultas que yo porque es enriquecedor estarlas escuchando todas sus experiencias y lo que pueda aprender uno de ellas.”</i>

## CATEGORIA 8 Perspectiva de género

Relacionado con el tema del **género** (Cuadro VII.9). Se encontraron tendencias a proponer programas aparentemente enfocados a las mujeres, ya que las actividades realizadas dentro de esos programas suelen ser llevadas a cabo en su mayoría por mujeres. Durante la emergencia sanitaria por COVID-19 se presentaron tres grupos considerados como los más vulnerables durante el aislamiento: niños, mujeres y personas adultas mayores. En este sentido, debido al incremento de malestares psicosociales, se reportaron más casos de violencia física; asimismo, se redoblaron esfuerzos para proteger a las mujeres, ya que con la cuarentena se dificultó aún más la posibilidad de realizar denuncias ante cualquier tipo de violencia (Chávez, 2022). A lo anterior, cabe agregar el rol que juega la mujer en la familia, pues en su mayoría son quienes se encargan de llevar a cabo las tareas del hogar y el cuidado de los hijos/nietos, así pues, durante la pandemia se vieron obligadas a no sólo mantener las actividades del hogar, sino encargarse del cuidado de los posibles integrantes de la familia que hayan sufrido del contagio, así como cubrir las actividades escolares de los hijos o nietos.

### Cuadro VII.9 CATEGORÍA Diferencias individuales de la perspectiva de género

Participante	Viñetas sobre perspectiva de género
GF02	<i>“Yo soy mucho de andar en cursos en proyectos de escuela para padres, en el centro de salud, en la iglesia. Por todos lados yo soy de ir, porque quiero vivir, quiero vivir lo más que puedo. A penas acabo de hacer de chaquira pulseras, collares, que a mí en lo personal me gusta usar collares y la chaquira y el hoyito es tremendo. Terminó eso y me metí a un</i>

	<i>curso de pintura en tela y luego de zumba...</i>
GF05	<i>“hace poco que hicieron el certamen de belleza de la tercera edad... Ves el ánimo de la gente, ves cómo se suben, bailan, declaman y “a ver, ¿Me permite tomarme una foto con usted?” Y la emoción de que se sienten importantes y tomados en cuenta, la alegría en la cara y que estás platicando y que te digan “Mira qué guapa”.</i> ”

### **CATEGORIA 9 Estrategias enfocadas al apoyo material**

Las **estrategias de las autoridades** enfocadas a brindar **apoyos de tipo material**, ya sea monetario o con alimentos (Cuadro VII. 10). Ante la emergencia sanitaria por COVID-19 en México, la Secretaría de Bienestar lanzó un comunicado en el 2020 informando que las pensiones del bienestar se estarían otorgando de forma adelantada, con el fin de procurar la salud de los Adultos Mayores y Personas con Discapacidad; al mismo tiempo, se entregaba casa por casa una caja con insumos necesarios para la correcta sanitización del hogar, en los cuáles se encontraban gel antibacterial y cloro (Gobierno de México, 2020).



**Cuadro VII.10 CATEGORÍA Diferencias individuales del apoyo material**

Participante	Viñetas sobre estrategias enfocadas al apoyo de tipo material
GF01	<i>“También los que te dan tu despensa ahí ya sientes que te toman en cuenta.”</i>

**CATEGORIA 10 Impacto de la pandemia por COVID-19**

Finalmente, el **impacto** que tuvo la pandemia por **COVID-19** en los **estilos de vida**, así como las **percepciones** de algunos participantes sobre la **vida y la muerte** (Cuadro VII.11) La emergencia sanitaria generó un incremento en trastornos psíquicos, así como distanciamiento social que implica síntomas como ansiedad, preocupación o miedo en relación con diferentes factores como estado de salud propio o de familiares, pérdida de ingresos, incertidumbre, soledad, etc. (Ribot et al. 2020).

**Cuadro VII.11 Diferencias individuales del impacto de la COVID-19**

Participante	Viñetas sobre el impacto de la pandemia por COVID-19
GF02	<i>“de verdad que desperté cuando empezó la pandemia. Hablé por teléfono con mi cuñada y le pregunté ¿Qué andas haciendo? Yo estaba sentada y viendo a mi marido, estaba enfermo del Covid, nunca se hizo la prueba pero él ya tenía oxígeno, ya no podía respirar, le detectaron neumonía, yo digo que era el</i>

	<p><i>covid. Estaba él durmiendo arriba y yo abajo viendo mi patio porque hasta los albañiles se fueron, estaba yo triste la verdad, habla mi cuñada, me dice ¿qué haces? y le digo no pus sentada ¿y tú? Dice pues yo estoy jubilada, ya me fui a Veracruz y yo dije ¿Cuándo me jubilo? Soy ama de casa, soy profesionista pero enterré mi carrera y me entregué a mi familia. Entonces dije y cuándo me voy a jubilar yo, ah no, yo me jubilo. O sea mentalmente me jubilé y empecé a vivir a cotorrear cuando salió adelante mi marido.”</i></p>
GF05	<p><i>“tengo amiguitas que también igual en la pandemia perdieron, sufrieron y me he dedicado, como aprendí tanatología “¿Sabes qué? Pues vengo a apoyarte, a alimentarme contigo y a aprender” ... el tener esta pandemia te limita porque la tercera edad no puede entrar a ciertos lugares, igual también hacen sentir mal a la gente o a las personas mayores porque no pueden entrar y tienen que buscar a otras personas más jóvenes...”</i></p>
GF03	<p><i>“Es que con esto que se vino de la pandemia es lo que nos enseñó, a disfrutar porque a lo mejor tú dices “a lo mejor yo ya me voy a ir, pero a lo mejor uno de</i></p>

	<i>nosotros o a lo mejor saliendo uno se va, o sea, nadie sabe cuándo”.</i>
--	---

## VIII. DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue el de analizar la relación de las redes de apoyo extra-familiares con los estilos de vida saludables durante el confinamiento de la pandemia de la COVID-19 de un grupo de adultos mayores pertenecientes a un núcleo gerontológico del CUENSA. En este sentido, la Escala de Reyes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM) utilizada en la evaluación gerontológica integral no proporciona la información de cómo influyen las RAS en situaciones emergentes como la vivida durante la pandemia, por tal motivo se llevó a cabo un estudio cualitativo exploratorio con un grupo focal.

Los datos estadísticos que se obtienen mediante la ERASAM suelen ser útiles, aunque no son suficientes para proponer programas comunitarios y políticas públicas en beneficio de los adultos mayores.

Tampoco las instituciones gubernamentales como el INAPAM (2012) han propuesto estrategias acorde a las necesidades específicas de la población adulta mayor, ya que promueven envejecimiento saludable, mediante diversas estrategias generales e inespecíficas, entre las que destacan los talleres de oficios, artesanías y artes plásticas como: bisutería, grabado, bordado, pintura en cerámica, pirograbado. Para datos más recientes, se consultó el Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento, propuesto por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en el 2021, presentando un modelo integral para la atención primaria y realizando especial énfasis en el Programa de Pensión para el Bienestar, por lo que tampoco responde del todo a las necesidades específicas y diferenciadas de la población de adultos mayores.

Al llevar a cabo el grupo focal del presente estudio, surgieron dos observaciones importantes que se relacionan con el tema de las políticas públicas: la primera es con relación a la **perspectiva de género**, comenzando por mencionar que en el grupo focal se encontraba únicamente un participante hombre y el resto de las participantes eran mujeres, quienes al hablar sobre su experiencia con el apoyo institucional, hacían referencia a actividades generalmente dirigidas hacia población femenina (elaboración

de pulseras, baile, zumba, etc.), actividades similares a las que proponía el INAPAM en el 2012 sobre las artes plásticas; la segunda observación es referente al énfasis que se ha puesto durante varios años en el **apoyo de tipo material** (pensiones, despensas, etc.), ya que 3 participantes del grupo focal mencionaron que el tipo de apoyo que recibían por parte del municipio se componía por despensas alimenticias, aun cuando se habla de modelos integrales para la atención y que va dirigida a toda la población, evitando la discriminación. Con los argumentos de los participantes del grupo focal, se puede proponer entonces un estudio más amplio sobre las redes y así crear actividades que involucren tanto a hombres como mujeres mayores, evitando mostrar una marcada perspectiva de género, así como estrategias que sean estrictamente integrales, tomando en cuenta los factores que intervienen en las redes, como personalidad, edad, género, escolaridad, religión, etc., pues en el comportamiento de los participantes del grupo focal, se pudo percibir una mayor participación de las integrantes GF02 y GF05, quienes poseen estudios universitarios y de bachillerato respectivamente, así mismo, reportaron que siempre han tenido interés en actividades que impartan las instituciones, como escuela para padres o el mismo Grupo de Envejecimiento Saludable; contrario al resto de los participantes cuyo nivel de estudios mayormente es la primaria y que afirmaron que la información del programa no hubiera llegado ellos, no hubieran asistido a la clínica, pues ellos no suelen buscar este tipo de actividades y, quienes a su vez, tuvieron menos participación al responder las preguntas.

Durante la sesión que se llevó a cabo con los participantes del núcleo gerontológico, surgió un cuestionamiento importante respecto al comportamiento de las redes de apoyo a lo largo de la vida: ¿Cómo se crean las redes de apoyo? ¿Será que se puede considerar un deterioro de las redes con el paso de los años? A lo que una participante respondió que se trata más de un cambio en los entornos dentro de los cuáles se desenvuelve el ser humano en cada etapa, mencionando que durante la juventud, las redes de apoyo suelen concentrarse en los amigos con los que se convive y, al paso de los años, según la participante, las redes se van concentrando en la familia, de este modo, dentro de las experiencias del grupo focal, se encontró un impacto en los **hábitos de convivencia**,

pues indicaron que solían organizar reuniones casuales, independientes a las actividades del grupo de envejecimiento saludable; de igual manera, reportaron que las actividades llevadas a cabo dentro de la unidad, las realizaban con entusiasmo y sentían emoción al saber que debían asistir a dichas actividades; por lo que se puede confirmar que las redes de apoyo juegan un papel crucial en el envejecimiento, pues dicho apoyo reduce el riesgo de aislamiento social, soledad y depresión en el adulto mayor (Wenger, 1997). Al momento de abordar el tema de la **depresión** en el adulto mayor, se consideró necesario hacer un breve énfasis en la situación que se vivió a nivel mundial durante la elaboración de la presente investigación, por la pandemia derivada del virus SARS-CoV-2 (**COVID 19**), ya que una de las principales medidas para abordar la situación fue precisamente el aislamiento social, generando síntomas depresivos, de estrés y ansiedad, mayormente en la población de mujeres mayores (González-González et al. 2020); sobre dicha línea de la **depresión** y el impacto del **núcleo gerontológico** en los participantes, se encontró la experiencia de una participante quien compartió que tuvo pérdidas familiares debido al COVID 19, entre ellas la muerte de su esposo, llevándola a un estado de depresión que afectó su rutina diaria, ante dicha situación, sus hijos le propusieron realizar diferentes actividades para poder enfrentar el duelo que estaba viviendo, fue así como comenzó a asistir al grupo de envejecimiento saludable, relatando que tuvo un cambio significativo y una motivación para poder sobrellevar la depresión que estaba viviendo en ese momento. Este argumento también tiene lugar en el tema de **afrentamiento y resiliencia**, pues retomando a Mendoza-Núñez (2018) quien contempla la organización comunitaria como un factor influye positivamente en el desarrollo de la capacidad resiliente y concibiendo al afrontamiento como Leipold y Greve (2009) como un puente entre la resiliencia y el desarrollo.

Dos de las participantes del grupo focal, reportaron que han tenido intención de compartir con sus amistades y familiares las actividades que se realizan en el grupo de envejecimiento saludable, una de ellas, menciona que compartió la información sobre el ejercicio físico y alimentación con su esposo y posteriormente, con otras amistades, de las cuáles unas cuantas aceptaron acudir al grupo; de este modo, se cumple uno de los

dos objetivos que Correa (2016) presentó sobre el modelo de núcleos gerontológicos, el cual menciona que **los adultos mayores participen activamente en los programas de promoción gerontológica**; dicho así, la finalidad de que un adulto mayor se integre a un núcleo gerontológico es el fortalecimiento mutuo colectivo (entre los mismos ancianos) de las acciones de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, tomando en cuenta las necesidades que se vayan detectando a partir de las acciones de intervención comunitaria (Mendoza-Núñez et al. 2008), finalidad que coincide con las propuestas realizadas por la OMS en su informe del año 2015, en donde se contempla a la población mayor como proveedores potenciales de conocimientos; las ideas anteriores rompen con la manera en la que se solía ver al adulto mayor en años anteriores como un ente pasivo, el cual únicamente recibía la información presentada por los programas de salud; en años recientes, se ha impulsado el rol de la población mayor no sólo como receptora, sino promotora de la información que comprenda el bienestar físico y emocional.

Dicho lo anterior, en décadas anteriores el **envejecimiento** era considerado como una etapa que se caracterizaba principalmente por pérdidas en las distintas esferas del desarrollo humano, esta idea surge desde el siglo IV a. C., cuando Platón afirmó que la vejez era caracterizada por la **debilidad física** y la ausencia de los placeres del cuerpo. En investigaciones más recientes, se considera al envejecimiento como un proceso gradual y adaptativo caracterizado por una disminución de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales propiciadas por los cambios inherentes a la edad en un ambiente determinado (Mendoza-Núñez & Martínez-Maldonado, 2013). Se ha hablado de cambios físicos, cambios psicológicos como la capacidad cognitiva y sentimiento de utilidad (Allevato & Gaviria, 2008) y cambios sociales que pueden comprender cambios en la estructura familiar, abandono del hogar por parte de los hijos, muerte de personas queridas, reestructuración o inversión de las relaciones de dependencia, entre otros (Gutiérrez & Gutiérrez, 2010). En las respuestas de dos participantes del grupo focal, se reflejó esta tendencia a relacionar el envejecimiento con la disminución y deficiencia en funciones físicas, en sus respuestas se resaltaban aspectos como la pérdida de fuerza, deterioro

en las funciones cotidianas como caminar, y el dolor al realizar ciertas tareas como lavar trastes o sujetar objeto, al ir avanzando la sesión, se encontraron respuestas que reportaban también cambios en las rutinas de los participantes, quienes relacionaban dichos cambios con el abandono de los hijos y/o cuidado de sus nietos; cabe destacar que durante la sesión con el grupo focal, no se realizó ninguna pregunta específica respecto al envejecimiento, las respuestas anteriormente expuestas surgieron con la primer pregunta de la sesión: *¿Cómo se han sentido asistiendo al grupo?*, tratándose de una pregunta abierta, como todas las que se realizaron en la sesión, que tenía el propósito de iniciar el espacio para que los participantes expusieran sus experiencias con el grupo de envejecimiento saludable, siendo de esta manera que las dos participantes relacionaron en primer lugar el impacto de las actividades del grupo en sus estilos de vida, pues mencionaron que a partir de que comenzaron a asistir a las sesiones de ejercicio físico, percibieron cambios notorios al recuperar la fuerza, mejorar incluso su condición física y mejorar sus estados de ánimo al poder convivir con otras personas que no formaban parte de sus círculos habituales como familiares o amigos y así comenzar a fortalecer las redes de apoyo extra-familiares.

El estigma que había sido adoptado durante décadas sobre el envejecimiento al relacionarlo con deterioro, pérdida y falta de utilidad, podría explicar el surgimiento de un término llamado **viejismo**, el cual describe la discriminación hacia las personas mayores, caracterizado por una repugnancia y aversión por el envejecimiento, la enfermedad, la discapacidad; y el miedo a la impotencia, la inutilidad y la muerte (Butler, 1969). Y es que dichos miedos no están tan alejados de la realidad que vive la mayoría de la población mayor al menos en México, pues es la misma sociedad quien de manera tal vez inconsciente, coloca al adulto mayor en roles con cada vez menos relevancia, arrastrando actividades ya bastante estereotipadas como el cuidado de los nietos, reposo e inactividad física bajo el supuesto de que después de cierta edad el esfuerzo físico no es apto, pues podría generar alguna afectación muscular. El límite de edad en las vacantes laborales es una muestra de los obstáculos que comienzan a atravesar los adultos mayores para integrarse a un empleo, aunque estos límites se establecen bajo



argumentos sobre la poca familiarización de las personas mayores con las nuevas tecnologías o la exigencia física que pudiera requerir el puesto en cuestión, e incluso la dificultad que pudieran presentar para integrarse al equipo de trabajo, lo cierto es que se encuentra la creencia de que en la vejez las personas son menos atractivas, capaces, inteligentes y productivas (Martínez-Maldonado, 2018). Existen programas de diferentes empresas e instituciones que promueven la inclusión de las personas mayores en el campo laboral, sin embargo, los puestos que suelen otorgarse en estos programas son de baja remuneración económica, siendo empleos como empacadores de supermercado o personal de limpieza. Sobre esta línea del viejismo, en las experiencias de cuatro participantes del grupo focal, se encuentra una rutina vista desde el viejismo, pues reportan que antes de conocer el grupo de envejecimiento saludable, solían encargarse 100% a la familia, al cuidado de los nietos y su vida era sedentaria; se encontró incluso que la propia familia es quien visualiza a los adultos mayores en la perspectiva del viejismo, pues una de las participantes reportó que su hijo le propuso que dejara su trabajo para que pudiera tener una vida “tranquila” y poder quedarse en casa; el caso de otra participante denotó que en muchas ocasiones los adultos mayores no son tomados en cuenta al momento de requerir su apoyo para el cuidado de los nietos y se empieza a considerar más como una obligación de los “abuelos”, sin tomar en cuenta si ellos se encuentran en condiciones y desean llevar a cabo dicha encomienda; una de las participantes incluso comenzó que el cuidado de sus nietos parecía un “volver a comenzar”, pues recordaba lo que había implicado la crianza de sus propios hijos.

Ante las primeras definiciones del envejecimiento que a primera vista brindaban un panorama desalentador para los adultos mayores y gracias a las investigaciones que fueron mostrando cada vez un mayor interés en esta etapa de la vida, comenzaron a surgir enfoques dentro de los cuáles fueron enmarcadas las distintas conceptualizaciones del envejecimiento, dentro de dichos enfoques resalta el **envejecimiento positivo** en el que se reconocen las capacidades físicas, psicológicas y sociales de los adultos mayores con base a la experiencia y los conocimientos adquiridos a lo largo de su ciclo vital. (Mendoza-Núñez & Martínez-Maldonado, 2013) Así como surgieron enfoques como el

envejecimiento positivo, se fueron dando a conocer distintos modelos como el **envejecimiento saludable**, que fue propuesto por la OMS (1998) definiéndolo como la etapa que comienza antes de los 60 años; otro elemento característico de este término es la ausencia de enfermedad, aunque en los últimos años se ha comprobado que la población mayor puede contar con una o más enfermedades controladas y disfrutar de una vida plena y sin limitaciones; ejemplo de ello son los participantes del grupo focal de la presente investigación, quienes presentan condiciones como hipertensión y diabetes, sin representar ningún tipo de impedimento para realizar sus actividades cotidianas, incluso reportan que asistiendo al grupo de envejecimiento han recibido información sobre una alimentación saludable, así como rutinas de ejercicio que pueden realizar desde casa para mantener un estilo de vida que favorezca su bienestar. Para el año 2015 la OMS propuso una definición realista y fundamentada del envejecimiento saludable, precisándolo como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”. Con base a las definiciones que fueron proponiendo tanto la OMS (1989 Y 2015) como diversos autores desde Havighurst (1961) con su primera definición de envejecimiento con éxito, hasta Ballesteros (2011) quien habló del envejecimiento activo y Mendoza-Núñez et al. (2018) llegaron a una definición pragmática del concepto, incluyendo elementos como el autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión, resaltando también el papel de las redes de apoyo. Es así como en las respuestas de los participantes en el grupo focal, se identifican los puntos clave de esta última definición, pues el grupo de envejecimiento saludable ofrece una atención multidisciplinaria abordando aspectos como la nutrición y ejercicio físico, así como el seguimiento mediante la toma de medidas antropométricas con el objetivo de procurar el **autocuidado**; se fomenta la **ayuda mutua y autogestión** al contemplar a cada participante como promotores de la información que reciban dentro del grupo; finalmente, las respuestas también mostraron el papel esencial que juegan las **redes de apoyo** tanto formales (Grupo de envejecimiento saludable de la UNAM) como informales (las convivencias que reportaron los participantes que llevaban a cabo fuera del grupo) que les aportaban mayor motivación y distintos aprendizajes entre los participantes sobre las experiencias de vida que cada uno aportaba. Aunque en la revisión y el análisis de las

respuestas de los participantes se encuentren puntos clave de la definición de envejecimiento saludable, queda mucho trabajo por hacer en cuanto a la promoción e incluso elaboración de los programas para los adultos mayores, el número de participantes en esta investigación es un punto importante a considerar, pues se compone tan sólo de 7 personas, sin embargo, puede abrir el paso a futuras investigaciones que favorezcan y nutran la perspectiva positiva del envejecimiento; proponiendo mantener el interés en la población mayor, tomando en cuenta los aspectos encontrados como las diferencias individuales (género, escolaridad, edad, etc.); el fortalecimiento de las redes de apoyo tanto familiares como extra-familiares, basándose en el impacto positivo que tienen en los adultos mayores como la motivación; y finalmente, considerando las aportaciones que realiza la población mayor a la sociedad, siendo parte esencial de la dinámica del capital social y resaltando no sólo sus conocimientos basados en su experiencia, sino a los aspectos económicos y dejar de ver a esta población como una costosa inversión, como ha sido vista en las últimas décadas por las autoridades de cada país.

Finalmente, hablando de los alcances que ha tenido el Programa de Envejecimiento Saludable y retomando los objetivos que se tienen planteados para el núcleo gerontológico que coinciden en un desarrollo integral durante la vejez, implicando una interacción constante entre el individuo y su medio ambiente; en las respuestas de los participantes del grupo focal se encontraron constantemente argumentos que resaltaban la satisfacción que tenían con esta red de apoyo, ya que encontraban la oportunidad no sólo de fortalecer aspectos sociales como las convivencias en las que han podido compartir sus experiencias y aprender de cada una de ellas, lo que les ha fortalecido el sentimiento de utilidad al considerarse promotores de aprendizajes potenciales, sino que agradecían el seguimiento que se les ha otorgado por parte de la clínica en aspectos de salud y resaltaban el hecho de que la atención no tenía ningún costo, un punto importante también a considerar, ya que la mayoría de la población mayor en México recibe por ingresos únicamente el apoyo de sus pensiones y en algunas ocasiones apoyos económicos brindados por el gobierno, por lo que muchas veces esto llega a representar

una limitante para participar en actividades que llegan a tener algún costo, pues los individuos priorizan sus gastos en alimentos, medicamentos y productos de higiene personal; aspectos que cumplen los dos objetivos del núcleo gerontológico presentados por Correa (2016) que consisten en: (i) que los adultos mayores participen activamente en los programas de promoción gerontológica y (ii) establecer un programa que proporcione mayor bienestar posible para los adultos mayores en lo biológico, psicológico y social considerando los recursos reales de la población. Al analizar la relevancia que toma la interacción individuo-ambiente, es necesario dejar de considerar el aislamiento como una característica de la vejez, pues las investigaciones insisten en que dicha interacción es importante hasta el final del ciclo de la vida pues es mediante ella que se adquieren los elementos para el desarrollo y, en el caso de los adultos mayores, es el medio por el cual podrán adaptarse a los cambios que los envuelvan, pues debido al acelerado ritmo de los avances en la tecnología y del funcionamiento de la sociedad, muchas veces se genera el sentimiento de exclusión en las personas mayores.

En el transcurso del grupo focal que se realizó para la presente investigación, se recopilaron experiencias con gran valor para futuras investigaciones, abordando temas como la discriminación hacia la población mayor durante la pandemia por la COVID-19, que, como observación pertinente se puede proponer una serie de programas incluyentes para el correcto uso de la tecnología en los adultos mayores, recordando que durante el aislamiento se propuso como medio de comunicación métodos como video llamadas mediante plataformas como Zoom, WhatsApp, Messenger, entre otras, sin embargo, el uso de la tecnología en la mayoría de la población adulta mayor es limitada o nula; cabe mencionar que en el grupo de Envejecimiento Saludable se llevaron a cabo sesiones para el uso de la tecnología, el cual tuvo alcances significativos logrando que los participantes realizaran llamadas telefónicas y envío de mensajes a sus familiares con sus celulares, es aquí donde regresa la insistencia de incluir a los adultos mayores en actividades que les faciliten la convivencia con el resto de la población, dado que si bien el apoyo material es esencial, no se debe descuidar la parte social en ningún sector de la población.

La pandemia por la COVID-19 mostró muchas de las dificultades a las que se enfrentan los adultos mayores ante situaciones de confinamiento, como son el control de las enfermedades crónicas en casa, pérdida inesperada de familiares, poco acceso a los sistemas de salud por su edad, entre otros, y en el grupo focal se encontraron experiencias que lo respaldan. Sin embargo, es preciso resaltar el rol que jugó el núcleo gerontológico y los objetivos que logró durante el confinamiento, como un puente para que los participantes potenciaran sus estrategias de afrontamiento y de esta forma alcanzar la resiliencia ante el evento que impactó a nivel global, ya que en contra todo pronóstico y por encima del peor panorama que se otorgaba para la población adulta mayor, los participantes del grupo de Envejecimiento Saludable comparten las evidencias de que se puede promover un correcto y amigable uso de la tecnología para la participación en actividades que favorezcan su bienestar físico y mental.

Es importante señalar las áreas de oportunidad para las autoridades gubernamentales en cuanto a la promoción del envejecimiento saludable ante situaciones emergentes que justifiquen un confinamiento. En este sentido, el modelo núcleos gerontológicos, en que las redes de apoyo social son uno de los elementos clave, podrían lograr un mayor alcance y la población mayor para mantener los estilos de vida para un envejecimiento saludable ante situaciones de confinamiento.

Finalmente es fundamental establecer programas de envejecimiento activo y saludable a nivel comunitario considerando una red-de-redes de núcleos gerontológicos para empoderar a los adultos mayores ante situaciones de salud emergentes como la vida durante la pandemia de la COVID-19.

## IX. CONCLUSIONES

- Las respuestas del grupo focal sugieren que los participantes del núcleo gerontológico se encuentran satisfechos con el apoyo que han recibido por parte del Grupo de Envejecimiento Saludable del CUENSA en términos de bienestar físico y emocional.
- El Grupo de Envejecimiento Saludable del CUENSA ha tenido un impacto positivo en la motivación de los participantes respecto al ejercicio físico y hábitos alimenticios saludables.
- Las diferencias individuales que comprenden edad, género, escolaridad, religión y personalidad son elementos relevantes en el comportamiento de las redes de apoyo, pues cada integrante en función de estas diferencias aporta experiencias y aprendizajes para el resto de la red.
- Las redes de apoyo no se reducen o terminan en el envejecimiento, por el contrario, evolucionan en función a los intereses presentes en las distintas etapas del ciclo vital.
- El Programa de Envejecimiento Saludable del CUENSA tiene alcances no sólo en las redes de apoyo de los participantes, sino en aspectos como el duelo ante la pérdida de algún familiar.
- Los integrantes del núcleo gerontológico han jugado un rol de promotores de la información que se les proporciona en el Grupo de Envejecimiento Saludable al compartirla con sus familiares y amigos.

## X. PERSPECTIVAS

- Es necesario realizar investigaciones que profundicen en las diferencias individuales presentes en las redes de apoyo ante situaciones emergente que ameriten confinamiento.
- Se considera importante preservar el interés en el tema del envejecimiento saludable durante situaciones de confinamiento con un enfoque positivo para erradicar la imagen estereotipada del adulto mayor, conocida como viejismo.
- Es importante realizar investigaciones de carácter cualitativo con una muestra significativa para fundamentar de manera sólida los hallazgos y estadísticas que se obtienen mediante instrumentos como la ERASAM ante situaciones de confinamiento.
- Realizar estudios enfocados a las necesidades reales de la población mayor para la elaboración e implementación de programas en función a esas necesidades.
- Es necesario implementar programas de tipo neutro en cuanto al género, pues la mayoría de las actividades encontradas en las instituciones son relacionadas a la elaboración de manualidades y baile, actividades que no generan interés en los hombres mayores.
- Se considera importante una mayor difusión institucional local y regional sobre el modelo de núcleos gerontológicos.

## XI. REFERENCIAS.

- Acuña Gurrola, M. D. R., & González Celis Rangel, A. L. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 59-66.
- Aiken, L. R. (2001). *Aging and later life: Growing old in modern society*. Springfield, Ill: Charles C. Thomas.
- Alvarado García, A. M., Maya, S., & María, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Amaya, M., & Carrillo, G. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461-474.
- Aranda, C., & Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y redes de apoyo social. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(1), 233-245.
- Arechabala Mantuliz, M. C., & Miranda Castillo, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 49-55.
- Arias, C. (2001). *Red de apoyo social y bienestar psicológico en las personas de edad*. (Tesis Magister en Psicología Social, Mar del Plata: Universidad del Mar del Plata.
- Asociación Latinoamericana de Gerontología Comunitaria. (2021). La vejez no será clasificada como una enfermedad por la OMS. Disponible en: <https://www.algec.org/la-vejez-no-sera-clasificada-como-una-enfermedad-por-la-oms/>
- Avellato, M. & Gaviria, J., (2008). Envejecimiento. *Educación Continua* 31, 154-162.
- Baltes, P. B., Baltes, P. B. (1990). *Psychological perspectives on successful (proactive) aging: Selective optimization with compensation*. New York: Cambridge University.
- Banda Gonzalez, O. L., Ibarra Gonzalez, C. P., Carbajal Mata, F. E., Maldonado Guzmán, G., De los Reyes Nieto, L. R., & Montoya Garcia, R. E. (2018). Estilos de afrontamiento y resiliencia en adultos mayores con enfermedad crónica. *Revista*



Enfermería Herediana, 10(2), 117. Disponible en:  
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3367>

Briones Pionce, B. M. (2013). Redes de Apoyo Familiares y calidad de vida en los adultos mayores usuarios jubilados del hospital del Día "Dr. Efrén Jurado López" [Tesis previa al grado académico de Psicología Clínica]. Universidad de Guayaquil.

Carranza Olvera, R. (2016). Comportamientos generativos y su impacto en el bienestar en una muestra de adultos mayores del Estado de México [Tesis que para obtener el título de Licenciatura en Psicología]. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Chackiel, J., & Schkolnik, S. (2004). América Latina los sectores rezagados en la transición de la fecundidad. *En: La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?-LC/L. 2097-P-2004.* Disponible en:  
<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/6732>

Chávez Turello, Albanella Luena. (2022). Impacto de la pandemia de COVID-19 en cuestiones de género, redes de apoyo social y salud mental: reflexiones y propuestas. *Revista de Investigación Psicológica*, (27), 189-208

Consejo Nacional de Población. (2017). Proyecciones de la población de México, 2010-2050.

Correa Muñoz, E. (2016). Atención a la comunidad. México: Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza"-UNAM/Unidad de Investigación en Gerontología. Disponible en:  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/196030/6\\_MTRA\\_ELSA\\_CORR\\_EA\\_PONENCIA\\_ATENCION\\_A\\_LA\\_COMUNIDAD.compressed.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/196030/6_MTRA_ELSA_CORR_EA_PONENCIA_ATENCION_A_LA_COMUNIDAD.compressed.pdf)

Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). Growing old, the process of disengagement. *Basic books.* Disponible en:  
[https://journals.lww.com/jonmd/Citation/1962/04000/The\\_Process\\_Of\\_Disengagement.9.aspx](https://journals.lww.com/jonmd/Citation/1962/04000/The_Process_Of_Disengagement.9.aspx)

Del Valle, J. F., & García A. G. (1994). Redes de apoyo social en usuarios del servicio de ayuda a domicilio de la tercera edad. *Psicothema*, 6(1), 39-47. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/727/72706104.pdf>

Domínguez-Sosa, G., & González-Baños, E. (2014). Morbilidad en usuarios de un hogar de ancianos de asistencia social en centro, Tabasco, México, 2013. *Archivos de Medicina*, 10(1), 16. Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de>

[familia/morbilidad-en-usuariosde-un-hogar-de-ancianosde-asistencia-socialen-centro-tabasco-mxico-2013.php?aid=538](http://familia/morbilidad-en-usuariosde-un-hogar-de-ancianosde-asistencia-socialen-centro-tabasco-mxico-2013.php?aid=538)

Eggers Lan, C. (1986). Diálogos de Platón. La República. Madrid: Editorial Gredos.  
Disponible en:

[https://posgrado.unam.mx/filosofia/pdfs/Plat%C3%B3n\\_Rep%C3%ABlica.pdf](https://posgrado.unam.mx/filosofia/pdfs/Plat%C3%B3n_Rep%C3%ABlica.pdf)

Esquivias Luesia, M. (2015). Calidad de vida y apoyo social percibido durante la vejez (Tesis que para obtener el título en licenciatura en sociología). Disponible en:

<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/1045/TFM000118.pdf?sequence=1>

Everly, G.S. (1979). Strategies for coping with stress: An assessment scale. Washington, DC: Office of Health Promotion, Department of Health and Human Services.

Fernández, A. R., & Manrique, A. F. G. (2010). Rol de enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global*, 9(2). Disponible en

<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/107281>

Fernández-Ballesteros. (2011). Envejecimiento saludable. En *Conferencia en el Congreso sobre Envejecimiento. La investigación en España, Universidad Autónoma de Madrid*. Disponible en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/fernandez-borrador-envejecimiento-01.pdf>

Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239. doi:10.2307/2136617

Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S. y Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184. doi:10.1037/0882-7974.2.2.171

Fontes, A.P., Neri, A.L. (2015). Resilience in aging: literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1475-95.

Fundación Cáritas para el Bienestar del Adulto Mayor (2005). Guía de aprendizaje formal para adultos mayores. Disponible en:

[https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Guia\\_Redес\\_Adulto\\_Mayor.pdf](https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Guia_Redес_Adulto_Mayor.pdf)

García Piña, N. (2017). Relación de las redes de apoyo social con el estado de salud físico, deterioro cognitivo y distimia en una población de adultos mayores de la

ciudad de México. [Tesis previa al grado de maestría en Trabajo Social]. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

Gomez-Hernandez, M. M. (2021). Resiliencia y envejecimiento. [Trabajos fin de estudios] *Know & Share Psychology. Universidad de Almería, España*. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/496/4962078006/html/>

Gracia, E., & Musitu, G. (1997). Parental acceptance-rejection, child maltreatment and community social support. *International Journal of Child and Family Welfare*, 2, 232-246.

Gutiérrez Robledo, L. M., & Gutiérrez, A. (2010). Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria. México: Instituto de Geriatria.

Gutiérrez Robledo, L.M., & Kershenovich Stalnikowitz, D. (2018). *Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico*. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. Disponible en: [http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1957/mod\\_resource/content/5/Repositorio Cursos/Archivos/Factores/INTRODUCCION/Modelo.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1957/mod_resource/content/5/Repositorio_Cursos/Archivos/Factores/INTRODUCCION/Modelo.pdf)

Ham Chande, R., Torres Martínez, A. L., & Ybáñez Zepeda, E. (2003). Redes de apoyo y arreglos de domicilio de las personas de edades avanzadas en la ciudad de México. *Notas de Población*. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12751/np77071100\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12751/np77071100_es.pdf)

Hanson, S. M. y Sauer, W. J. (1985). Children and their elderly parents. New York: Springer.

Havinghurst, R. J. (1961). Successful aging. *Processes of aging: Social and Psychological Perspectives*, 1. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zTAih-jeDsMC&oi=fnd&pg=PA299&dq=successful+aging+havighurst&ots=wMI7zzJUhm&sig=7qQ98GNfQolmPrgBB9fI4S4bOjA#v=onepage&q=successful%20aging%20havighurst&f=false>

Hernández González, E., & Contreras Tinoco, K. A. (2019). Capital social y nivel educativo en población adulta de Ocotlán, Jalisco. *Acta Universitaria*, 29. Disponible en: <https://www.actauniversitaria.ugto.mx/index.php/acta/article/view/2360>

Herrero, J., & Gracia Fuster, E. (2005). Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. *Psychosocial Intervention*, 14(1), 41-50. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/pi/art/23c97e9cb93576e45d2feaf00d0e8502>

Huenchuan, S., Guzmán, J. M., & Montes de Oca Zavala, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de Población*. Disponible en:

[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12750/np77035070\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12750/np77035070_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Instituto de Salud para el Bienestar. Comunicado de Política Pública de atención de personas adultas se basa en modelo integral. INSABI. 2021. Disponible en:

<https://www.gob.mx/insabi/prensa/221-politica-publica-de-atencion-de-personas-adultas-mayores-se-basa-en-modelo-integral>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Encuesta de la Dinámica Demográfica. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Esperanza de vida al nacimiento/Sexo y entidad federativa, 2010 a 2016. Disponible en:

<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). Base de datos de las defunciones observadas en 2014. Disponible en:

<https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/237>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2012). Comunicado de Políticas públicas para los adultos mayores, situación actual y desafíos. México: INAPAM. Disponible en:

<https://www.gob.mx/inapam/prensa/politicas-publicas-para-los-adultos-mayores-situacion-actual-y-desafios>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2012). Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores. Disponible en:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/165823/Libro\\_ejes\\_rectores.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/165823/Libro_ejes_rectores.pdf)

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2015). Perfil Demográfico, Epidemiológico y Social de la Población Adulta Mayor en el País, una propuesta de Política Pública. Disponible en:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/122581/ADULTOS\\_MAYORES\\_POR\\_ESTADO\\_CD1.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/122581/ADULTOS_MAYORES_POR_ESTADO_CD1.pdf)

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2017). Programa Nacional Gerontológico, 2016-2018. Disponible en:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/265503/PROGRAMA\\_NACIONAL\\_GERONTOLÓGICO\\_5\\_ENERO\\_2017.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/265503/PROGRAMA_NACIONAL_GERONTOLÓGICO_5_ENERO_2017.pdf)

- Jauregui, A. L. (2001). Family care of older people in Europe. *Biomedical an health research*. Amsterdam: IOS Press.
- Kahana, E., Kahana. B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging weel through proactive adaptation.
- Kahana, E., & Kahana, B. (2001). Successful aging among people with HIV (AIDS. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(12), S53-S56.
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727–733. <https://doi.org/10.1093/geront/42.6.727>
- Kahn, R. L. (2004). Successful aging: Mith and reality. The 2004 Leon and Josephine Lecture. Michigan: University of Michigan School of Social Work.
- León, E. & Alfonso, J. (2000). Redes de apoyo y calidad de vida en las personas mayores en Cuba. *Redes de apoyo social de las personas mayores de América Latina y del Caribe*. CELADE, 56-58.
- Marín Sánchez, M., & García González, A. J. (2004). Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado de bienestar psicosocial. *Revista MAPFRE Medicina*, 15(3), 177-185. Disponible en: [https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/17425/file\\_1.pdf?sequence=1](https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/17425/file_1.pdf?sequence=1)
- Martínez-Maldonado, M.L., Correa-Muñoz, E. y Mendoza-Núñez, V.M. (2007). Program Active Aging in a Rural Mexican Community: A Qualitative Approach”. *BMC Public Health* 7, 276. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/276>
- Mayordomo Rodríguez, T., Sales Galán, A., Satorres Pons, E., & Blasco Igual, C. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología*, 8(3), 26-32. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092015000300004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092015000300004)
- Medellín, M., Rivera, M., López, J., Cedeño, G., & Rodríguez-Orozco, A. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Mental*, 35(2), 157-164.
- Medina Jiménez, E. (2018). Envejecimiento activo: una revisión a las propuestas del modelo cognitivo-conductual. [Tesis que para obtener el título de licenciado en psicología]. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

- Mendoza-Núñez, V.M., Correa-Muñoz, E., Sánchez Rodríguez, M. y Retana Ugalde, R. (1996). Modelo de atención de núcleos gerontológicos. *Geriatría. Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología* 12: 15-21.
- Mendoza-Núñez, V.M., Martínez-Maldonado M.L. y Correa-Muñoz, E. (2009). Implementation of an Active Aging Model in Mexico for Prevention and Control of Chronic Diseases in the Elderly. *BMC Geriatrics* 9, 4. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/9/40>
- Mendoza-Núñez, V. M., Martínez-Maldonado, M. L. (2009) *Programa de envejecimiento saludable para la prevención y el control de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial*. México: Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza"-UNAM/Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social Conacyt/Proyecto 87139.
- Mendoza-Núñez, V. M., Martínez-Maldonado, M. L. (2013). Modelo de Envejecimiento Activo para el desarrollo integral gerontológico. En: Gutiérrez-Robledo LM, Kershenobich-Stainikowitz, D. Envejecimiento y salud: una propuesta para la acción. México: UNAM, Academia Nacional de Medicina, Academia Mexicana de Cirugía/Instituto de Geriatría, 261-278.
- Mendoza Núñez, V., & Martínez Maldonado, M.L. (2013). Modelo de redes sociales y comunitarias para mantener la salud en la vejez. *Envejecimiento en América Latina y el Caribe*. Disponible en: [http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1957/mod\\_resource/content/5/Repositorio\\_Cursos/Archivos/Promocion/Unidad\\_I/PSM\\_Lectura\\_Modelos\\_de\\_redes\\_sociales.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1957/mod_resource/content/5/Repositorio_Cursos/Archivos/Promocion/Unidad_I/PSM_Lectura_Modelos_de_redes_sociales.pdf)
- Mendoza-Núñez, V. M., Arronte-Rosales, A., Beltrán-Castillo, N., Correa-Muñoz, E., Martínez-Maldonado, M., Rosado-Pérez, J., Sánchez-Rodríguez, M., Vargas-Guadarrama, L. A., Velez-Sagaon, F. (2008). Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad. México: UNAM, Unidad de Investigación en Gerontología, FES Zaragoza.
- Mendoza-Núñez, V.M., Martínez-Maldonado, M.L., & Vivaldo-Martínez, M. (2016). What Is the Onset Age of Human Aging and Old Age? (Letter). *International Journal of Gerontology*, 10:56. doi.org/10.1016/j.ijge.2015.06.004 Available from: <http://www.sgecm.org.tw/ijge/authorInstruction/>
- Mendoza-Núñez, V. M., Vivaldo-Martínez, M., & de la Luz Martínez-Maldonado, M. (2018). Modelo comunitario de envejecimiento saludable enmarcado en la resiliencia y la generatividad. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro*

- Social*, 56(1), 110-119. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457754907016/457754907016.pdf>
- Mendoza-Núñez, V. M., & Mendoza-Soto, A. B. (2024). Is Aging a Disease? A Critical Review Within the Framework of Ageism. *Cureus*, 16(2), e54834.  
<https://doi.org/10.7759/cureus.54834>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2011). Políticas gerontológicas en Argentina: avances y desafíos. Disponible en:  
<https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/17susanaordano.pdf>
- Montes de Oca, V.M. (2008). Las redes de apoyo social: definiciones y reflexiones para gerontólogos. En: Trujillo Z, Becerra M, Rivas MS. *Visión Gerontológica/Geriátrica*. México: McGraw Hill, 57-65.
- Montes de Oca, V., & Vivaldo, M. (2021). México: Día mundial para la toma de conciencia del abuso y maltrato en la vejez. Red Latinoamericana de Gerontología. Disponible en:  
<https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=4790>
- Navas, W., & Vargas, M. J., (2013). Envejecimiento activo: Revisión de un fenómeno mundial. *Revista Cúpula*, 27(2).
- Neugarten, B. (1972). Personality and the aging process. *The Gerontologist*, 12(1, Pt. 1), 9–15. doi:10.1093/geront/12.1\_Part\_1.9
- Organización Mundial de la Salud. (1988). Envejecimiento saludable. Disponible en:  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13634:healthy-aging&Itemid=42449&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13634:healthy-aging&Itemid=42449&lang=es)
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(S2),74-105.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). La salud mental y los adultos mayores. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Ortíz Cardoso, A. (2019). Esperanza de vida saludable en adultos mexicanos, 2001-2015. [Tesis que para obtener el título de licenciado en actuaría]. Universidad Autónoma del Estado de México. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/105974>



- Ostrom, Elinor, & Ahn, T. K.. (2003). Una perspectiva del capital social desde las ciencias sociales: capital social y acción colectiva. *Revista mexicana de sociología*, 65(1), 155-233.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). Curso de vida saludable. Disponible en: [Curso de vida saludable - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)
- Peláez, M., Palloni, A., & Ferrer, M. (2000). Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe. En: *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad: ponencias presentadas al Seminario Técnico-LC/L. 1399-P2000*. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6535/S00080711\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6535/S00080711_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Pérez Guadarrama, K. (2018). Envejecimiento en México: redes sociales y tipos de apoyo social en la población adulta mayor que padece al menos una enfermedad crónica. Un estudio comparativo [Tesis que para obtener el título de licenciada en sociología]. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM.
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., López, C. M., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 51(4), 229-241.
- Puga, D., Rosero-Bisby, L., Glaser, K., & Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y Salud en Mesoamérica*, 5(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44659902>
- Pulido Castillo, G. (2019). Efectividad de un programa de envejecimiento activo y saludable sobre el control del Síndrome metabólico en adultos mayores. [Tesis que para optar por el grado de maestra en enfermería]. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM:
- Reichard, S. K. (1962). *Aging and personality: A study of eighty-seven older men*. John Wiley.
- Reyes torres, I., & Castillo Herrera, J. A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 454-459.
- Riley, M. W., Riley, J. W. (1994) *Structural lag: Past and future*. New York: Wiley.



- Riley M. W. (1998). Successful aging. *The Gerontologist*, 38(2), 151. Available from: <https://doi.org/10.1093/geront/38.2.151>
- Roqué, M., & Programa Iberoamericano de Cooperación sobre Adultos Mayores. (2012). Argentina. Políticas hacia los adultos mayores. *Boletín del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre Adultos Mayores*.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science (New York, N.Y.)*, 237(4811), 143–149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>
- Rowe, J. W., Kahn, R. L. (1988). Successful aging. Random House. New York.
- Rowe, J. W., Khan R. L. (1998). Replay to Letter to Editor. *Gerontologist*.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations of the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Saavedra Calvo, L. J., & Vargas Ríos, J.N. (2014). Redes sociales de apoyo en una muestra de adultos mayores no institucionalizados pertenecientes al parque departamental de la tercera edad en Floridablanca, Santander. [Tesis para obtener el grado de Psicóloga]. Universidad Pontificia Bolivariana. Escuela de Ciencias Sociales Facultad de Psicología de Bucaramanga.
- Salinas, A., Manrique, B., & Téllez-Rojo, M. (2008). Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del Programa Oportunidades. *Sociedad y Adulto Mayor en América Latina, Estudios de Envejecimiento en la Región, Asociación Latinoamericana de Población*. Disponible en: [http://www.alapop.org/alap/images/DOCSFINAIS\\_PDF/ALAP\\_2008\\_FINAL\\_281.pdf](http://www.alapop.org/alap/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_281.pdf)
- Salzinger, S. (1993). The role of social networks in adaptation throughout the life cycle. New York: Gardner Press.
- Shore, B. (1985). Extended kin as helping networks. *Theory, research and practice*. New York: Springer.
- Thanakwang, K., & Soonthorndhada, K. (2011). Mechanisms by which social support networks influence healthy aging among Thai community-dwelling elderly. *Journal of Aging and Health*, 23(8) 1352-1378.
- Torrado Ramos, A. M., Sánchez Pérez, L., Somonte López, R., Cabrera Marsden, A. M., Henríquez Pino Santos, P. C., & Lorenzo Pérez, O. (2014). Envejecimiento

poblacional: una mirada desde los programas y políticas públicas de América Latina y Europa y Asia. *Revista Novedades en Población*, 10(19). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v10n19/rnp020114.pdf>

Trujillo, Z., Becerra, M., & Rivas, M. S. (2008). Latinoamérica envejece. Visión gerontológica/geriátrica. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 9(2), 57-65. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2008/rmn082m.pdf>

Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488–531.

Uriarte, J. (2014). Resiliencia y Envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 67-77. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/385216>

Villavicencio, C., Rodríguez, C., Romero, E., Fernández, V., & Fleites, M. (2004). Caracterización de redes de apoyo social para adultos mayores de un grupo básico de trabajo. *Medicentro Electrónica*, 8(2). Disponible en: <https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/930/0>

Wenger, G.C. (199/). Social networks and the prediction of elderly people at risk. *Aging & Mental Health*, 1(4), 311-320.

## **XII. ANEXOS**

### **Anexo 1. Consentimiento informado.**

Se informó a cada participante los objetivos de la investigación y la confidencialidad de los datos obtenidos durante la sesión, así como el uso de la información recabada en los instrumentos que llenaron previamente cuando ingresaron al Programa de Envejecimiento Saludable de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

## Anexo 2. Escala de Redes de Apoyo Social para Personas Mayores (ERASAM)



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES \* Z A R A G O Z A \***  
**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA**  
**ESCALA DE REDES DE APOYO SOCIAL**  
**PARA ADULTOS MAYORES\***

Folio: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

Estado civil: Casado/a \_\_\_\_\_ Soltero/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_

Marque con una cruz (X) la respuesta en el espacio que corresponda.

	SI	NO
¿Tiene esposo(a)?		
¿Tiene hijos(as)?		
¿Tiene "parientes": sobrinos(as), hermanos(as), primos(as), etc.?		
¿Tiene amigos(as)?		
¿Pertenece a algún grupo de apoyo comunitario?*		
¿Cuenta usted con seguridad social o apoyo institucional?*		
¿Cuál(es)?	_____	
**¿Cuál(es)?	_____	

**I. RED INFORMAL FAMILIAR (Marque con una X el número correspondiente).**

Cónyuge	No lo(a) veo y/o hablo. (0)		Menos de una vez al mes. (1)		1 o dos veces al mes. (2)		1 vez a la semana o más. (3)	
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?								
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?	Apoyo Emocional (1)		Apoyo Instrumental <sup>2</sup> (1)		Apoyo Material <sup>4</sup> (1)		Apoyo Informativo <sup>3</sup> (1)	
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporciona su cónyuge?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

**Hijos(as) ¿ Cuántos hijos tiene? ( ) Anote el número**

	No los(as) veo y/o hablo. (0)		Menos de una vez al mes. (1)		1 o dos veces al mes. (2)		1 vez a la semana o más. (3)	
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos(as)?								
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos(as)?	Apoyo Emocional (1)		Apoyo Instrumental <sup>2</sup> (1)		Apoyo Material <sup>2</sup> (1)		Apoyo Informativo <sup>4</sup> (1)	
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus hijos(as)?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

### **Anexo 3. Transcripción.**

Particularmente para la grabación de manera oral los participantes dieron su autorización para ser grabados.

#### **¿Cómo se han sentido asistiendo al grupo?**

GF02: “A mí me sorprende el envejecimiento en mí, o sea, yo me di cuenta (con el curso) de las medidas, desde el día de la toma de presión de la mano, ese día me di cuenta de que tenía fuerza (según yo) pero iba yo perdiendo la fuerza, o sea, me he estado dando cuenta cómo sí va envejeciendo el cuerpo, cómo sí se va deteriorando y eso es así como que no quiero que pase el tiempo y luego dice uno: “chin... ¿Dónde quedaron los años?” así como pasan los años a veces sin vivirlo. Entonces ahora es eso, el darme cuenta de cómo está envejeciendo mi cuerpo, el darme cuenta de que es importante. A veces hay gente que se ha dedicado mucho al ejercicio y ahorita les duelen sus rodillas, o sea, también es contraproducente ser exageradamente en algo, porque a veces dicen “en muchas cosas fui activo y ahorita ya me duelen las rodillas” ¿Pues cómo? O sea, se supone que debiste estar sana, pero todo con medida, entonces ahorita yo como me iba dando cuenta de la fuerza de las manos yo me auto-receté y dije: -ya no puedo lavar, laven ustedes- me estaba consintiendo. Resulta que cuando vuelvo a venir aquí, yo le comenté eso a la enfermera o doctora y le digo ¿qué cree? que estoy dándome cuenta que estoy perdiendo la fuerza en las manos, o sea, ese fue el impacto que yo tuve y me dice “pues ahora lave la estufa, agarre la fibra y tállela” -pero no puedo ni agarrar la fibra- no, agárrela porque se va a confiar más”” ah ok efectivamente ya agarré la fuerza otra vez, o sea, la estaba yo perdiendo y lo estaba consintiendo. Ahorita me estoy dando cuenta de cualquier dolorcito qué hacer entonces como que, si es importante estos puntos porque vas teniendo conciencia, vas teniendo más que nada el verte y decir no pues ya no estoy a la misma edad que tenía yo, ya vives más bonito, ya vives menos broncas. También es padre las pláticas de antes, porque era un momento de expresar temas entonces es todo aparte de los ejercicios pues es mentalmente también muy importante la convivencia de grupo.

GF03: Yo desde hace tiempo sí hago ejercicio. Dejo espacios y después retomo. Esto porque siempre me ha gustado, hasta la fecha lo sigo haciendo, sigo practicando con las ligas y las mancuernas que nos dieron, si se puede a veces salgo a correr media hora o cuarenta minutos, no más. También me gusta hacerlo por mantener mi salud bien, soy hipertensa, pero también porque me gusta verme bien, porque si yo me veo al espejo y me veo bien, me siento muy bien y voy a hacer las cosas con mas ganas con energía, voy a andar sonriendo. Eso es lo que yo le encuentro de beneficio y que me gusto entrar aquí al curso por lo mismo de que dijeron que van a haber ejercicios, se iba a retomar. Siempre me ha llamado la atención eso de hacer ejercicio. Es algo que ya tengo como muy arraigado, lo dejo de hacer pero luego me vuelvo a activar. Y me ha servido mucho aquí también los cuestionarios que nos hacen para mejorar mi alimentación, la fuerza, como dice Lili, la vamos perdiendo pero con los ejercicios que hacemos de ligas y de mancuernas como que va teniendo uno mas fuerza, yo lo noto porque antes al sacudir a mí se me jalaban los ligamentos y me lastimaba y ahora lo hago y ya no, entonces quiere decir que si me ha dado resultado hacer ejercicio.

**Nos gustaría conocer sobre sus redes de apoyo ¿Cuál ha sido su experiencia respecto al apoyo que reciben de sus redes (familiares, amistades, institucionales)?**

GF06: El integrarme a este grupo es una forma de integrarse a una nueva convivencia con nuevas personas, aprender de ellas, de diferentes puntos de vista. Siempre he sido muy activo, estar aquí es reforzar o aprender ciertas técnicas o formas de hacer ejercicio, calentar antes de hacer esfuerzo, sin haber lesión de tendones.

**Ampliar sus relaciones, formar convivencia con personas que no forman parte de nuestra familia ¿Formaron nuevas relaciones? ¿Siguieron hablando con sus compañeros de este grupo?**

GF03: las convivencias en la casa de “participante GF02”.

**La universidad genera algunas condiciones pero lo interesante es cómo las personas agregan los ingredientes porque no todos los grupos funcionan igual, no todos se vinculan igual, aquí tenemos integrantes de dos grupos. Ustedes refieren la convivencia entre ustedes (Ángeles, Lili) Todos eran a distancia, eran otras personas las que integraban cada grupo, entonces eso le dio un toque diferente y es una experiencia que nos gustaría que nos compartan.**

GF01: Bueno, la experiencia que yo tuve fue que sí, va uno viendo el cambio en nosotros porque yo pasé por una situación que ya no podía caminar, andaba yo mal. Pero la experiencia que tuve fue que yo solita tuve que irme envolviendo en todo esto y salir adelante, si me duele ¿pues porqué? Porque toda mi familia, ya decía “ya no te puedes mover, ya no hagas tanto ejercicio” de hecho no me podía poner a hacer ejercicio. Pero a mi no me gusta estar sentada o que me arrimen un vaso de agua. No, ¿Porqué? Si yo todavía puedo, me dolían bastante mis brazos, mis piernas. Uno no tiene que vencerse y ahí es donde se da uno cuenta que el valor que tiene uno hacia sí mismo es lo que lo hace sentir, los ejercicios que nos ponían me ayudó mucho porque el tai chi es bonito, no te esfuerzas mucho y vas en tu mente se te va abriendo porque pues cómo a tu edad ya no puedes hacer nada, a tu edad ya no puedes subir escaleras, etc. No, es el valor que se da uno mismo y eso fue lo que hizo que a mí me diera más valor para salir, ahora sí que donde yo estaba yo salí. Porque dicen que las enfermedades son mentales y sí es cierto. Lo mío es ayudar haciendo mis cosas y no depender de nadie.. Es lo que se valora y yo pienso que si no hubiera yo practicado, sigo ahí, estancada y eso es lo que hace que uno se vaya sumiendo. Sí me ayudó mucho.

**En este caso fue la UNAM que llegó ustedes o ustedes llegaron, hicimos un vínculo. Si no hubiese sido la UNAM ¿Ustedes creen que estarían en este mismo punto ahora? Con las relaciones que han entablado aunque sea por el teléfono y es válido, tenemos una cita, nos vemos tal día de la semana en tal horario para hacer ejercicio para platicar, para encontrarnos, en un espacio que nos permite relacionarnos con otras personas que a lo mejor si las vemos en la calle, no les hablaríamos. Repito la pregunta: si no es la UNAM, ¿Ustedes hubiesen tenido este tipo de relación?**

GF01: yo pienso que no, porque tan sólo de ser a lo mejor una plática es mucho. Y esa plática ¿dónde la hubiera yo conseguido? el valor de una plática, consejo, lo que sea hubiera sido mucho para mí, entonces yo digo eso.

GF02: Yo soy mucho de andar en cursos en proyectos de escuela para padres, en el centro de salud, en la iglesia. Por todos lados yo soy de ir, porque quiero vivir, quiero vivir lo más que puedo. A penas acabo de hacer de chaquira pulseras, collares, que a mí en lo personal me gusta usar collares y la chaquira y el hoyito es tremendo. Pero lo hice entonces yo le dije a la maestra “con esta pulserita me la voy a pasar las dos semanas” y pasaron dos días para que hiciera no sólo la pulsera, me seguí tanto que terminó en collar. Y me aventé unas 7 y dije ¡wow qué padre!, o sea, son satisfacciones personales. Terminó eso y me metí a un curso de pintura en tela y luego de zumba, en zumba era un maestro con pura jovencita y yo en chinga porque la verdad que sí sudaba, y decía ¡wow por primera vez vi mi sudor! porque yo creo ya se están abriendo mis poros, estaba yo pero estaba echándole ganas. También fue curso de verano en la casa popular de los reyes, entonces yo soy de andar en cursos y hay que hacer eso de verdad si no nos metemos en cursitos nuestra vida es monótona, es una vida cotidiana, es una vida... ya sabes lo que tienes que hacer, se acaba tu día. Entonces es así como lo mío, de verdad que desperté cuando empezó la pandemia. Hablé por teléfono con mi cuñada y le pregunté ¿Qué andas haciendo? Yo estaba sentada y viendo a mi marido, estaba enfermo del Covid, nunca se hizo la prueba pero él ya tenía oxígeno, ya no podía respirar, le detectaron neumonía, yo digo que era el covid. Estaba él durmiendo arriba y yo abajo viendo mi patio porque hasta los albañiles se fueron, estaba yo triste la verdad, habla mi cuñada, me dice ¿qué haces? y le digo no pus sentada ¿y tú? Dice pues yo estoy jubilada, ya me fui a Veracruz y yo dije ¿Cuándo me jubilo? Soy ama de casa, soy profesionista pero enterré mi carrera y me entregué a mi familia. Entonces dije y cuándo me voy a jubilar yo, ah no, yo me jubilo. O sea mentalmente me jubilé y empecé a vivir a cotorrear cuando salió adelante mi marido. De por sí iba yo a cursos pero iba yo sin conocimiento de la vejez, o sea yo iba a cursos por vivir, porque me gusta ser una madre diferente a las demás mamás, entonces ahora que ya es eso, un curso, otro curso, entonces es



bueno aprender de la gente porque sí llega la plática en un curso, llega la plática en otro curso entonces la UNAM me enseñó la vejez, me enseñó el tema de la vejez, me encantó y yo quiero que sigamos en psicología, temas de familia porque eso nutre, eso llena.

**Entendería yo aquí las diferentes experiencias, porque cada quien tiene justo un aprendizaje previo y condiciones de vida diferentes también para saber en qué actividades quiere y puede incorporarse y si no es la UNAM ¿En qué otros lugares? A lo que voy es a hablar de esas redes... No es que las redes estén ocultas, uno se va insertando en las redes. Esa es mi opinión, no sé qué opinen ustedes ¿Qué piensan al respecto?**

GF04: Yo digo que es bueno porque yo antes trabajé y luego pues nada más el trabajo en la casa y mis hijos. Ya después crecieron mis hijos, entré a un grupo de danza y estuve en ese grupo como unos 6 años. Ya después se desbarató el grupo, me fui a la parroquia y ahí, entonces ya iba mi esposo y yo, estábamos juntos y ahorita estoy saliendo de un cuadro muy fuerte pero para mí esto me ayudó. Me da gusto estar aquí, mi hija me dice “ma... salga... vaya...” y yo no podía y estar con ustedes en el grupo me sacó. Hace un año todavía estaba yo encerrada, no quería saber nada, pero ya llegaba la hora del Tai Chi, me cambiaba, me bañaba, me liberó porque de veras que un año estuve en la casa, muy aparte de la pandemia pues me encerré, falleció mi esposo, para mí fue muy doloroso, duramos 52 años de casados y no es fácil volver a resurgir, entonces para mí la UNAM me levantó y sigo en pie porque si no hubiera sido yo creo que ya no estuviera porque mis hijos “mamá váyase, salga, vaya con mis tías” y yo no salía y ahorita ya salgo, voy a mi junta como ahorita, tengo cita en el celular y me animó, me dio mucha vida. Entonces ahorita pues gracias porque pues mi hija me dijo “ma... Ya la anoté en un grupo, no va a ir, va a tomar su clase en el celular” pero yo no lo sé y yo me negaba a surgir, a levantarme “no mamá, yo no sé” me regalaron el celularcito ese... Yo era de trabajo, mi esposo, mi casa pero no hay nada de eso, y ahorita ya medio le muevo y me da gusto porque de ese encierro salió algo bueno, porque estoy aquí con ustedes y me da gusto que sigamos viniendo, son momentos que sale uno y se libera esa energía y me gusta.

GF05: De hecho yo iba a aprender a cuidar enfermos y resulta que no. A mí me dijeron “ya te inscribí” y yo vine con esa idea y luego ya cuando empecé a ver, dije “creo que tengo que pensar en mí” porque estaba dedicada a todos, que los hijos, que la mamá, que la abuelita, que los sobrinos, quehacer, el trabajo.

GF01: Yo cargué mucho con la familia. Cuando mi hijo ya tuvo las posibilidades me dijo “mamá, ya salte de trabajar” y dije “no ¿Cómo crees que me voy a salir de trabajar? En la casa se necesita esto y el otro” y me dijo “yo me voy a hacer cargo” yo lo que quería era jubilarme y me dijo “no, te vas a jubilar pero yo me voy a hacer cargo” y le dije “¿Cómo crees? No vas a poder” cuando me dijo él yo decía “¿Cómo? Después de tantos años estar trabajando, me sacó” y pues ha sido una cosa muy bonita porque empecé a convivir más con él. Lo curioso de todo fue que nada más duré dos meses sin hijos, sin nietos, sin nada porque yo sufrí separaciones de mis hijos y mis hijas se vinieron, mi hija se viene con tres y mi hijo se viene con dos. Entonces ahí empecé otra vez y me dice mi hijo “es que yo no te saqué de trabajar para esto” y a raíz de todo eso, de tanto estar sacando adelante a los nietos, ahora ya me veo en paz, en que soy libre en que ya mis hijos crecieron ya veo todo y ahora es cuando me dice mi hijo “salte, haz esto, haz lo otro” entonces digo yo “ya me hacía falta esa tranquilidad” que mi cuerpo ya se estaba envejeciendo. Ahora que ya me veo libre de problemas y es lo que dice mi hijo “debes de salir, debes distraerte, no debes estar aquí nada más” y es lo bueno. Ahora que me ve que ponía mi teléfono y que me ponía a hacer mis ejercicios y todo eso, es una de las personas que me preguntan “¿Cómo te sientes con tu clase?” y le digo que sí, te relajas y sí, algo bueno salió de esto.

**Justamente podemos ver el apoyo por parte de la familia. Si a lo mejor pasamos por alguna circunstancia difícil, podemos acudir a ellos. Pero también me gustaría conocer qué hay más allá de la familia, tal vez si ustedes han tenido convivencia cercana con algún vecino o alguna amistad con alguna persona no necesariamente de la familia. Antes de llegar a este grupo ¿Ustedes ya solían tener convivencia con personas que no eran de su familia?**

GF02: Yo soy amiguera, yo salgo como reina, salgo y saludo a todos. Ahora ya hasta con los del bar, luego paso no me dejan y ya nada más “soy yo” y dicen “ah, la güera”, de verdad. Los del templo, el carbonero, la doctora, todos, el basurero. Yo no distingo, yo digo que todos son mis amigos. Tanto son mis amigos que el de al lado me robó mi carro, porque yo creí en él, en la amistad, entonces también no hay que ser tan creídos. Me robó mi carro y yo le entregué papeles, el carro, llaves, todo para que lo vendiera y no, no me dio nada. Nada más me hizo pasar un mal momento, fue algo espantoso, traumático, pero ya está superado pero sigo creyendo en la amistad. Hay gente que te hace daño en la vida de verdad pero bueno, Dios es grande y como me dicen “sigue jodido, sigue amolado, no le sirvió de nada tu carro, no salí” y meterme a una demanda y todo lo que conlleva pues es gente mala. Entonces también cuando hay peligro, pues aléjate, pero sí la amistad ahí está en mí, yo sí soy muy abierta. Eso yo creo que también es sano para mi vida, el ser sincera, te abres de carta con la gente y la gente misma o se acerca o se aleja y tú misma sientes ese sentimiento y dices pues me alejo de esa persona. Entonces también hay que ser prudentes pero bueno, me falta la malicia porque al haber entregado llaves, papeles, le regalé mi carro y a ver cuándo me entrega el dinero.

GF03: Yo creo que estos grupos son importantes porque conocemos a personas de diferente edad. En este caso a mí me gusta mucho a veces platicar con las personas, yo también soy adulta pero más adultas que yo porque es enriquecedor estarlas escuchando todas sus experiencias y lo que pueda aprender uno de ellas, entrar a este grupo también tuve contacto con otras para invitarlas, tratar de invitarlas y que estuvieran acá, varias de ellas están en Tai Chi, otras están en otros cursos con la doctora Susana o la doctora Brenda, es muy bonito ver eso porque eso también las saca del encierro donde están. No todos tienen la posibilidad de poder salir y tener muchas amistades, muchas personas están encerradas en su casa y necesitan de este grupo para poder tener estas reuniones, poder expresar lo que ellas sienten o cómo se sienten, eso también les ayuda mucho. La UNAM, en diferentes aspectos, a mí me ayudó a lo de la nutrición, saber tener un balance más en mi comida porque voy avanzando de edad, ya no puedo comer de todo, voy quitando ciertas cosas que me hacen daño, eso nos enseñan aquí. También a fortalecer

nuestros músculos, fuerza, como dice el señor Bernardino, aprendemos la técnica para usar la liga, las mancuernas, sin lastimarnos y que nos va dando resultados a la larga si lo seguimos llevando a cabo todo esto que nos proporciona la UNAM sin ningún costo. A mí me ha beneficiado mucho porque he conocido a varias personas de aquí, con las cuáles todavía convivo, con ella también, es una compañera, a la señora a penas la conozco, a ellos también los conocía, pero ya los conozco un poquito más a fondo, son excelentes personas que se van cruzando a lo largo de tu camino y que te benefician en diferentes aspectos.

GF05: Yo siempre he pertenecido a grupos y siempre he trabajado para beneficio de la comunidad. Tengo amigas y también las he invitado pero son más renuentes, más arraigadas a sus ideas. Pero sí existe eso, yo llegué a este lugar porque a mí me habían dicho “tienes 10 años de vida, mientras te cuides vas a vivir y si no, pues ya...” de hecho mi pareja me dice “me has engañado porque ya pasaste más de 10 años” me metí a estudiar tanatología con el fin de que qué va a pasar, ¿qué pasa cuando te mueres? Y terminé mi curso, tuvo un accidente mi hija, muchos problemas pero este grupo me estuvo... Me sostuvo, me mantuvieron pues... A lo mejor no hubo este acercamiento como ahora hay de que somos los camaradas y todo eso pero a final de cuentas me sostuvo y me mantuvo de pie y yo vine aquí con el afán de que iba a cuidar un enfermo y resulta que no, el enfermo era yo y tenía que cuidarme yo y pues me ha ayudado bastante, o sea, todo esto me ha ayudado a crecer y a buscar la forma de direccionar porque tú te vas con la idea de cómo creciste, de cómo crecieron tus abuelos y llevas ese ritmo, entonces lo que decía yo: tengo que empezar a deslindar, primero me quité a los sobrinos de encima “son tus hijitos, arréglate tú” y ya ahorita estoy empezando a deslindar igual mi papá, mi mamá la quiero mucho pero también tengo que continuar haciendo mis propias cosas y con mi hija igual “sabes qué sí te quiero, te adoro, adoro a tu hija pero también es tu responsabilidad” entonces me ha ayudado bastante y he crecido bastante y aquí pude platicar algunas cosas que a lo mejor nadie sabía, nadie las sabía y nadie las había escuchado y me ha permitido crecer y seguir avanzando y pues sí de repente tengo recaídas, pero no ha sido así de que hasta aquí llegaste y esto es lo que tienes que

hacer. Yo lo único que puedo decir es que Dios ha puesto en mi vida a mucha gente que me ha dado para crecer, para caminar, para hacer, para vivir y Diosito me quiere tanto que todavía me tiene aquí o todavía me falta qué aprender, todavía me falta qué hacer. Entonces como la amiguita que perdió al esposo, tengo amiguitas que también igual en la pandemia perdieron, sufrieron y me he dedicado, como aprendí tanatología “¿Sabes qué? Pues vengo a apoyarte, a alimentarme contigo y a aprender” y luego se me acercan y me dicen “es que tú eres tanatóloga ¿Cuánto cobras?” y les digo “no, yo a mis amigos no les cobro”, yo lo hago por amor, porque lo aprendí, porque yo lo necesité y llegué a lugares donde a mí no me cobraron nada por aprender. Y aquí ha sido el lugar, me regalaron mi pulsera, me dieron unas mancuernas, me dieron esto, o sea, me lo han dado sin pagar un peso y he recibido más de lo que yo pudiera haber pagado; una terapia, una nutrióloga, un ejercicio y un aprender y el seguir aprendiendo te da para hacer más, como decía Ángeles y Lilí “me meto a cursos”, a lo mejor yo no voy pero el teléfono me ha ayudado a entrar a infinidad de cosas. Cuando yo estudié tanato, dije “¿Qué diablos hago aquí?” no le entendía, no comprendía lo que estaba haciendo ahí, pero ya cuando empiezo a oír las situaciones de otras personas, me doy cuenta que es una necesidad y ahorita es una necesidad todavía más grande porque hay mucha gente que está viviéndolo y algunas salen pronto y entre más grandes, es más difícil salir de un duelo, es más difícil. Cuando eres joven el mundo te atrae, te jala, te absorbe, te lleva, pero cuando eres ya más grande ya no tienes esa comunidad que te jala, que te absorbe, que te hace levantarte porque si no levantan los hijos, te levantan los hermanos, te levanta el vecino, te levanta el trabajo y aquí no, porque ya estás en casa, ya estás quieto, ya no tienes esa misma línea, entonces esto ha ayudado a mucha gente, a mí me ayudó y me ha gustado ayudar. Luego así me dicen “ay... qué lindo”. Tengo una amiga que se llama Marthita, que se le murió el marido y luego a los dos años se le muere la mamá y le digo “ándale, échale ganas” y dice “ay, no sé qué haría sin ti” y le digo “yo tampoco sé qué haría sin ti, hay que chambearle”.

**Con esto que dices Paty ¿Qué opinan de quiénes dan actividad o dan motivo para activarse? Porque hablabas de la pasividad y la actividad en el sentido de la**

**juventud y esta etapa, pero ¿Las redes revitalizan en ese sentido de ponerte activo para ciertas cosas? ¿Será eso? ¿Que de alguna manera las redes sirven para...?**

GF05: pues sí ha servido porque ahorita como dice... El tener que tener un horario y hacerlo en teléfono, tengo que ver a mis amistades, tengo que hacer ejercicio, ya tenía algo que me estaba llamando, jalando...

GF03: Pero ¿Qué pasa con esa persona cuando se acaba la red? Cuando dicen, hay pauta, se acabó, el espacio que dicen “espérense porque después comienza otro curso” ¿Qué pasa con las personas cuando hacen esa pauta? Para usted psicóloga...

**Por eso les lanzo esa pregunta, ¿La actividad viene con ustedes o ustedes necesitan a las redes para esa actividad? Independientemente de la red que se trate (mis amigos, mis vecinos, el grupo de la UNAM, el grupo de danza, etc) En ese sentido, yo veo muy difícil que alguien pueda estar sin redes, pero hay personas que están sin redes o con redes muy chiquititas**

GF04: O muy limitadas... Sí, porque hay gente que está, o sea, ya de nuestra edad, yo me considero ya de edad, que cumplieron 60 años o más y dicen “es que yo ya di lo que tenía que dar” y yo digo que no, porque hay que seguir, la vida sigue, no importa que ya llegamos a esta edad, no tenemos la misma fortaleza, pero sí debemos de motivarnos y si nos están motivando, pues echarle ganas. Yo las invito y dicen “es que ya estoy...” y de veras, porque se acaba uno, yo a amiguitas de mi edad ya con bastón, ya con andadera y digo “¿Porqué? Levántate, camina, vete ahí en el patio, no te dejes”. Mi esposo murió de 85 años y él era muy activo y yo aprendí de él, porque yo lo veía que se levantaba y él murió sin bastón, sin andadera y sin cama, él caminando, entonces yo aprendí de él y le digo y mis amigas como son de la edad sus esposos, como que se vinieron los dos abajo “motívense, levántense, hagan aunque sea” y me dicen “es que ya no puedo, es que...” y yo le digo, aprendía de él, cuando él se fue yo me quedé como que me faltaba un pie, pero un año encerrada y ya me dice mi hija “mamá, váyase, vaya con sus amigas” y decía yo “creo que me estoy pasando con mis amigas, pero voy a levantarme” pero me animaba y me desanimaba cuando volteaba y no, entonces ya decía

yo “ya no...” y estar en este grupo me motivó, porque ya me levantaba “me voy a bañar porque voy a mi clase, que me vean bien” y el día que tenía mi plática, me levanto y es muy bueno tomar algún curso porque nos anima a no estar inactivo, nos oxidamos de estar ahí. Entonces cuando me encerré un año, el año pasado salí a tomar ceniza, no sé si sean católicos y en su colonia está así y yo iba así, me temblaban las piernas y de bajada, venía yo así y digo “¿Qué te está pasando?” De que no salía, entonces eso nos hace daño, estar encerrados y cuando hay que venir acá, me motivé, me levanté, voy saliendo de ese duelo, ese dolor, pero aquí estamos, gracias a ustedes y gracias a que ustedes nos motivan, en vacaciones cuando se terminó el curso y nos mandó al Tai Chi, ahí vamos a hacer, entonces son cosas que nos animan y no sacan de ese pozo que estamos cayendo y pues sí, yo les digo a mis amigas “vamos” y “no, ya ves yo con mi bastón, ya ves yo con mi andadera, yo estoy aquí y no me puedo levantar” y somos de la edad y yo me siento fuerte al lado de ellas y gracias a ustedes.

GF02: Lo que decía Aurora, ahora sí que complementaste la respuesta de la psicóloga porque ella dice que sí es importante las redes, llámese amigos, familiares, para poder salir adelante. Lo que decía Paty es verdad, cuando se es joven te jala todo, te jala la discoteca, los amigos, el salir, el fumar, el tomar... Te distraes, pero ya conforme pasa el tiempo, efectivamente, yo soy también de tener amigas grandes y tengo amigas jóvenes y de mi edad, ahora sí que es parejo. Entonces sí es verdad que es necesario que te jale la gente cuando ya eres mayor, porque si no, no tienes motivación, te vas oxidando, te vas apagando, el mismo cuerpo está cansado, el mismo cuerpo ya no funciona, el subir, el correr, el ir. Por ejemplo, mi esposo y yo siempre queremos ir que a la huasteca potosina, vemos el itinerario y le digo “no manches mi amor, no vamos a caminar todo eso” entonces nos detiene el caminar, eso nos apaga, el hecho de ya no querer experimentarlo porque es de caminar, el subir la pirámide ya no. Entonces sí es necesario los nietos, es necesario la gente que te motive, la gente que te jale. Desgraciadamente cuando se es viejo, ya no te jala la gente, porque ya estás viejo, entonces si mis nietos, mis hijos ya no me jalan, pues mi amiguita, entonces es buscar una amiga positiva, una amiga que te jale, entonces tú Heri, esa fuerza, tú como que vas a ser la motivante de tus

amigas, porque ellas ya no pueden por su bastón, por su andadera, tu función va a ser esa. Cuando se acaba... Uno de los dos tiene que morir, yo le pregunto a mi esposo ¿Serás tú o seré yo? Porque uno de los dos, está canijo que los dos, está canijo la verdad, pero entonces es por eso importante las clases de Paty, que nos dé una de tanatología para entender la muerte, porque no se habla de la muerte, da miedo la muerte, ya cuando entendemos la muerte hasta la queremos y decimos “es bonita la muerte” porque tenemos que llegar, pero es un tema tabú, es un tema que no lo hacemos, entonces ¿Qué es para despertar? Pues ser motivante para despertar, para yo llenar ese ser que ya perdí, ah pues entonces motivo a mis cuatas, no hay de otra, vivir algo bonito, el reír, el decir tonterías, la plática y reímos, todo eso es motivante... Es eso, la recopilación, el retroalimentarnos de las experiencias.

GF03: Yo no estoy de acuerdo en eso. A lo mejor no estoy tan bien, pero también es importante disfrutar la vida sola. Es importante a lo mejor si tienes la posibilidad viajar, si ya no está tu compañero, puedes hacerlo sola, no necesitas de los hijos, ni de los nietos...

GF02: Cuando se está triste, el estar solo es lo peor...

GF03: lo que pasa es que entras en una etapa de depresión, pero si no tienes a nadie a tu lado, tú eres quien está viviendo.

GF01: lo que pasa es que aunque uno no quiera, debe una de verse a una misma y salir una misma adelante. No necesitamos de la pareja, necesitamos de los amigos, si tú te quieres tú misma, tú misma debes de salir adelante, porque yo tengo mi pareja, ya tenemos 50 años de casados pero mi esposo ha sido su vida aparte desde un principio, me acostumbró a ser así, me acostumbré yo a salir adelante con mis hijos. Entonces el valor es el mismo que tú te estás poniendo para salir adelante...

GF05: Sí, de hecho yo lo vi con mi abuelo. Mi abuelo murió de 94 años y a pesar de sus deficiencias que fue teniendo, se levantaba, caminaba, se salió de la casa y tuvo que usar andadera y agarró su andadera... El problema que él tenía que a veces mis tías no le daban el desayuno y se salió a la calle y no faltaba quién le diera algo de comer.



Entonces, mi abuelo hasta sus últimos días, al último cayó y ya no se pudo levantar, pero de él me acuerdo que hasta mi bisabuelo igual... Una maravilla ese señor...

GF03: Todo el recorrido que hacemos a lo largo de nuestra vida, es lo que nos va fortaleciendo como persona y como personas, aprendemos a salir solas, a ser autosuficientes aunque seamos adultos. Por eso es que estamos tomando estos cursos para tener un envejecimiento saludable y no depender de los demás, sabemos, como dijo la señora Heri, si no tenemos movimiento, nos vamos a oxidar, la señora Heri estaba entrando en una depresión, es muy bueno, que cuando sientas eso, que no quieras salir, tienes que salir aunque sea a misa, pero sal, porque es para beneficio tuyo, eso mismo lo hago yo, porque mi mamá ya falleció, mi papá no vive cerca, mis hermanos tampoco, a nadie. Yo solita aprendí como que a sobrevivir en este medio donde vine a dar hasta acá porque soy de Atizapán de Zaragoza, sin embargo, vine hasta acá sola y aprendí a sobrevivir porque no conocía a nadie. Si me caía yo solita me levantaba, me volví a levantar una vez y otra vez, pero es lo que nos va enseñando a lo largo en esta vida, a saber qué fortaleza tenemos cada una de nosotras y cómo podemos salir adelante nosotras solas.

GF07: Nosotros somos más de familia. Luego nos reunimos tanto la familia de mi esposo, la mía. Los hijos, nietos, todos. Pero dependemos más de la familia que de los vecinos, muy poco

GF04: Yo tengo 23 nietos y tengo 7 bisnietos. Pero yo me quedé, él se fue y yo me quedé aquí, en una esfera adentro, no podía yo salir pero con todo y que tiene uno a la familia como que entra uno en, yo no sabía que era depresión, yo siempre fui muy alegre, me gusta con mis hijos platicar, con mis nueras, con nietos, con mis yernos y en esos días yo me encerré, iban pero yo encerrada y es bien triste, porque aunque esté la familia, a veces nosotros mismos nos bloqueamos, nos quedamos adentro. Y ahorita ya, gracias a Dios

GF03: Yo creo que eso es otra parte también muy importante, el verlos a ellos tan unidos y que usted con su marido, yo también soy así con mi marido, que para todos lados

vamos, ¿Qué vamos a sentir el día que falte uno? Esa es la parte que a lo mejor nos falta trabajar más adelante, porque soy como ellos, así que ando para acá y para allá con mi esposo ¿Cómo lo vamos a trabajar? Es difícil, es un proceso muy difícil.

GF04: Yo creo que ese es el más complicado, el que nos debemos de preparar para esa pérdida, sentimos que nunca va a pasar, pero yo creo que ustedes que van a motivar a la gente a que estamos ahorita los dos, váyanse preparando porque no sabemos, ni por aquí nos pasa que va a pasar y cuando llega a suceder, nos quedamos así ¿Qué? ¿Y ahora qué sigue? ¿Qué voy a hacer? Y no por lo que me daba, sino por ¿Quién va a andar conmigo? Él siempre andaba vamos aquí, vamos al mandado, vamos a todas partes, nos vamos a Chapultepec, nos vamos a comer un helado, nos vamos a tomar un café ¿Y ahora con quién? Como dice, tenemos nuestros hijos, yo tengo 7 hijos y pero todos tienen sus obligaciones, sus necesidades y cuando ellos van, somos bien felices pero nos falta y yo creo que ese es el momento que nosotros no nos preparamos para esa pérdida y es lo que luego yo creo que nos llega a suceder.

GF05: nunca vamos a estar preparados.

GF04: Y aunque estemos preparados, porque yo veo gente que tiene su familiar bien grave, bien enfermo y el día que se va ¿porqué te fuiste? Si ya estaba sufriendo, si ya estaba él ¿Porqué lo queremos tener sufriendo? Y nosotros con él, porque está enfermo él y nosotros también nos enfermamos y sin embargo no nos preparamos y nunca vamos a estar preparados para la pérdida pero yo creo que sí es muy importante irnos haciendo a la idea y poco a poquito.

GF05: sí, porque es lo que dices, yo aprendí eso, no te preparas y siempre estás con que qué va a pasar con los demás, tú que eres el enfermo. Yo por ejemplo, mi hija tenía 5 años, la otra tenía 14 ¿Qué va a ser de ellas? Entonces ahí aprendes que ellos van a hacer lo que tengan que hacer y van a seguir viviendo a su forma, o salen adelante o se quedan, pero van a hacer algo. Igual, ahorita la situación que tenemos es esta, mi amiga yo la acompañé en el proceso de su esposo que fue más complicado y sí le dije “ve platicando con él, vete despidiendo, vele dando gracias” dándole los pasos “ponte en paz

con la familia y ve haciendo esto” y sí, lo procesó bien, el problema fue cuando vino lo de su mamá, igual, fuimos haciendo pasos pero aún así, ahorita sí cayó un poquito en depresión y ahorita igual ya tiene 60 años e hicieron el convivio y la llamaron y me dijo “no me quiero sentir vieja” y le dije “tienes una edad diferente”. Yo ya les dije a mis hijos “yo ya llegué a una edad en la que me da igual pasar una vergüenza o no” antes era “ay no, qué pena, qué vergüenza” ahí en el grupo que estoy han estado haciendo obras de teatro y se presentan a la comunidad y yo siempre he dicho “yo no participo” yo les ayudo, les armo, les pongo, flores, yo me puse a hacer escenarios y muy divertidas, la verdad... Los señores que han participado pues ya son gente grande, se han aventado ahí y yo ya les dije “yo ya llegué a la edad de no me importa” me pinto el pelo de colores, ya puedo hacer lo que me dé la gana, ya no me preocupa el qué van a decir de mí. Entonces yo el empezar a hablar de este tema de que voy a morir pues sí al principio te cuesta mucho trabajo, le tienes miedo, tienes miedo a la muerte, tienes miedo a morirte, pero conforme vas pasando, vas procesando, te das cuenta de que es necesario, dices “ya está enfermo, ya está muy delicado” es una vida difícil para la persona y para la familia, porque lo ves sufrir, yo lo vi con mi mamá porque se cayó y córrele y llegas al doctor, te ponen santa regañada, no sabes nada, mi papá siempre ha sido de “yo aquí, yo hago esto y es mi responsabilidad y es mi obligación” y sí, pero ¿Qué crees? Que los demás tienen que saber qué está pasando porque el día que pase algo va a ser una tragedia para todos, entonces me dio la tarea de sacar a mis hermanos y pasa esto, sucede esto y procesa esto, me crees, no me crees, es bronca tuya, yo ya procedí, yo ya les dije “si a mí me pasa, yo voy a hacer esto, no sé ustedes, si ustedes están, si ustedes deciden mantenerla en una respiración, en un esto, pues ya es cosa de ustedes, pero yo en lo personal, yo no quiero postergarle una agonía” eso es lo que yo aprendí ahorita en lo que es tanato, tienes que ir aprendiendo a determinar y a delimitar y a buscar como dices, las redes de apoyo, porque eso es lo que más necesitas y a veces es complicado porque los hermanos así como “no pues ella está bien todavía camina” y es de “no, espérate” no es el que pueda, cómo lo vamos a hacer, cómo lo vamos a trabajar, tengo un hermano que pues él no está aquí y yo sí le dije “¿Sabes qué? Yo necesito que tú vas a ser el que lleve la batuta y la orquesta y yo soy la que tú me dices para la derecha...” ¿Porqué? Porque yo

con mi hermano siempre ha sido un conflicto, siempre ha sido un conflicto por el hecho de que a ti te dieron más, a ti te dieron menos y como le dije “cada quién sufrió a su manera, cada quién vivió a su manera y cada quién la padeció a su manera, pero si no lo comprendes, bueno, vamos a hacerlo de esta manera” entonces yo ya le di responsabilidad a cada quién y a mis hijas también “¿Sabes qué hijas? Pues vayan tratando a la abuelita pero sépanse que un día se va a ir, un día ya no va a estar aquí y nosotros... tú te vas a dedicar a esto, tú te vas a dedicar a esto, igual...” yo ya tengo a mi gente preparada y mi hermano cómo responda y cómo viva, ya no me corresponde, pero yo ya a los míos, desde mi hermano el mayor hasta mis hijas, yo ya les dije. Y sigue la situación, pero les digo que es mi mamá y hasta ahí, yo sé que se va a tener que ir algún día pero también sé que la quiero mucho pero también que el cuerpo igual ya no te responde, el cuerpo ya no te da para más y que tienes que ir haciendo eso, agradeciendo, como yo agradezco porque la vida me ha dado muchas cosas, a lo mejor sin buscarlas y a lo mejor hasta he salido adelante y he hecho cosas que ni yo misma me las imaginaba, entonces yo estoy agradecida con todo eso, ya estoy en la etapa de me da igual si te enojas conmigo, no te vuelvo a hablar, no me importa, hasta en mi trabajo me dicen “ay, es que tú pareces mantequilla, todo se te resbala” y es que ya no es importante enojarte con el otro, porque el otro a lo mejor viene de malas o viene de buenas o tiene broncas, sabrá Dios qué mundo trae, entonces el mundo pasa y como dice Lilí “Vivirlo, vivir y disfrutar lo que tienes ahora” es lo más importante, lo más maravilloso, porque despiertas, que sabemos que vamos a pasar a otro plano, pero no dejas de existir mientras los demás estén a tu alrededor, a lo mejor te van a llorar, te van a sufrir, pero después se van a acordar de lo que hacías, de las travesuras que hacías, de cómo los regañabas, de cómo te reías con ellos, de cómo jugabas, todo eso y hasta a mi nieta yo le he dicho “mira hija, el día que yo no esté, ahí voy a estar en tu corazón, tú no te preocupes porque no me veas, aquí voy a estar, cuando tú me llames, yo voy a estar” yo ya se lo estoy implementando, estoy trabajando así y también a mis hijas así las traigo...

GF03: Es que sí los tienes que ir preparando, luego llegas, estás durmiendo y dices “ay, en la torre” la expresión, la cara, no, se siente horrible. Es que con esto que se vino de la

pandemia es lo que nos enseñó, a disfrutar porque a lo mejor tú dices “a lo mejor yo ya me voy a ir, pero a lo mejor uno de nosotros o a lo mejor saliendo uno se va, o sea, nadie sabe cuándo”...

GF05: Bueno, ustedes lo vivieron así pero yo ya lo viví antes porque a mí me dijeron 10 años y chin... 25 años y dices...

GF03: Ya avanzaste más de esos 10 años, primeramente Dios, a lo mejor vives mucho más...

GF05: Yo no sé si me quiere mucho pero todavía me falta qué aprender...

**Karina: Y quiero retomar esto que justamente el compartir sus conocimientos es lo que quería tocar... Ahorita ya hablamos del apoyo que hemos recibido de nuestros amigos, de lo que nos ha dado este grupo, independientemente de la red que sea, pero ustedes al momento de compartir ¿Cómo se sienten? Por ejemplo, ya también algunos me comentaron que han tratado de traer personas para acá, para extenderlo, pero aparte de eso ¿Han hecho algo para compartir lo que han aprendido aquí?**

GF03: Yo con mi esposo, entre los dos, él está en el grupo de tai chi, pero no se puede conectar todos los días, entonces hay veces que me espero a hacer mi rutina yo en la noche y luego le digo “a ver vamos a hacer, tú tu rutina con el tai chi y yo con lo mío” de esa manera lo jalo, entonces en otras personas les digo “oye ¿Ya hiciste tu rutina? ¿Lo estás haciendo?” porque me dicen “oye, no he bajado nada de peso y sigo haciendo la rutina” y les digo “eso es mentira” porque se notaría en seguida lo están haciendo como nos los enseñaron o no y ya luego otros me dicen “oye, pásame la rutina que les enseñaron a ustedes...”

GF07: Nosotros no hemos tenido tiempo, como tenemos el negocio, luego cuido nietos y todo eso, la verdad no...

GF06: yo lo comento y todo eso pero es difícil por los tiempos... pero sí, yo creo que todo lo que se ha comentado aquí es buena experiencia, creo que es una retroalimentación

tanto para el programa que tiene la Universidad que ustedes que están ahorita llevando este programa, ojalá puedan hacer un material para las personas que vengan atrás de nosotros con todo lo que comentan aquí los compañeros del grupo, todas las experiencias son individuales y de cada uno de toda esta plática o la experiencia, yo creo que a alguien le puede servir y como aquí escuchamos diversas opiniones o diversas vivencias, cada quién tiene el propio y ustedes también dentro de todo lo que están externando las personas o los compañeros, yo creo que también ustedes les debe de servir para hacer un muy buen material y dejar algo para los que vengan, porque esto es como un experimento, están iniciando por parte de la Universidad, entonces yo creo que sería bueno que se documenten bien como la experiencia de Lilí y de Paty, son experiencias diferentes y que a lo mejor dentro de todo el Universo de personas pues alguien estén en la misma situación, entonces esa experiencia o esa vivencia se puede compartir con otra persona para salir del pequeño problema... Alguna vez nos llegamos a atorar en algún hoyo, en algún tope de la vida y estar mentalizado de que cada quién tiene que vivir su propia vida, porque yo por ejemplo con mi compañera, yo no puedo vivir lo que ella vive o sentir lo que ella siente, cada quién somos independientes y es la gran diferencia de la diversidad de ser humano, de que cada quién tiene su propia experiencia, su propia vida, cada quién lo ve de diferente manera, es eso lo que quiero comentar... Uno con lo que ha vivido no lo puede uno transmitir o no tiene uno la manera o la facilidad de transmitir esa experiencia porque en cada uno de nosotros hay un gran universo de experiencias acumuladas, entonces es mucho material para poder hacer algo bueno para las personas que vengan atrás de nosotros, porque nosotros estamos de salida y hay mucha gente que viene atrás, hay mucha gente que muy joven empieza a deprimirse... situación económica, social, hay muchos factores y mucha gente... no todos tenemos la mentalidad tan fuerte como los que estamos aquí, por ejemplo "Participante GF04", aprendió a sobrevivir, a brincar esa barrera que la obstaculizaba y esa experiencia lo hizo ella sola, a lo mejor tuvo un incentivo pero lo pudo saltar, hay muchas personas que a lo mejor no tienen esa fuerza de voluntad o ese deseo y pues se va uno a lo más fácil, se tira uno al vicio, a la drogadicción o al suicidio... Entonces eso yo creo que con toda esta experiencia o este grupo de personas que están tratando de obtener la experiencia, hacer un buen

material para que se quede como referencia para los que están nivel superior y estudiando la psicología para que puedan entender la psicología de cada persona porque es muy difícil llevar un mismo tratamiento para una persona porque como comenté hace un rato, cada quién tiene diferentes formas de pensar, diferentes formas de actuar, entonces ese nada más sería mi comentario...

GF04: Y yo digo que, como dice "Participante GF02", la edad cuenta... Hace también 26 años murió uno de mis hijos, de 20 años... Yo no me sentí tan adolorida, pero yo estaba más joven, tenía a mi esposo, nos motivábamos... Pero la edad cuenta porque en esa época yo estaba más joven, mi hijo murió de un día para otro también, fue muy doloroso también y más para mi esposo porque él "vamos hijo acá, vamos hijo para allá" lo llevaba a trabajar y mi hijo bien noble y de un día para otro mi hijo falleció... Pero yo siento que aguanté mucho, lo superamos entre los dos, fue muy doloroso porque tenía 20 años, un muchacho de 1.70/1.80 con 80 kgs de peso y que está malo de qué y porqué y yo me atreví a decirle "¿Señor porqué te lo llevaste, yo lo hubiera podido cuidar, yo lo hubiera podido asistir" y me cayó "señor tú también nos lo das, nos lo prestas, tú nos lo estás facilitando uno o dos años, gracias porque me lo dejaste 20" ya le pedí mucho perdón... Duele que un hijo lleno de vida se vaya, pero lo superé porque como dice Lili... Yo todavía tenía más niños, dos niños chiquitos y a la escuela y a la prepa y así, me levanté... Pero ahorita como ya estaba sin hacer nada pues se cae uno pero cuenta mucho la edad para cuando uno pasa un dolor así y esos dos dolores son tan fuertes que a veces quisiera uno no haberlos pasado, pero dios sabe porqué... Entonces son dos cosas, como dice Lili: la juventud nos levanta y la actividad, en ese tiempo era "córrele hijo a la escuela y a la prepa" y el quehacer de la casa te va quitando y ahorita como ya estás "si quiero lo hago, si quiero no lo hago" no hay nadie que te traiga, entonces pues sí, como dice don Bernardino... Hay que aprender poco a poquito y ustedes de todo lo que les decimos, pues ir haciendo un para su carrera, para que la Universidad siga apoyando a tanta gente que necesitamos a veces, pues enhorabuena para Karina y para usted, muchísimas gracias, que sigan motivándonos para seguir.

**Muchas gracias a ustedes... Para cerrar estas opiniones que de verdad son muy valiosas para nosotros... Retomando lo que decía Heri, más bien yo podría pensar o aportar que las redes lejos de irse acabando, se modifican conforme a la edad... Lo que decían en algún momento de joven tenemos a los amigos y con la edad se va modificando a tal vez ser más familiar... Ahorita justamente nos traen hacia la UNAM, también una parte importante que me gustaría tocar es el apoyo que tenemos por parte de las autoridades, no solamente el seguro social, sino hay partidos que nos dan que la despensa, algunos eventos, ¿Cuáles su experiencia con este tipo de apoyo que nos brindan estas instituciones? ¿Han asistido?**

GF05: bueno, yo he asistido pero por mi trabajo... Yo llegué a recibir y a ayudar a la gente... Y ves la alegría de la gente, ves el gusto de las personas que se sienten importantes como hace poco que hicieron el certamen de belleza de la tercera edad... Ves el ánimo de la gente, ves cómo se suben, bailan, declaman y “a ver, ¿Me permite tomarme una foto con usted?” Y la emoción de que se sienten importantes y tomados en cuenta, la alegría en la cara y que estás platicando y que te digan “Mira qué guapa” y estás cerca de las mesas y la buya que se hace con ellos y los pones a bailar y los pones a vacilar, juegas con ellos, bromeas, se ve la alegría, que se sientan vivos, que se sientan importantes y que conviven con gente de su generación y que les permite platicar entre ellos y en algunos de ellos ha habido pérdidas y se han ayudado entre ellos y el tener esta pandemia te limita porque la tercera edad no puede entrar a ciertos lugares, igual también hacen sentir mal a la gente o a las personas mayores porque no pueden entrar y tienen que buscar a otras personas más jóvenes...

GF02: no hay

GF03: nosotros sí, igual que “Participante GF05”, estamos en una organización... Se festeja el día del abuelito, es sorprendente ver a una señora, en esta ocasión vi a una señora que traía su andadera sin una pierna y baile y baile y baile la señora, era sorprendente verla porque todo desde que comenzó la orquesta, estuvo baile y baile y nunca se cansó y en todas las fotografías salía sonriendo y decía que le gustaba disfrutar



de la vida. Esas personas que impulsan a seguir adelante tan sólo por verlas... Estaba viendo también con Paty su festejo, pues tuvieron a su reina, la coronaron, hicieron diferentes actividades, o sea, las festejan por todos lados... Es una red de apoyo para las personas adultas que las jala, precisamente como ya son adultas, a tener diversas actividades y es muy bueno para ellas...

GF01: También los que te dan tu dispensa ahí ya sientes que te toman en cuenta y ya sale la plática

**Cierre.**