

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA  
Y OBSTETRICIA

LA INTERACCIÓN SOCIAL  
DEL ADULTO MAYOR  
ESTUDIO COMPARATIVO

T E S I S

que para obtener el título de Licenciada en Enfermería  
y Obstetricia presentan

MARÍA DE LOS ÁNGELES FERNÁNDEZ DE LA TORRE  
SILVIA GARRIGA IGLESIAS  
MÓNICA PATRICIA OCHOA SCHÖNDUBE

Con la asesoría de la  
LIC. ROSA ELIA MENDOZA PÉREZ



MÉXICO, D. F.



JULIO DE 2000



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.

**LA INTERACCIÓN SOCIAL  
DEL ADULTO MAYOR**

**T E S I S**

*Queremos agradecer a todas aquellas personas  
que nos han apoyado y motivado a llevar  
esta tesis hasta el final, especialmente  
a la Lic. Rosa Elia Mendoza Pérez.*

## Índice

INTRODUCCIÓN .....	XI
1. Justificación .....	1
2. Objetivos .....	3
3. Marco teórico .....	5
3.1. Antecedentes de la Sociedad de Beneficencia Española .....	5
3.2. Antecedentes históricos de la ancianidad .....	7
3.3. Demografía y epidemiología del envejecimiento .....	8
3.4. Proceso de envejecimiento .....	9
3.4.1. Cambios físicos y sus consecuencias en la vejez .....	12
3.4.2. Aspectos psicológicos de la vejez .....	14
3.4.3. Aspectos sociales de la vejez .....	17
3.5. Aceptación de la vejez .....	19
3.6. Interacción social .....	23
3.6.1. El cambio de rol familiar .....	24
3.6.2. La edad de las pérdidas .....	26
3.6.3. Concepto social del viejo .....	28
3.7. Las opciones de vivienda del adulto mayor .....	32
3.8. Nuevos retos para enfermería .....	36
4. Planteamiento del problema .....	39
5. Hipótesis .....	41
6. Metodología .....	43
6.1. Definición de las variables .....	43
6.2. Tipo de estudio .....	44
6.3. Universo de trabajo .....	44
6.4. Criterios de selección .....	44

6.4.1. Criterios de inclusión .....	44
6.4.2. Criterios de exclusión .....	45
6.5. Procedimiento para obtener la muestra .....	45
6.6. Sistema de captación de la información .....	45
6.7. Ámbito geográfico .....	48
6.8. Recursos humanos .....	48
7. Análisis de resultados .....	49
7.1. Análisis de las variables .....	49
7.2. Correlación de variables .....	52
7.3. Correlación de la variable independiente y la variable dependiente .....	65
8. Conclusiones .....	67
9. Observaciones y sugerencias .....	71
10. Anexo A .....	73
11. Anexo B .....	79
12. Anexo C .....	83
13. Bibliografía .....	91

## Introducción

La inquietud por investigar acerca del adulto mayor y su problemática nació a raíz del contacto que tuvimos durante el desempeño del servicio social en el asilo del Hospital Español. Consideramos que una investigación en el campo de la geriatría cobra gran valor actualmente, tomando en cuenta el incremento de la población añosa y la tendencia, cada vez más marcada, por reubicar al anciano dentro de instituciones de cuidados a largo plazo, pensando que con ello obtendrá una atención integral.

La finalidad de las instituciones de cuidados a largo plazo para ancianos es buscar el bienestar integral del adulto mayor. Según nuestra experiencia se pone más énfasis en el apoyo físico y el psicológico. El bienestar social es el menos atendido en muchos de los casos, ya que se da por hecho que éste depende directamente del bienestar físico y psicológico del individuo.

Para poder dar respuesta a los problemas sociales que enfrenta el anciano hace falta saber cuáles son los motivos que desencadenan carencias de tipo social. Indudablemente la entrada en la vejez conlleva una serie de problemas en todas las esferas (biopsicosocial), siendo el desajuste de los roles sociales uno de los problemas con más difícil solución. Los que trabajamos en el área de la salud intentamos suplir esas carencias sociales con actividades encaminadas al ocio, la famosa terapia ocupacional, pensando que es la mejor opción para la socialización del anciano. Lo anterior nos puede llevar a pensar que el viejo que está en un asilo es más social porque tiene la opción de realizar muchas actividades, o porque al estar en con-

tacto con personas de su generación está más motivado a interactuar socialmente.

De los anteriores razonamientos surgió la pregunta de investigación: ¿Cómo influye en la interacción social el hecho de ser o no ser institucionalizado?

Durante la realización de este trabajo de investigación nos topamos con varias dificultades que creemos vale la pena mencionar. El Hospital Español nos restringió el acceso a una parte de la población institucionalizada. Esto limitó nuestra muestra de estudio. No encontramos antecedentes de ninguna investigación donde se relacionaran la interacción social y lugar de residencia. Basamos nuestro marco teórico, entre otros, en referencias de investigaciones de carácter social afines a nuestro tema de estudio. La recolección de datos nos tomó más tiempo del planeado. Entre la población institucionalizada, nos costó más esfuerzo crear el clima de confianza necesario para que el adulto mayor responda sinceramente el cuestionario. También notamos cierta reticencia a contestar las preguntas relacionadas con el aspecto económico.

Sobre los posibles sesgos de esta investigación cabe mencionar este último punto, en algunos casos creemos no haber logrado respuestas sinceras, por otra parte este error es muy difícil de objetivar. Cabe destacar que ninguna de las personas entrevistadas se negó a responder el cuestionario.

La limitación más importante que encontramos para llevar a cabo esta investigación fue la ausencia de un cuestionario que midiera la interacción social del anciano. Resolvimos este problema creando un cuestionario de Interacción Social en el adulto mayor. Nos basamos en la clasificación de Havighurst que dividió los roles sociales en tres tipos: el primero corresponde a la relación con los individuos más allegados como el cónyuge, los hijos y los padres. En segundo lugar encontramos a los amigos más íntimos y aquellos con quienes se comparte el tiempo libre. En un tercer plano está el resto de la sociedad y aquellos con los que el individuo se relaciona de una manera más indirecta, por ejemplo miembros de clubes o partidos políticos y prestadores de servicios. A través de las preguntas que elaboramos cubrimos estas tres esferas de las relaciones humanas.



## 1. Justificación

Con la presente investigación, queremos conocer si existe relación entre el lugar de residencia y el proceso de interacción social del adulto mayor. Para ello realizamos un estudio comparativo entre la población institucionalizada y no institucionalizada.

Debido a los cambios sociales que se han dado en la historia de la humanidad, el hombre ha persistido en buscar y procurar adaptarse a las diferentes situaciones a las que ha tenido que enfrentarse. El viejo es parte de esta constante adaptación y ha generado cambios y actitudes diferentes que le permiten seguir siendo parte de la sociedad.

La disminución de fecundidad, combinada con la constante reducción de la mortalidad, produce cambios fundamentales en la estructura por edades de la población de la mayor parte de las sociedades, así como un número creciente de personas de edad muy avanzada. Esta situación nos plantea un problema que no podemos minimizar o ignorar. Por eso mismo tiene gran importancia la preocupación por tratar de comprender y analizar las situaciones que llevan a las personas pertenecientes a estos grupos de población a interactuar e interrelacionarse dentro de su entorno, con el único fin de alcanzar la calidad de vida que cubra sus expectativas.

Quienes tenemos dentro del quehacer profesional como objetivo primordial el bienestar integral de la persona, asumimos la responsabilidad de que los resultados de nuestras acciones repercutan de una manera positiva en el individuo. Como enfermeras no podemos olvidar esa gran parte de la población que está dentro de lo que se ha dado en mencionar como la tercera edad y es nuestro papel realizar

acciones que repercutan de manera positiva en el adulto mayor teniendo en cuenta y respetando la diversidad de situaciones de los diferentes grupos de población.

El hombre es un ser social y esto implica un sin fin de complejidades, especialmente con la llegada a la vejez. En ese momento el individuo se enfrenta a una serie de cambios tanto fisiológicos como sociales que él mismo debe afrontar. Enfermería debe acompañar al anciano para ayudarlo a identificar y resolver los problemas que puedan surgir durante esta etapa.

## 2. OBJETIVOS

### GENERAL

- Conocer la relación que existe entre el hecho de ser o no ser institucionalizado y el nivel de interacción social del adulto mayor.

### ESPECÍFICOS

- Conocer la influencia que ejerce el hecho de residir en una institución en la interacción social del adulto mayor.

- Conocer la influencia que ejerce el hecho de no residir en una institución en la interacción social del adulto mayor.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. Antecedentes de la Sociedad de Beneficencia Española**

Dado que la presente investigación la realizamos dentro de las instalaciones de la Sociedad de Beneficencia Española y que la muestra la obtuvimos de la población tanto institucionalizada como de la que acude a la consulta externa en la policlínica, consideramos importante describir brevemente el inicio de la Beneficencia, cuyo fin sigue siendo en la actualidad proporcionar atención humanitaria y hospitalaria a los adultos mayores que son socios de la misma.

En la época colonial surgen formas de atención a los ancianos, por parte de las órdenes religiosas que lo hacían siguiendo el precepto de la caridad. Al lado de los templos y conventos, se prestaba la atención a los ancianos; más tarde, esas casas de caridad crearon instituciones (propiamente dichas) para enfermos mentales y para la atención al anciano. El asilo más antiguo se fundó en 1538 en la ciudad de Puebla.

Posteriormente aparecen formas de beneficencia en su modalidad pública y privada. La beneficencia pública (llamada también social) otorgaba servicios a favor de los más necesitados; la beneficencia privada tomó como suyos los valores de la filantropía, en humanitarismo y la fraternidad. Estos modelos de atención caritativa se mantienen hasta después de la revolución y mediante la incorporación de propósitos de garantía social, la beneficencia se transformó en asistencia pública. Aparecen así los primeros asilos, en su mayor parte a cargo de las religiosas.

La actual Beneficencia Española, debe su origen al empeño y determinación de don Francisco Preto y Neto quien como Cónsul de España en Tampico, Tamaulipas, en octubre de 1842 fundó la primera sociedad de Beneficencia Española, integrada inicialmente por ochenta y cinco españoles (por nacimiento o naturalización) que residían en esta capital y que contribuían con alguna cantidad mensual para llenar los propósitos de la sociedad. En los estatutos se establece socorrer a los verdaderos necesitados y cuidar de sepultar los cadáveres de los que murieron en la indigencia. Uno de los proyectos primordiales de la Beneficencia fue optimizar la atención a los ancianos y es éste uno de sus objetivos base que sin lugar a dudas, ha tratado de alcanzar pese a los obstáculos que a través de su historia se han presentado.

En el año de 1861 la Sociedad subrogó al Hospital de San Pablo (ahora Hospital Juárez) una sala contigua a la que ocupaban los franceses para atender a sus enfermos, siempre y cuando no padecieran enfermedades incurables. Posteriormente la Sociedad amplió su campo de acción al considerar que no sólo los enfermos necesitaban ayuda, sino también los indigentes, por lo que se dio a éstos asilo y alimentación.

En 1877 se adquirió la casa de la calle de Niño Perdido No. 17 donde se instaló el nuevo asilo, que a través del tiempo sería el amparo de numerosos españoles desvalidos.

En 1910 empieza el proyecto de ampliación del Hospital con la finalidad de introducir los adelantos médicos, los progresos de la ciencia médica, de la cirugía y de la higiene general. Es hasta 1923 cuando se autoriza el anteproyecto del nuevo sanatorio. Las obras se iniciaron en 1925 durante la presidencia de la Junta de Damas del Roper, comité que ha trabajado con los ancianos, acompañándolos moralmente y ayudándolos en sus necesidades. El 6 de agosto de 1932 se inauguró el Hospital Español y en 1969 la Unidad Vertical "Pablo Díez" lo que ayudó a rehabilitar las salas generales para asilo de los ancianos.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Peláez, C. M., *Historia de la Beneficencia Española*, México, Oficina Cultural de la Embajada de España en México, 1990.

### 3.2. Antecedentes históricos de la ancianidad

Para entender el estilo de vida del anciano en la actualidad, tenemos que tomar en cuenta la evolución histórica del papel del viejo en la sociedad. Los grandes cambios sociales y tecnológicos del último siglo han marginado de alguna manera el rol del anciano dentro de la sociedad; viéndose éste confinado a asumir un papel intrascendente a diferencia del que asumía en la antigüedad.

En la edad antigua, los pensamientos sobre la ancianidad eran positivos y se expresaban principalmente a través de la mitología y en formas literarias sencillas como el teatro y relatos populares. Se puede decir que los mitos acerca de este concepto se agrupaban en tres temas: el primero se refería al privilegio de la longevidad (texto del Génesis, Plinio el Viejo), el segundo comparaba la ancianidad con un estado privilegiado en el que se vive mucho tiempo ignorando los achaques y las miserias de la vejez y el tercero tiene que ver con el mito de la eterna juventud. Estos tres temas contienen una misma aspiración humana, la aspiración a una larga vida. Está claro que la vejez ha perturbado al hombre desde los inicios y nos ha llevado a reflexionar sobre la existencia. En el pasado se rodeaba a los ancianos de respeto y se les atribuía un cierto prestigio. Por ejemplo entre los aztecas el individuo que había logrado sobrevivir a la guerra y a las enfermedades y llegaba a una edad avanzada formaba parte del consejo de ancianos y desempeñaba un papel muy importante en la vida familiar y política de la comunidad, disfrutando en sus últimos años de una vida pacífica y llena de honores. Sin embargo, no faltaban ancianos que eran despreciados, ridiculizados y tratados con dureza por sus propios hijos (teatro de Plauto).<sup>2</sup> Esta situación se puede trasladar a todos los pueblos antiguos.

El legado máspreciado del anciano son sus conocimientos adquiridos durante toda una vida. Estos conocimientos se han valorado durante siglos como un depósito de experiencias significativas y lle-

---

<sup>2</sup> Laforest, J., *Introducción a la Gerontología*, pp. 12-14.

nas de sabiduría, por ello los ancianos han sido miembros activos en su comunidad y parte vital de su núcleo familiar.<sup>3</sup> Esto sigue siendo válido en sociedades donde es escaso el desarrollo tecnológico. “En algunas zonas rurales de nuestro continente, la familia integrada por varias generaciones todavía atiende a sus ancianos y se intercambia la experiencia y la sabiduría del viejo por la atención y el apoyo del resto de la familia. En esas regiones se conoce el valor del anciano, (...); se le respeta, se le considera sabio, se le consulta, se vela por él y en no pocos casos los ancianos influyen en las decisiones que adopta la comunidad.”<sup>4</sup> Sin embargo actualmente y sobretudo en las grandes urbes este legado pierde valor ante la sociedad, porque los avances de las últimas décadas han revestido de inutilidad a esta experiencia adquirida a través de un largo rodaje.

Después de haber revisado la historia de la ancianidad vemos que tanto en la antigüedad como en la actualidad la vejez no es aceptada, a los viejos “se les podía respetar, pero sin desear uno mismo hacerse viejo”.<sup>5</sup>

### 3.3. Demografía y epidemiología del envejecimiento

En la antigüedad el promedio de vida no superaba en mucho a los 30 años. Hasta fines del siglo XIX se alcanza una esperanza de vida de 50 años. En dos siglos, el número de personas mayores de 60 años se ha multiplicado por cuatro en relación al resto de los habitantes de los países industrializados, en cambio en los países subdesarrollados como Asia y África el promedio de vida es muy bajo debido a las precarias condiciones sanitarias y ambientales.<sup>6</sup> “El aumento del promedio de vida se debe principalmente a los adelantos de la medicina, con disminución de enfermedades infecciosas y la morta-

---

<sup>3</sup> Castellanos Robayo, Jorge, *La política de atención integral en los ancianos en el Adulto Mayor en América Latina*.

<sup>4</sup> Krassoievitch, M., *Psicoterapia Geriátrica*, p. 27.

<sup>5</sup> *Ibidem*, p. 14.

<sup>6</sup> Gafo, Javier, *Conferencia Internacional del Cairo sobre Población y Desarrollo*, p. 82.

lidad, a la mejoría de las condiciones higiénicas, ambientales y alimenticias en la sociedad de consumo moderna.”<sup>7</sup>

La longevidad es uno de los grandes logros del siglo XXI que, junto con la disminución de la fecundidad, produce un drástico envejecimiento de la población mundial. El envejecimiento de las poblaciones ha comenzado en diferentes momentos en los diversos países y cada uno tiene su propio ritmo. Sin embargo en el curso de unas pocas generaciones, la proporción de las personas con edad de 60 años a más, ha aumentado de alrededor de 1 de cada 14 a 1 de cada 4.<sup>8</sup> El mundo está sufriendo una transición demográfica que tiene un impacto considerable en los aspectos económicos y de la organización social.

Aunque resulte paradójico el aumento de la esperanza de vida no implica un incremento notable de la calidad de vida. Antes el hombre que llegaba a los 70 años, había superado todos los riesgos de la vida, así pues era una persona robusta que llegó a esa edad casi por selección natural. Actualmente se llega a los 70 años porque se combaten de forma continua y de manera eficaz los daños provocados por el propio proceso normal de envejecimiento. O sea, que el hombre vive más gracias a los tratamientos y medidas preventivas a los que se somete.<sup>9</sup> La calidad de vida significa no solamente prolongar la vida, sino lograr autonomía e independencia de la persona.

En los países más desarrollados han cambiado las causas de morbimortalidad, siendo las enfermedades crónico degenerativas las más relevantes porque son las que enferman y matan al grupo más grande de la población.<sup>10</sup>

### 3.4. Proceso de envejecimiento

La vejez es otra etapa de nuestras vidas y llegamos a ella a través de lo que se ha acordado en llamar el proceso de envejeci-

<sup>7</sup> Prieto, N., *Fundamentos de Geriátría y Gerontología*, p. 11.

<sup>8</sup> *Naciones Unidas*, Asamblea General, 1995.

<sup>9</sup> Laforest, *ob. cit.*, (2).

<sup>10</sup> San Martín, Hernán y Pastor, Vicente, *Epidemiología De La Vejez*, p. 121.



miento. Estudiaremos con detenimiento este proceso punto de partida del presente trabajo.

Entendemos el proceso de envejecimiento como un proceso universal, que afecta a todos los seres vivos y que se inicia en el mismo instante del nacimiento; a partir de ese momento se presentan una serie de modificaciones orgánicas y funcionales graduales que continúan durante toda la vida. Una de las definiciones de envejecimiento más aceptadas es: “todas las modificaciones morfológicas y fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos”.<sup>11</sup> Este proceso de envejecimiento está condicionado también por los hábitos del individuo, la capacidad creadora y de adaptación que tenga el sujeto dentro del grupo social y el ambiente en que se desarrolla. Se identifica al viejo con el individuo que ha perdido las funciones y capacidades físicas y mentales que tenía anteriormente. Se ha establecido como edad de inicio de la vejez los 65 años, edad que suele corresponder, desde el punto de vista laboral con el retiro y término de la actividad productiva. Sin embargo el envejecimiento cronológico no concuerda necesariamente con el envejecimiento biológico, psicológico o social, por lo que cada persona dependiendo de su desarrollo, ambiente, logros y metas llegan a la vejez en edades y formas muy distintas.<sup>12</sup>

Algunos autores describen la vejez desde tres diferentes enfoques:

**Vejez cronológica**, se ha establecido su inicio a partir de los 65 años, pero la edad de llegada a la vejez de cada individuo es muy diferente, según su estilo de vida, salud, condiciones de trabajo, etc. *Más importante que la cronología es la calidad del tiempo transcurrido, los acontecimientos vividos y las condiciones ambientales que rodean a la persona.*

**Vejez funcional**, la llegada a la vejez implica en la mayoría de los casos ciertas limitaciones físicas, pero estas limitaciones no imposibilitan al viejo para desarrollar una vida plena. Estas limitacio-

---

<sup>11</sup> González, A. J., *Manual de Autocuidado y Salud en el Envejecimiento*, p. 23.

<sup>12</sup> Moragas, M. R., *Gerontología Social*, p. 123.

nes, que son parte del proceso de envejecimiento, se acrecientan como fruto de las deformaciones y mitos sobre la vejez.

**Vejez como etapa vital**, es el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona. Esta etapa está limitada por condiciones objetivas externas y por las subjetivas del propio individuo. El viejo tiene unos potenciales únicos y distintivos: serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social que si se utilizan adecuadamente pueden compensar las limitaciones de esta etapa de la vida.<sup>13</sup>

Como ya hemos dicho el proceso de envejecimiento es un proceso multifactorial, está claro que hay alteraciones y transformaciones en el organismo. Los factores medioambientales alteran de una manera importante la capacidad del organismo de sobrevivir a las agresiones externas. Hay factores que el hombre puede controlar como el estilo de vida, la alimentación, el consumo de drogas; y otros a los que está expuesto de forma incontrolada como los contaminantes medioambientales, las radiaciones, etc. También la aptitud orgánica está estrechamente ligada a factores psicosociales como la motivación, el estilo de vida, intereses personales, ocupación, compañía, que afectan directamente al bienestar biológico. A parte de estos factores externos, se han postulados diversas teorías que tratan de explicar el proceso de envejecimiento biológico: del hombre. Se han postulado muchas teorías que tratan de explicar las causas fundamentales y los mecanismos del envejecimiento, pero los investigadores no consiguen ponerse de acuerdo y aún hay muchas líneas de investigación abiertas para dar respuesta a las múltiples preguntas sobre el proceso de envejecimiento.

Debemos tener en cuenta que las tres esferas del hombre (biopsicosocial) determinarán su vejez y condicionarán su autonomía hasta el punto que el estado físico será responsable de que el anciano “pueda hacer”, el estado psíquico será condición indispensable para que el anciano “quiera hacer” y la situación social le “permitirá hacer”.

---

<sup>13</sup> *Ibidem*, pp. 21-24.

### 3.4.1. Cambios físicos y sus consecuencias en la vejez

Como se ha venido afirmando, el envejecimiento es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que va deteriorando al organismo de una manera progresiva hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y las condiciones de su entorno; sin embargo, estos cambios que sufren los órganos y tejidos no deben considerarse problemas de salud, sino variantes anatomofisiológicas normales. De aquí se explica la disminución de la capacidad física y la lentitud de los movimientos de los adultos mayores.

Desde el punto de vista fisiológico, el funcionamiento adecuado del cuerpo depende de una apropiada función celular, tisular y de los sistemas. Esta homeostasis conlleva una serie de complejos procesos y cambios bioquímicos y fisiológicos en los que participan casi todos los órganos y sistemas del cuerpo. La mayoría de los adultos mayores son capaces de mantener una vida normal e independiente en donde los procesos corporales parecen ser normales bajo condiciones basales; sin embargo, muchos procesos fisiológicos en el organismo se vuelven menos efectivos, por lo que durante el envejecimiento hay una disminución en la competencia funcional del individuo. Estas deficiencias relacionadas con la edad se manifiestan cuando el cuerpo está bajo estrés; por ejemplo, ante enfermedades agudas o crónicas, con el ejercicio físicos fatigante, la exposición a temperaturas extremas, etc.<sup>14</sup>

Aunque el organismo actúa como un todo, es necesario considerar algunos aspectos particulares del envejecimiento de los sistemas y sus consecuencias. Para ello es necesario dividir al adulto mayor por aparatos y sistemas, sin embargo para efecto de nuestra investigación sólo tomaremos en cuenta aquellos cambios que a nuestro juicio podrían alterar la interacción social del anciano.

A nivel del **sistema nervioso central** (cerebro y médula espinal), algunos adultos mayores pueden presentar disminución de las

---

<sup>14</sup> Organización Panamericana de la Salud, *Enfermería Gerontológica: Conceptos para la Práctica*, pp. 15-16.

respuestas intelectuales como agilidad mental y capacidad de razonamiento abstracto. También puede observarse una disminución en la percepción, análisis e integración de la información sensorial, disminución en la memoria de corto plazo y pérdida en la habilidad de aprendizaje. También existe un enlentecimiento de la coordinación sensorio-motora que produce un deterioro en los mecanismos que controlan la postura, el soporte antigravitacional y el balance.

Dentro del **sistema nervioso autónomo** existe un deterioro de la regulación de la temperatura corporal, lo que predispone a la hipotermia. Existe una alteración en la percepción del dolor visceral, que puede conducir a la manifestación, en forma confusa, de enfermedades. Disminución en la motilidad intestinal, produciendo constipación. También existen trastornos en la regulación del tono muscular y en el control de los esfínteres involuntarios, dándonos como consecuencia problemas como la incontinencia urinaria.

En el **sistema locomotor** (músculos, huesos y articulaciones) hay una pérdida de la masa muscular; predisposición a calambres musculares, debilidad muscular; limitación en la capacidad y velocidad del movimiento corporal. Disminución de la estatura, disminución de la elasticidad y resistencia de las articulaciones, rigidez articular y predisposición al dolor. Lo cual trae como consecuencia una disminución en la confianza y seguridad limitando al adulto mayor en la realización de sus actividades.

En el **sistema cardiovascular** hay una predisposición a eventos tromboembólicos, disminución en la capacidad de la actividad física. Insuficiencia venosa, con el consecuente riesgo de estasis y úlceras de decúbito. Trastornos de la micro-circulación periférica y una dilatación y prominencia de la aorta.

En el **sistema génito-urinario** hay una falla en la respuesta rápida a cambios del volumen circulatorio, disminución de la capacidad de excreción por el riñón, incontinencia urinaria, aumento de la susceptibilidad a las infecciones y dispareunia en la mujer.

En el **sentido de la vista** hay una apariencia de hundimiento en los ojos, laxitud de los párpados, reducción de la cantidad de lágrimas y aumento en la presión intraocular. Las pupilas se encuentran

contraídas y con reflejos lentos. Se deteriora de la agudeza visual y la tolerancia al reflejo de la luz brillante. Puede existir reducción de los campos visuales. Hay una lenta adaptación a la oscuridad, defectuosa apreciación de los colores y un deterioro de la percepción visuo-espacial.

En la **audición y el equilibrio** hay en deterioro de la sensibilidad al tono de frecuencia alta y a la percepción, localización y discriminación de los sonidos. Existe también una alteración del control postural reflejo, lo que puede producir predisposición a las caídas por vértigo y mareo y disminución de la habilidad para moverse en la oscuridad.<sup>15</sup>

### 3.4.2. Aspectos psicológicos de la vejez

El envejecimiento representa una amenaza para la integridad y el buen funcionamiento de la persona. Desde el punto de vista psicológico, es difícil asimilar los cambios que ocurren durante el proceso de envejecimiento, por lo que la autoestima del individuo puede disminuir. Ante estos cambios el individuo pone en marcha mecanismos de defensa como la regresión, el renunciamiento y retraimiento, la racionalización, la proyección y el encasillamiento.

A través de la **regresión** el adulto mayor trata de conservar la homeostasis que se altera por los cambios en los instintos y en las presiones del medio. Cuando las aptitudes físicas y psicológicas de anciano se resiente, se activan mecanismos de defensa que existían anteriormente. En muchas ocasiones, la regresión se manifiesta junto con la negación y la fantasía, de esta forma actúa como mecanismo reforzador del narcisismo (el amor a la imagen de sí mismo). Por lo general son adultos mayores egocéntricos, preocupados por sí mismos y por su cuerpo y despreocupados por lo que sucede a su alrededor. Son inseguros y demandantes. Ante situaciones que generen stress pueden tener regresiones dramáticas acompañadas de conduc-

---

<sup>15</sup> *Ibidem*, pp. 18-21.

tas como el llanto, berrinches y pérdida de hábitos de alimentación y de limpieza.<sup>16</sup>

En adultos mayores que tienen un equilibrio psicológico adecuado, la regresión puede propiciar actitudes creativas que habían permanecido latentes durante la edad adulta. También tienen la oportunidad de resolver conflictos previos. La regresión del anciano puede tener una función de adaptación, sobre todo si es aceptada y tolerada.

Con el **renunciamiento** se produce una especie de capitulación ante situaciones de amenaza o de conflicto. Ante un profundo sentimiento de desesperanza, el anciano siente y vive una pérdida de control y la incapacidad para mantener su orden interno, llegando a sentir deseos de morir.

Debido a la vergüenza y falta de adaptación provocadas por la vejez, el anciano se aleja y aísla de los demás cayendo en el **retraimiento**. Esos sentimientos no le permiten exponerse a críticas y a miradas enjuiciadoras de la gente que lo rodea. Así, este aislamiento le permite encarar conceptos y afectos que de otra manera no podría controlar, dándole una capacidad mayor para aislar lo afectivo. El desentenderse de los sentimientos puede ser percibido por los amigos y familiares como un frío distanciamiento, este retraimiento puede ser un obstáculo para que el adulto mayor pueda mantener relaciones estrechas.<sup>17</sup>

La **racionalización** es la explicación coherente y lógica de actitudes, actos y sentimientos cuyos motivos verdaderos no se perciben. Los individuos que durante su vida han utilizado el recurso de la racionalización, siguen usándolo durante la vejez. Ésta puede tener dos objetivos, el primero que el viejo se explique de una forma racional las deficiencias que van apareciendo en el transcurso de su vejez, en segundo lugar lo utiliza para encubrir y desviar los impulsos y deseos que le son poco aceptados, como son los que se derivan de la sexualidad.

La **proyección** permite al individuo desentenderse de la angustia ante sus propias deficiencias. Le ayuda a mantener el control sobre

---

<sup>16</sup> Krassoievitch, *ob. cit.* (4), p. 60.

<sup>17</sup> Krassoievitch, *ob. cit.* (4), p. 60.

impulsos inaceptables y agresivos. A veces el envejecimiento produce una acumulación de resentimiento, hostilidad y agresividad que llega a límites insoportables, muchos ancianos proyectan estos sentimientos en los demás, generando desconfianza en algunos casos y casos paranoides en otros. Esta proyección en el anciano puede ser producto de la interacción generacional o puede indicar una tendencia a las ideas paranoides de la población añosa. Como ejemplo mencionamos algunas frases que son características de algunos viejos: “los hombres de ahora no son como los de antes”, “antes eran mejores, más diestros, etc.”; “ya no soy el de antes, porque han disminuido mis capacidades”.<sup>18</sup>

El **encasillamiento** desempeña un papel importante en el adulto mayor. Existen ciertos factores, como la incapacidad física, las alteraciones de la memoria, la disminución en la capacidad de aprendizaje, etc, que llevan a la persona a que aborde una cosa por vez, tanto en lo interior como en lo exterior. La reiteración, la rigidez, y el negativismo pueden constituir formas de encasillamiento. El adulto mayor puede sentir la necesidad de relatar viejos recuerdos a personas más jóvenes, aun cuando sepa que esto les aburre e irrita. Esto lo hacen como una forma de afrontar el stress físico y emocional, de mantener el contacto con otras personas y, por lo tanto, como un proceso de adaptación del yo para permitir que se aferre con mayor firmeza a la realidad al echar mano de lo que sabe, aun a expensas de no agradar.<sup>19</sup>

La **reminiscencia** es otro fenómeno que ocurre durante el proceso del envejecimiento y es el acto de pensar en las propias experiencias pasadas o de relatarlas. Tiene un efecto adaptativo, tanto en las condiciones externas como en las internas, y proporciona una protección contra la ansiedad y la depresión. Mantiene la autoestima, el sentido de identidad y ayuda a elaborar las pérdidas personales. La acción de explicar sus experiencias pasadas puede ser enriquecedora para la sociedad. Durante la vejez, los hechos del pasado tienen una mayor carga emocional que los del presente y se convierten cada

---

<sup>18</sup> Krassoievitch, *ob. cit.* (4), p. 61.

<sup>19</sup> Zinberg, N. E. y Kaufman, I., *Psicología Normal de la Vejez*, p. 25.

vez más en percepciones conscientes. Le permite recordar y mostrar que ha logrado vivir muchos años y que el éxito se cifra en términos de longevidad. No sólo tiene por finalidad asegurar la continuidad con el pasado, sino también recrear una época en la que se sentía digno de estima y poseedor de vitalidad y competencia.<sup>20</sup>

La reminiscencia podría además estar favorecida por un aumento del narcisismo representado por una imagen ideal de sí mismo en el pasado. En algunos ancianos el funcionamiento de la memoria produce placer y manifiestan satisfacción y orgullo por su capacidad de recordar con precisión hechos antiguos.

En la reminiscencia intervienen también una serie de mecanismos psicológicos defensivos, adaptativos y protectores que son utilizados de acuerdo a la personalidad de cada viejo.

### 3.4.3. Aspectos sociales de la vejez

Una de las esferas más afectadas durante la vejez es la social, el adulto mayor que anteriormente se sentía integrado ahora se siente desplazado y hasta rechazado. Estos aspectos sociales están estrechamente relacionados con los aspectos psicológicos anteriormente expuestos, pero en este punto analizaremos la interacción del viejo con la sociedad y viceversa. A continuación revisaremos las distintas teorías gerontológicas en base a la interacción social.

La primera es la **teoría de la desvinculación o del retraimiento** en la que algunos individuos creen envejecer con mayor satisfacción y tranquilidad al desvincularse de la sociedad. Este proceso es recíproco, el individuo y la sociedad se alejan el uno del otro. El adulto mayor se va encerrando en sí mismo en una actitud egoísta que le produce bienestar.<sup>21</sup>

Cumming y Henry afirman que en la sociedad existe un proceso de desvinculación recíproco entre el anciano y la sociedad. Este fenómeno está causado por varios factores: el anciano siente el

<sup>20</sup> Krassoievitch, *ob. cit.* (4), pp. 63, 71.

<sup>21</sup> Krassoievitch, *ob. cit.* (4), pp. 29, 31.



decremento de los papeles o roles que él había asumido anteriormente, también existe una mayor preocupación por sí mismo que en épocas previas<sup>22</sup> y el adulto mayor se siente menos involucrado con respecto a los demás y, por lo tanto, sus interacción social disminuye. Es importante recordar, que el anciano va perdiendo a la mayoría de los seres que le rodean; así pues su entorno se va reduciendo en cuanto a número y las nuevas relaciones que entabla son más superficiales que las anteriores. Todo esto provoca que su interés por relacionarse con los demás vaya disminuyendo.

Salvarezza se opone a la teoría de Cumming y Henry y propone la **teoría del apego**. Se considera que el desapego y por ende el aislamiento, no son un proceso intrínseco del ser humano y deseados por él, puesto que el hombre aislado no es un ideal. Es bueno que el adulto mayor se sienta parte activa de la sociedad, una forma de conseguirlo es fomentar que el adulto mayor se mantenga apegado a sus objetos y actividades la mayor cantidad de tiempo posible y, cuando no, que trate de buscar sustitutos. La mayor queja que manifiestan los adultos mayores es la pérdida de los roles sociales y la dolencia más extendida en esta edad es la depresión.<sup>23</sup> Esta teoría afirma que la persona socialmente activa tiene más capacidad de adaptación y la persona experimenta durante la vejez las mismas necesidades físicas, psicológicas y sociales que durante la adultez.

La **teoría de la continuidad** se centra en la capacidad de adaptación y de ajuste del adulto mayor tomando en cuenta su personalidad y estilo de vida manifestado en el período adulto. El individuo escoge su modo social de envejecer continuando sus actividades de acuerdo con las circunstancias personales, familiares y ambientales, según su capacidad, independencia y conveniencia.<sup>24</sup>

Puede darse un deterioro del sentido del gusto y del olfato con el consecuente riesgo de intoxicación por gas o alimentos descompuestos; anorexia y malnutrición. Hay una disminución de la sensibilidad del reflejo de la tos y de la deglución.

---

<sup>22</sup> Burke, M. M. y Walsh, B. M., *Gerontologic Nursing*, pp. 79, 80.

<sup>23</sup> Krasssoievitch, *ob. cit.* (4), p. 30.

<sup>24</sup> Mísera, B. L. y Riedel, R. G., *El Proceso de Envejecimiento*, p. 68.

La piel se encuentra seca, arrugada, frágil y descolorida; uñas frágiles, engrosadas, torcidas y de lento crecimiento; disminución de las propiedades de aislamiento de la piel, necesarias para la termoregulación; disminución de la capacidad de protección de las prominencias óseas; prurito y aumento de la susceptibilidad a las úlceras por presión. En el sistema inmunológico hay un aumento en la susceptibilidad hacia las infecciones, las enfermedades autoinmunes y el cáncer.

### **3.5. Aceptación de la vejez**

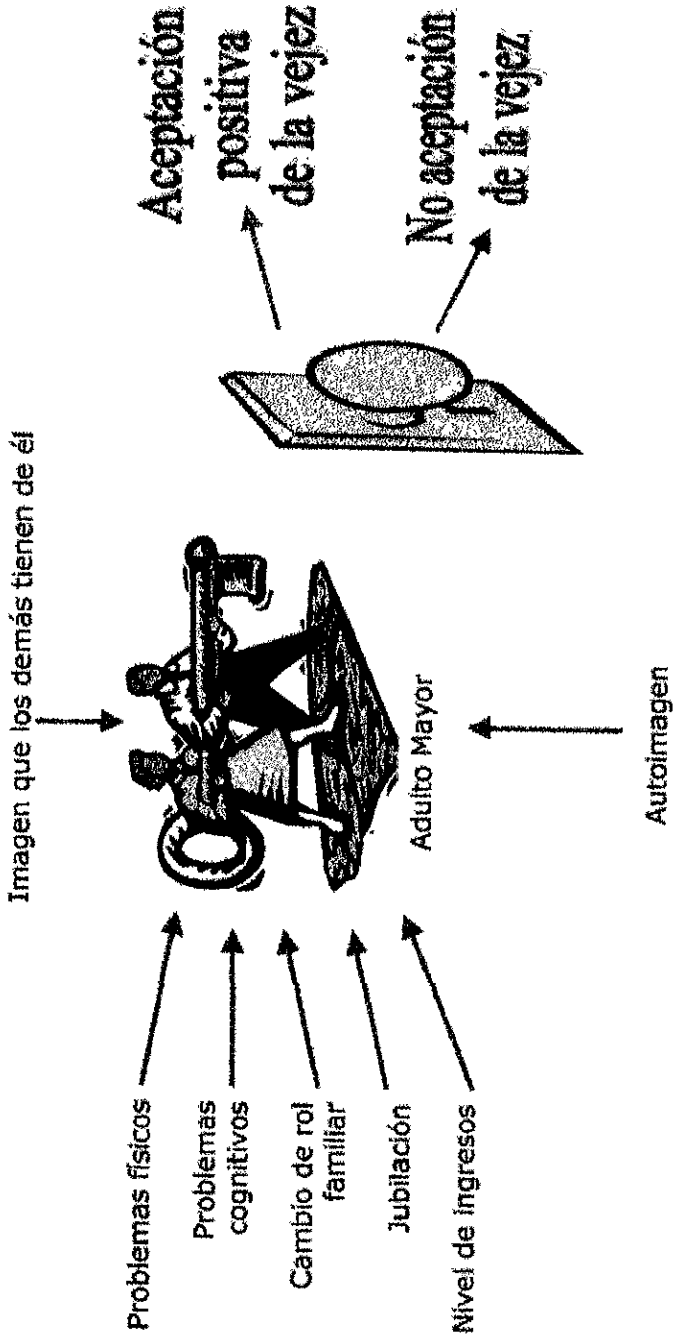
Hemos insistido que el proceso de envejecimiento es un proceso gradual y multifactorial donde los factores ambientales y biológicos influyen de una manera determinante. Todos estos cambios alteran la percepción del hombre sobre sí mismo y sobre el ambiente que le rodea, al entrar el individuo en la vejez experimenta un proceso similar. El individuo se da cuenta que no puede frenar las manifestaciones del proceso de envejecimiento, depende de él y de su entorno que la vejez sea aceptada de una manera positiva o vista como algo negativo no aceptando el fenómeno natural de la vejez.

Tanto los cambios físicos como los aspectos psicosociales que hemos mencionado en el punto anterior no son hechos aislados sino que guardan una estrecha relación. No podemos tratar las manifestaciones del proceso de envejecimiento como problemas únicos y aislados ya que cada uno de ellos es causa o efecto de otros problemas, por lo tanto debemos afrontar dichas manifestaciones de una manera integral por insignificantes que sean.

Hay cambios físicos que afectan de manera significativa la aceptación de la vejez, algunos de estos afectan directamente las esferas psicosociales del adulto mayor y por lo tanto su autoestima.

Algunos de estos cambios son: la disminución de la capacidad funcional debido al proceso biológico normal del envejecimiento que dificulta la realización de las actividades de la vida cotidiana del adulto mayor. Se van limitando capacidades del individuo como la flexibilidad, habilidad, equilibrio, fuerza, resistencia y capacidad de

# ACEPTACIÓN DE LA VEJEZ



percepción sensorial. Cuando estas alteraciones llegan a ser muy marcadas, el adulto mayor debe desarrollar estrategias que le permitan satisfacer sus necesidades de la vida diaria. El viejo debe enfrentar la disminución de la capacidad de respuesta de su organismo ante las enfermedades, esta situación puede producir en el individuo sentimientos de inseguridad y pérdida de la confianza para desenvolverse en la sociedad.

Así mismo la pérdida de los rasgos de la juventud “belleza”, como la pérdida de los dientes, la disminución de estatura, la aparición de las arrugas en el rostro, etc., afectan de manera importante a quienes su apariencia física es valiosa, esta pérdida puede significar una molestia considerable.

Por lo que se refiere a las capacidades intelectuales vemos que no disminuye la eficacia intelectual pero sí se observa una pérdida de la capacidad para resolver nuevos problemas. El lenguaje se relaciona con la capacidad de comunicación y relación con los demás. La memoria es la capacidad intelectual que se ve más afectada en el adulto mayor, influyendo en su ubicación en tiempo y persona.

La personalidad y carácter no se ven tan seriamente afectadas, mientras no se trate de casos patológicos, sin embargo sí se presenta cierto miedo a lo desconocido que repercute en la disminución de la capacidad de adaptación. Es importante por ello que el anciano tenga un entorno estable y conocido que lo haga sentirse seguro.

El deterioro psicológico implica cambios en el comportamiento y en la autopercepción y reacciones específicas frente a las nuevas dificultades, es por eso que cada anciano en particular enfrenta en forma distinta los cambios en las capacidades psíquicas.

Se afirma que la relación entre los bajos ingresos y una salud precaria está bien establecida. Los grupos donde los ingresos son bajos, están desproporcionadamente expuestos a condiciones sociales y psicológicas que pueden tener efectos negativos, así como el poseer menores recursos económicos para manejar estas circunstancias. El bajo ingreso puede afectar la salud directamente, factores como la vivienda y hábitos de higiene inadecuados o indirectamente a través de vecindarios amenazantes y socialmente trastornados y la promoción de conductas y características psicosociales que van en detri-

mento de la salud. Podemos afirmar que una privación económica sostenida, lleva a un funcionamiento más pobre en lo físico, psicológico y cognoscitivo.<sup>25</sup>

Además de enfrentarse a los cambios físicos y psicológicos el individuo debe enfrentar a su entorno, o a lo que la sociedad espera que "sea" un viejo. La sociedad está organizada en clases sociales y también en clases etarias (o sea, la distribución de los recursos materiales, el poder y el prestigio se hace en forma diferente de acuerdo a la edad) la entrada a la vejez conlleva el paso a un estatus devaluado, no es raro que por este motivo la autoestima del viejo sufra un efecto negativo.

Debemos olvidarnos de las expectativas y comportamientos apropiados para cada edad y tener en cuenta las capacidades personales del individuo para encontrar labores que elevarían su autoestima, al mismo tiempo será menos la distancia entre el anciano y la sociedad.

Consecuencia de todas estas situaciones el adulto mayor se encuentra en un constante proceso de adaptación. El viejo está ante una situación que necesita resolver, tiene dos opciones.

La primera opción es aceptar su vejez de una manera positiva, o sea, adaptándose a esos cambios y considerándolos parte de su devenir. Son las personas que integran su vejez, individuos maduros, estables y felices que llevan a cabo actividades en diversos niveles y disfrutan lo que la vida les proporciona.

La segunda es la no aceptación de la vejez. Entre esta tipología encontramos los viejos pasivos, aquellos altamente dependientes y apáticos. El clásico señor de la mecedora, voluntariamente desacoplado y satisfecho porque al fin puede descansar. También están los que están perpetuamente a la defensiva, son activos, rígidos, disciplinados, individualistas, se montan un sinnúmero de actividades porque no pueden soportar la inactividad. Son las personas que mantienen durante la vejez los mismos valores y normas de la edad adulta y se angustian por las pérdidas y cambios que trae la vejez. Encontramos

---

<sup>25</sup> Lynch, J. W. y otros, *Cumulative Impact of sustained economic... and social Functioning*.

también a los ancianos coléricos que culpan de todo a los demás y los hace responsables de sus frustraciones y limitaciones, luchando contra el envejecimiento.<sup>26</sup>

### 3.6. Interacción social

Hemos llegado al punto central de nuestra tesis, la interacción social en el adulto mayor. Empezaremos por definir que se entiende por interacción social. La Organización Panamericana de la Salud define la interacción social como un “proceso natural a través del cual el anciano establece algún tipo de relación con la sociedad en la que se desenvuelve; como todo proceso, esto es dinámico y en constante cambio. Existen factores que producen disminución en los contactos sociales del adulto mayor y que lo pueden conducir al aislamiento; entre los factores mencionados se citan los siguientes: cambios biológicos como déficits sensoriales y disminución de la actividad física; problemas de la función cognitiva, la percepción y el manejo de información; cambios socioculturales, como disminución de su poder adquisitivo, cambio de vivienda, desorganización de su familia, pérdida del contacto con amigos, etc.”<sup>27</sup>

Entendemos que la sociedad tiene una gran influencia en el proceso de envejecimiento. Como ya hemos visto hay factores que influyen de una manera muy importante en este proceso dinámico, por el cual el adulto mayor y la sociedad tienen que ir aceptándose y adaptándose para que el viejo pueda integrarse y ambos puedan interactuar.

Havighurst en 1957 clasificó en tres las relaciones o roles sociales. En primer lugar la relación que mantenemos con aquellos que están más cercanos a nuestra existencia como los padres, la pareja, los hijos, la trabajadora doméstica. En segundo lugar el rol que desempeñamos con aquellos que siguen en importancia como los amigos

---

<sup>26</sup> Moragas, *ob. cit.* (12), p. 80.

<sup>27</sup> OPS, *ob. cit.* (14), p. 44.

y los que comparten el tiempo libre. En tercer lugar están los roles más alejados como los miembros de los clubes o partidos políticos.<sup>28</sup>

Por su relevancia en este trabajo de investigación retomamos la clasificación de Havighurst y desdoblamos la interacción social en tres puntos. Si situamos al individuo en el centro de una circunferencia y jerarquizamos a su alrededor sus relaciones sociales encontramos en el círculo más cercano a la familia, en el segundo círculo podemos ubicar a los amigos más íntimos, aquellos que acaban formando su segunda familia y en un tercer lugar esta el resto de los que integran la sociedad y con los que el individuo se relaciona de una manera mas indirecta, ejemplo de ellos son los clubes sociales y culturales, grupos religiosos, clubes deportivos, afiliaciones políticas, prestadores de servicios con los que se relaciona diariamente, etc.

### **3.6.1. El cambio de rol familiar**

La familia es el punto de partida para la integración social de la mayoría de los individuos, jugando un papel fundamental en la transmisión de valores y en el proceso de socialización.<sup>29</sup>

La familia sigue siendo la fuente habitual de ayuda y de apoyo para los ancianos en por lo menos tres aspectos, le proporciona ayuda financiera en situaciones de urgencia o en forma continua, provee cuidados en caso de enfermedad ya sea de manera temporal o permanente y la más importante le brinda estima y afecto. Los expertos de países desarrollados y en desarrollo han demostrado el papel tan importante que juega la familia para el bienestar de los viejos, por lo que es necesario fortalecer las familias existentes y apoyar a las familias que cuidan a sus viejos.<sup>30</sup>

La familia es el núcleo social más íntimo y es ahí donde se manifiestan los primeros cambios intrínsecos a la vejez, como las

---

<sup>28</sup> Matteson y otros, *Gerontological Nursing. Concepts and Practice*, p. 451.

<sup>29</sup> *Ibidem*, p. 460.

<sup>30</sup> Organización de las Naciones Unidas, *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento*.

discapacidades físicas y cognitivas que van apareciendo. Estas primeras manifestaciones pueden llevar a una situación de conflicto, ya sea del anciano hacia la familia o viceversa, depende de ambas partes que el proceso de envejecimiento se integre como una etapa más de la vida, la no aceptación de la vejez lleva a la familia a tener actitudes tanto de sobreprotección, como de indiferencia y rechazo hacia el adulto mayor y al viejo le lleva hacia el aislamiento, la depresión, a tomar conductas agresivas, etc.

Generación tras generación la realidad social ha ido cambiando, también ha cambiado la organización familiar y los roles de cada uno de los miembros de la familia. La mujer ha pasado a tener un papel más activo en la toma de decisiones familiares, la administración del patrimonio familiar, la entrada de ingresos al hogar, etc. perdiendo una parte de su rol de “matrona”. El hombre ha asumido una parte de ese papel de “matrona” que la mujer ha dejado, participando activamente en las labores domésticas del hogar, en el cuidado y educación de los hijos, participando de las decisiones “caseras”, etc.

El rol de los abuelos también ha cambiado. Tradicionalmente los abuelos asumían el papel de “cuidadores” de los nietos y su papel era entendido como los que ayudan a sus hijos a sacar adelante a la prole.<sup>31</sup> Actualmente y sobretodo en los núcleos urbanos las familias son más reducidas y están más desmembradas. El contacto y la comunicación intergeneracional son menores. El viejo no puede seguir a sus nietos en la carrera tecnológica y muchos menos “navegando por internet”, por una parte el avance tecnológico es mucho más rápido que la capacidad de asimilación de la mayoría de los adultos y por otra el viejo quiere ser abuelo a la antigua usanza, como su abuelo lo fue con él. En muchos casos los viejos resienten la pérdida de la comunicación intergeneracional sobretodo aquellos que recuerdan las buenas relaciones con sus propios abuelos y se percatan de la imposibilidad de tenerlas con sus nietos.<sup>32</sup>

En esta etapa de la vida cambia el rol del viejo como progenitor, y si durante años mantuvo el papel del padre que ha velado por sus

---

<sup>31</sup> Arsuaga, Juan Luis, *La Hipótesis de la Abuela*, en El País.

<sup>32</sup> Castellanos, *ob. cit.* (3+), p. 29.



hijos, que ha sido cabeza de familia, el que ha tomado las decisiones, el que tiene y asume las responsabilidades, de pronto tiene que declinar en sus familiares más cercanos todas estas funciones. De ser el “cuidador” pasa a ser el “cuidado”.

La familia a través del afecto, el contacto cercano y la aceptación amoroso, le proporciona al viejo las herramientas para que él mismo acepte su propia vejez y descubra su dimensión personal. “Si el amor es lo único que puede llenar de felicidad el corazón del ser humano, la familia es la institución que mejor puede ofrecer esta experiencia afectiva”.<sup>33</sup>

### 3.6.2. La edad de las pérdidas

Al decir la edad de las pérdidas, nos referimos a este ámbito de las relaciones sociales, segundo en importancia, que está conformado por los amigos y aquellas personas con quienes compartimos parte de nuestra vida. Le llamamos la edad de las pérdidas porque es en la vejez cuando se empiezan a perder los amigos de “toda la vida” tanto por muerte como por cambio de domicilio.

El viejo tiene que enfrentarse al proceso del duelo, éste se ha descrito en tres fases.

La primera fase viene después de una separación o la muerte de un ser querido, en esta fase el individuo entra en una etapa de desequilibrio sintiéndose perplejo ante la nueva situación. Todos sus impulsos están dirigidos hacia el objeto perdido pero se ven frustrados por la ausencia del mismo. Recurre a los mecanismos de defensa, entre los que prevalece la negación. Al mismo tiempo busca culpables a su alrededor y expresa ingratitud hacia los que tratan de consolarlo.

En la segunda etapa, se ve atenuada la conducta derivada de la creencia de que el objeto perdido sigue presente y de la falsa esperanza de reunirse con él. La desesperanza persiste y la conducta se desorganiza al no tener objetos para estructurarse. En esta fase

---

<sup>33</sup> López Azpitarte, *¿La Edad Inútil?*, pp. 61-62.

se acepta la pérdida y por este motivo, la tristeza y aflicción aparecen en toda su magnitud.

Con la tercera fase se completa el trabajo del duelo, lográndose un nuevo estado en el que se lleva a cabo una reorganización, en parte en función del objeto perdido y en parte en relación con nuevos objetos externos. La conducta se reorganiza y el individuo se siente en condiciones de aceptar la distracción y retomar sus hábitos. El objeto pasa entonces a ser motivo de una evocación cariñosa pero lejana: el duelo ha terminado, ya que el individuo ha logrado “matar al muerto”, según la expresión de Lagache.

El duelo es un fenómeno normal y necesario para preservar el equilibrio emocional. La duración de este proceso depende de factores tales como la personalidad del sujeto, las circunstancias de la pérdida, la actitud del entorno del doliente y el contexto sociocultural en el que éste se desenvuelve.

Sin embargo en el adulto mayor el proceso del duelo puede verse perturbado en la tercera etapa, prolongándose ésta en forma desproporcionada, con una sensación agobiante de tristeza sin fin. La dificultad principal en los viejos, reside en la aceptación de nuevos objetos o sus equivalentes que sustituyan al objeto perdido.<sup>34</sup>

Al adulto mayor le cuesta reponerse de estas pérdidas debido a su dificultad para adaptarse a nuevas situaciones. El viejo es un espectador pasivo y ve cómo desaparecen de la película de su vida actores que para él han sido fundamentales. Le cuesta encontrar a nuevas personas que asuman esos roles, y aquí llegamos al punto más conflictivo de esta situación.

La muerte no es más que otra parte de nuestro existir, así que en cierta manera todos sabemos que nos enfrentaremos a ella en un momento u otro. El joven resiente la pérdida de un amigo cercano, hay pérdidas que son imposibles de suplir pero que sí se pueden “sobrellevar” con la adquisición de nuevos amigos. El joven no tiene problema en adquirir nuevas relaciones. Estas pérdidas representan una brecha en la vida del adulto mayor y se reducen sus oportunidades para intimidar, pierde el contacto físico y la presencia personal

---

<sup>34</sup> Krassoievitch, *ob. cit.* (4), p. 92.

de sus relaciones generándose entonces sentimientos como el abandono, la soledad <sup>35</sup> y la depresión que se traducen en síntomas físicos como: inactividad, insomnio, pérdida de apetito o exacerbación de enfermedades previamente existentes.

### 3.6.3. Concepto social del viejo

Queremos hablar en este tercer punto sobre las características de la relación que se establece entre la sociedad y la tercera edad. En el punto 3.2. hemos hablado ampliamente sobre la importancia del rol del viejo en la antigüedad pero es oportuno volver a revisar el tema.

El viejo ha sido durante siglos el depositario y transmisor de las experiencias y la sabiduría de la familia o clan. En tiempos donde eran muy pocos los que sabían leer y menos aún los que tenían un libro a su alcance, la tradición oral era el único modo de preservar y transmitir los conocimientos. Su sabiduría era la que se puede acumular durante toda una vida, transmitir su experiencia y preservar las tradiciones que darán continuidad al clan era parte de ese papel trascendental. La sociedad veneraba a sus viejos y eran en muchos casos órgano consultivo de la tribu o el pueblo, los que ayudaban a resolver los conflictos y a tomar las decisiones importantes. También era la gente adulta la que transmitía los conocimientos acerca de los oficios, los oficios se aprendían trabajando.

Ha sido el siglo XX el que ha traído los adelantos técnicos, la educación para todos (o casi todos, ya que aún hay zonas de nuestro planeta donde los niños no pueden acceder a una escuela), los títulos profesionales tan necesarios para poder ejercer una profesión; las bibliotecas públicas al alcance de la población; la radio como transmisora de noticias, actualidad, conocimientos y foro de discusión de temas de interés; las revistas, magazines, periódicos y publicaciones en general se han hecho cada vez más accesibles a la población; los libros de consulta son habituales en los hogares de los países

---

<sup>35</sup> Carnevali, D. L. y Patrick, M., *Tratado de Geriatria y Gerontología*, pp. 270-272, 337.

industrializados; la televisión que bombardea de imágenes y conocimientos a nuestros niños y jóvenes. Más recientemente el mundo de la informática ha venido a revolucionar todos los esquemas de la educación, discos compactos de doce centímetros de diámetro almacenan más información que varios tomos de libros, redes que permiten el acceso a información de los lugares recónditos y lejanos del planeta, foros en línea donde puedes conocer a gente de diferentes razas, culturas, países y lenguas, en resumen información, información e información. Todos estos adelantos, vitales y necesarios que permiten que el hombre se sienta ciudadano del mundo han usurpado el papel del viejo.

Mucho se ha hablado de esto, Cowgill y Holmes (1972) ya describieron esta depreciación del rol del viejo frente al impacto de la modernización.

Las sociedades modernas han sido pensadas y diseñadas para gente joven y productiva, el viejo ha quedado relegado por valores socioculturales que reflejan una imagen negativa del envejecimiento, situación que es más notoria en los países llamados industrializados donde los valores, las necesidades y los servicios se miden invariablemente en términos de inversión y de ganancia económica.<sup>36</sup>

No debemos olvidar que adulto mayor tiene la capacidad de sentir, pensar, razonar y producir, que el tiempo le ha brindado experiencia y sabiduría, que ha formado una familia y que ha venido colaborando con la comunidad y la sociedad y por lo tanto tiene derecho a que el sistema social le brinde el apoyo y la oportunidad de vivir una vejez integrada, participativa, digna y plena.

Nos encontramos ante un mundo regido por intereses económicos, las decisiones tanto políticas, como laborales se toman más por consideraciones económicas que éticas o morales. La jubilación es una más de estas decisiones, se considera un regulador de las fuentes de trabajo. El adulto mayor que toda su vida ha producido deja paso a las nuevas generaciones en la vida laboral.

---

<sup>36</sup> Conferencia Interamericana de Seguridad Social, *El Adulto Mayor en América Latina*, pp. 40-41.

El individuo enfrenta la jubilación al mismo tiempo que está en el proceso de aceptación de su vejez. La jubilación implica un cambio en la posición social, muchas horas de ocio gozado, así como la pérdida de una tarea, a veces apreciada, a veces aburrida y otras detestada pero siempre incluida dentro de una determinada organización de la vida. La jubilación, además, implica rompimiento de los vínculos que se tenían en el trabajo y, por lo tanto, un empobrecimiento del mundo relacional.<sup>37</sup> Socialmente se ha considerado el rol del jubilado como un rol sin rol, porque la sociedad contemporánea no le reconoce un papel social, haciendo sentir al adulto mayor como improductivo y rezagado.

Atchley describe el proceso de jubilación en siete fases.

*Fase remota:* comprende el lapso entre el inicio de la vida laboral hasta la aproximación de la jubilación, en este período no existen programas para ir preparando al adulto.

*Fase de cercanía:* se presenta cuando la jubilación es inminente y el individuo se tiene que confrontar con ella como un hecho real. La persona tiende a fantasear las modalidades de su vida de jubilado; estas fantasías son adaptativas cuando no están demasiado alejadas de la realidad.

*Fase de luna de miel:* es la que sigue inmediatamente después de la jubilación, la persona trata de hacer todas las cosas que anteriormente no pudo hacer, hay una ligera euforia y entrega a su libertad recién adquirida. Si goza de una buena salud y de recursos económicos es cuando el adulto mayor planea y realiza viajes, hace deportes y asiste a actos sociales; pero cuando no goza de estos privilegios esta etapa es mucho menos intensa. Su duración es variable y tarde o temprano su ritmo se apacigua y la vida se vuelve muy rutinaria.

*Fase de desencanto:* pasada la euforia y las actividades anteriores, llega el desencanto y con ello, por lo general, la depresión. Es importante recalcar que algunos adultos mayores no logran superar esta fase y pueden caer en una depresión profunda, lo cual se ve ligado por lo general con un estado de salud deficiente, escasos re-

---

<sup>37</sup> Moragas, *ob. cit.* (12), pp. 161-172.

cursos económicos, dependencia marcada de terceros, pocas opciones de actividades, otras pérdidas de papeles, etc. Las personas se sienten estafadas por la sociedad a la que ha entregado su vida laboral.

*Fase de reorientación:* las personas que lograron superar la fase anterior, desarrollan opciones que conllevan actividades de tipo social, como son: grupos de ancianos, programas que ofrece la comunidad, en general con el apoyo de familiares y amigos.

*Fase de estabilidad:* las actividades se hacen más rutinarias, lo que les permite llevar una vida más satisfactoria y tranquila.

*Fase de terminación:* el papel de jubilado puede terminar con la muerte, con una enfermedad o invalidez, con la pérdida del ingreso económico o con un trabajo de tiempo completo con lo que se deja el rol de jubilado.<sup>38</sup>

Es importante que el individuo jubilado reorganice su vida, sus actividades y a veces sus metas y valores, a pesar de la resistencia de las personas cercanas, y así poder asimilar de la mejor manera cada una de estas etapas. La familia y los amigos juegan un papel fundamental ya que siempre van a ser pilares de soporte.

Cuando el adulto mayor logra un ajuste ante esta nueva situación, la jubilación puede ser más exitosa. Existen algunos factores personales importantes para facilitarlos, como son: el estado de salud, cuantía económica de la pensión, motivación e interés de los jubilados para realizar actividades habituales o nuevas. De aquí la importancia de esta transición trabajo-jubilación en donde juega un papel muy importante fomentar la prevención de las enfermedades y desarrollo de hábitos de salud, revalorización de las pensiones y preparación para la jubilación. "Evidentemente la alternativa a este planteamiento debe partir de la propia sociedad: los individuos componentes de los grupos sociales deben diseñar y resolver proyectos de vida más amplios en los que tengan cabida diferentes concepciones de los valores y de la propia vida, para ser capaces de desarrollar nuevos códigos relacionales y, por tanto, para que cada uno de estos individuos tenga

---

<sup>38</sup> Krassoievitch, *ob. cit.* (4), pp. 48-52.

oportunidad de vivir pudiendo satisfacer sus aspiraciones y necesidades".<sup>39</sup>

### 3.7. Las opciones de vivienda del adulto mayor

En nuestra vida diaria es importante tener un entorno en donde se puedan realizar las necesidades biológicas y las actividades de tipo social, las personas mayores están mucho más apegadas a este entorno y su pérdida les lleva a tener alteraciones de la conducta y puede ocasionar alteraciones en la salud. Ante la pérdida de este territorio propio ya sea por traslado a una residencia o al domicilio de familiares aparece en el adulto mayor un comportamiento de agresividad que puede terminar en un estado de agotamiento y tristeza, por eso es importante que el viejo continúe en su mismo domicilio o por lo menos en la misma zona, de otra manera aparecerá inseguridad, angustia y temor.<sup>40</sup>

Un alojamiento adecuado y un ambiente físico agradable son necesarios para el bienestar de todo el mundo. La vivienda influye directamente en la calidad de vida. Para muchos adultos mayores los recuerdos y el pasado se materializan en sus pertenencias, que van ligadas a su residencia. La mayoría de viejos se ven forzados a cambiar de residencia (ya sea a un asilo, ya sea a otra vivienda), generalmente influidos por sus familiares. Las razones para estos traslados acostumbra a ser de orden económico, de salud, de distancia, de soledad, de funcionalidad, etc.

Existen varias opciones para resolver el tema de la residencia del adulto mayor, mencionaremos cada una de ellas intentando analizar las ventajas y desventajas de cada opción.

**Seguir residiendo en "su" casa.** Es la opción más deseada por la mayoría de los ancianos. Los adultos mayores no desean cortar con su vida anterior, su vivienda representa para ellos su pasado, sus

---

<sup>39</sup> Laforest, *ob. cit.* (2), p. 10.

<sup>40</sup> Piedrola Gil, P. y otros, *Medicina Preventiva y Salud Pública*, p. 1168.

costumbres y en el hogar reside, junto con ellos, la historia de su vida. Por otra parte están familiarizados con su entorno, en ese barrio está su iglesia, conocen a los vecinos, saben donde abastecerse, en definitiva se sienten en un ambiente conocido donde saben desenvolverse. El hecho de seguir en su casa les da la oportunidad de continuar activos, seguir con las mismas responsabilidades de siempre, la administración de la casa sigue dependiendo de ellos, mantener la despensa sigue siendo su responsabilidad, siguen tomando las decisiones de antaño, o sea que su vida no cambia. Este estar activo les ayuda a dar un sentido a su vida, se sienten útiles.

Un factor importante para que esta situación pueda existir es el económico. El individuo que no ha sido o no ha podido ser previsor y acumular un ahorro para su vejez no puede ser autosuficiente en lo económico ya que las pensiones no alcanzan para mantener una casa y vivir. Estos viejos necesitan del apoyo de los familiares para seguir siendo independientes. No todos los viejos cuentan con el apoyo económico necesario, son pocos los que se pueden considerar autosuficientes. Los que no tienen este apoyo se ven en la necesidad de renunciar a esta independencia.

Otro factor que dificulta esta opción son las discapacidades propias de la vejez que ponen en riesgo al adulto mayor. Los accidentes son frecuentes entre las personas de edad, como ya hemos visto disminuyen las capacidades físicas y los movimientos se vuelven más torpes y lentos. Este inconveniente se puede salvar fácilmente con un programa de protección en la vivienda. Esta opción, generalmente de bajo costo y fácil aplicación requiere, como mínimo, de medidas de protección en el baño, cocina y dormitorio y evita alto número de accidentes caseros.<sup>41</sup>

**Mudarse a la vivienda de un familiar.** Esta es una de las opciones posibles cuando no hay los suficientes recursos económicos para que el viejo siga en su casa o cuando las discapacidades son grandes y el viejo necesita atención especial.

---

<sup>41</sup> OPS, *ob. cit.* (14), p. 72.



Por una parte el viejo no se separa de su núcleo familiar y esto puede ser positivo cuando el anciano que llega a un hogar es “deseado”, en ese caso recibirá protección, cuidado y muestras de afecto e incluso algunas veces se le sobreprotegerá de una manera negativa. Esta situación de aceptación es positiva ya que ayuda a que el anciano adopte nuevos papeles a desempeñar dentro del entorno familiar como colaborar en el cuidado de los nietos, en las tareas del hogar e incluso, cuando su capital se lo permite, colaborar en el sostenimiento del hogar.

Cuando el viejo llega al hogar familiar de una manera forzada, porque “no queda de otra”, la situación se puede volver muy violenta. La familia siente que el anciano es una carga para ellos, que coarta su libertad, que es un estorbo más que una ayuda. El viejo se da cuenta de ello y se siente relegado. Cuando se llega a esta situación la experiencia fracasa ya que el anciano y la familia se rechazan mutuamente. En estas circunstancias el viejo resiente mucho más el cambio de domicilio, las pérdidas que para él representó el cambio de casa son magnificadas.

En algunos casos y en estratos sociales de clase media baja ocurre una situación inversa, son muchos los matrimonios jóvenes que por falta de recursos tienen que mudarse a la casa de los padres. Aquí los papeles cambian y la convivencia funciona mucho mejor ya que el viejo no se siente acogido o asilado en casa de los hijos y no es carga para nadie. Esta situación es mucho más parecida a la del viejo que sigue en su casa.

**La residencia de ancianos.** Anteriormente las personas cuidaban a sus familiares en sus hogares, las expectativas de vida eran de 50 a 60 años, hoy en día y gracias a los adelantos médicos estos promedios son mucho más altos, por lo que podríamos decir que en muchas ocasiones un viejo cuida a otro viejo. Una razón para recurrir a la residencia de ancianos es que el viejo necesita más cuidados de los que sus familiares pueden ofrecerle. No hay mejor lugar para proporcionar estos cuidados que una residencia especializada. El problema con el que se enfrenta el viejo es esa imagen negativa

de la residencia de ancianos que persiste para mucha gente, sobre todo entre los viejos “asilo de ancianos sin medio de subsistencia”.

Tomar la decisión de llevar a un familiar a una residencia es un proceso difícil, por lo general ya se probaron distintas alternativas en los estilos de vida que no han funcionado; la familia se enfrenta a sentimientos encontrados: por una parte se sienten aliviados de haber tomado la decisión y por otro lado hay un sentimiento de culpa por delegar tareas tan abrumadoras a otras personas.

Para el anciano el paso a un asilo significa una adaptación difícil y su capacidad de respuesta dependerá del estado en que se encuentre. Su adaptación requiere tiempo y energía por parte de la familia, de los demás residentes y del personal. La mayoría de las veces es un proceso doloroso, pero el hecho de llevarlo a un asilo no significa el final de una relación, el viejo sigue siendo un miembro de la familia. Aunque según Meza, “la mayoría de los ancianos recluidos en los asilos mexicanos viven este confinamiento debido a que sus familiares los consideran un estorbo en el marco de la vida familiar, a lo que se agregan, a veces, razones de tipo económico”.<sup>42</sup>

El ingreso a un asilo implica un gran cambio, por un lado los hombres temen someterse al reglamento estricto de estas instituciones y perder de alguna forma esa libertad de la cual gozaban, la cual posteriormente se traducirá en una mayor dependencia y con un mayor deseo de ser cuidados y atendidos y tienden a demostrar personalidades más expresivas y afectivas. En cambio la mujer le tiene miedo a esa masificación, a perder sus actividades, al debilitamiento de los contactos familiares, pudiendo llegar la separación de ésta. Pero con el paso del tiempo llegan a agradecer el orden, la seguridad y la estabilidad que observan y viven convirtiéndose en mujeres más autónomas y agresivas. La mujer pasa por un proceso de socialización, que le ayuda a una adaptación más rápida.<sup>43</sup>

Con el ingreso a una residencia de ancianos el viejo puede perder sus responsabilidades, puede llegar a estar sobreprotegido, en la mayoría de residencias las ocupaciones diarias del hogar son realiza-

---

<sup>42</sup> *Ibidem*, p. 53.

<sup>43</sup> *Ibidem*, p. 3.

das por el personal de intendencia, los ancianos sobre todo las mujeres dejan su rol de amas de casa y la desocupación es mala compañera. Por otra parte al anciano se le abren muchas posibilidades para ocupar su tiempo libre, las opciones en la casa hogar son muchas, talleres, conversación con amigos y vecinos, paseos, actividades recreativas, etc.

La residencia es una buena opción en cuanto al cuidado especializado que se le puede brindar al anciano, aunque en algunos casos este cuidado deja bastante que desear y el personal a cargo de los ancianos no está capacitado y los recursos no son los suficientes para hacer frente a las necesidades. Lo que hasta ahora a estado bien como labor caritativa ha rebasado ese nivel y para la adecuada prestación de servicios se necesita la adecuación de la infraestructura y la participación de personal calificado.<sup>44</sup>

### **3.8. Nuevos retos para enfermería**

Los cambios que han sufrido las estructuras y las necesidades sociales en los últimos años, han influido de manera importante en el desarrollo de la enfermería, marcando las directrices a seguir de esta disciplina.

La atención de la población creciente de ancianos se hace cada vez más prioritaria. Existe una gran brecha entre las necesidades de los ancianos y los servicios disponibles para la tercera edad. La atención a los ancianos se centra en el tercer nivel, muchas de las camas hospitalarias están ocupadas por ancianos con enfermedades crónicas que son atendidos de manera deficiente en sus hogares. En el futuro enfermería trabajará en el ámbito de la comunidad y en la familia. La atención primaria será el espacio en el que la futura enfermería encuentre su campo de actuación. La enfermera deberá estar formada y dispuesta, a su vez, a aprender constantemente. Incluso tendrá que especializarse. Hay colectivos como el de los ancianos o el de las

---

<sup>44</sup> Luis Miguel Gutiérrez Robledo, *Relación entre el Deterioro Funcional y el Grado de Dependencia y las Necesidades Asistenciales de los Adultos Mayores en México*, p. 41.

personas que sufren depresiones, cada día más amplios que requieren cuidados específicos.

Ya hemos dicho que la mejor opción es que el adulto mayor permanezca en su hogar, por lo tanto enfermería tendrá que dar respuesta a esa necesidad siendo consciente que deberá trabajar en equipo con el resto de los actores del equipo sanitario.

La práctica de la enfermera gerontológica debe estar basada en el conocimiento del proceso normal del envejecimiento, en los cambios esperados por ese hecho y a los problemas de salud que con mayor frecuencia se observan. La enfermera debe brindar una asistencia integral al adulto mayor para facilitar su proceso de adaptación a las nuevas condiciones que encuentra en el ambiente comunitario. También es importante que tengan una visión completa de cómo el adulto mayor se desenvuelve en sus actividades de la vida diaria, tomando en cuenta no sólo al individuo, sino a la familia y su comunidad.

Es papel importante de la enfermera favorecer el mantenimiento de la independencia en las actividades básicas cotidianas, reeducando a la población para eliminar hábitos inadecuados y adquirir los que permitan la convivencia en una sociedad limitada.

La atención geriátrica debe tener como objetivos la prevención del deterioro funcional, la mejoría de la calidad de vida a través de la prevención, el diagnóstico y tratamientos oportunos y contribuir a reforzar los lazos de apoyo familiar y la reinserción social del anciano.

Para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, a nivel existencial, es necesario que comprendamos lo que significa ser viejo, estar al final del ciclo de la vida y tener 70 años o más de experiencia sobre los que se pueden meditar. Sólo conociendo como los viejos se ven a sí mismos, como ven su vida y la naturaleza de la ancianidad, podremos acompañarlos en el proceso de envejecimiento.

#### *Palabras claves:*

Adulto Mayor. En Abril de 1994 la organización Panamericana de la Salud decidió emplear el término adulto mayor, significando

personas de 65 o más años de edad, práctica que ya era aceptada por otros organismos como la OMS.

Interacción social. Proceso natural a través del cual el anciano establece algún tipo de relación con la sociedad en la que se desenvuelve; como todo proceso, este es dinámico y en constante cambio.

Institucionalizado: Adulto mayor que vive en una residencia de ancianos que proporciona cuidados a largo plazo.

No Institucionalizado: Adulto mayor que no vive en una residencia de ancianos que proporciona cuidados a largo plazo.

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cómo influye en la interacción social del adulto mayor el hecho de ser o no ser institucionalizado?

## **5. HIPÓTESIS**

Hipótesis Alterna (HA): El adulto mayor institucionalizado demuestra menor interacción social que el adulto mayor no institucionalizado.

Hipótesis Nula (HO): El adulto mayor institucionalizado demuestra igual o mayor interacción social que el adulto mayor no institucionalizado.

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1. Definición de las variables**

#### **6.1. Variable dependiente:**

Interacción social

#### **6.1. Variable independiente:**

Ser o no ser institucionalizado

#### **6.3. Variables intercurrentes:**

Edad

Sexo

Estado civil

Tiempo de estancia en la residencia actual.

Lugar de nacimiento.

Escolaridad.

Dependencia económica

Problemas de salud.

Depresión geriátrica.

Independencia física del adulto mayor.

Parientes



## **6.2. Tipo de estudio**

El presente estudio es:

Comparativo, porque la investigación se realiza en escenarios con diferentes características.

Observacional, porque los registros observacionales se hacen sobre las conductas humanas o características de individuos, acontecimientos u objetos.

Retrospectivo, ya que comienza con la manifestación de la variable dependiente en el presente y después vincula este efecto con la supuesta causa que surgió en el pasado.

Transversal, porque se hace en un momento determinado y es una sola observación.

Descriptivo, se va a ir describiendo lo que vamos a ir encontrando.

## **6.3. Universo de trabajo**

Los sujetos susceptibles a ser incluidos en el estudio son la población de las salas periféricas del Hospital Español y la población geriátrica que acude a las diferentes especialidades de la Consulta Externa del Hospital Español.

## **6.4. Criterios de selección**

### **6.4.1. Criterios de inclusión**

- Personas mayores de 65 años.
- Personas residentes en las salas periféricas del Hospital Español.
- Personas no institucionalizadas que acuden a la consulta externa del Hospital Español.

### **6.4.2. Criterios de exclusión**

- Personas que por problemas mentales no puedan contestar el cuestionario.
- Personas que por problemas psicomotores no puedan contestar el cuestionario.
- Personas que, por voluntad propia, declinen contestar el cuestionario.

### **6.5. Procedimiento para obtener la muestra**

La muestra se obtuvo a través de un procedimiento de muestreo no probabilístico. Se realizó un muestreo de casos consecutivos, es decir eligiendo a cada una de las personas que cumplían con los criterios de selección durante el período que duró la investigación y hasta alcanzar el número de personas requeridas.

### **6.6. Sistema de captación de la información**

Se capturó la información por medio de un cuestionario (ver anexo A). En la elaboración de este cuestionario se incluyeron preguntas o escalas que miden todas las variables en estudio.

A continuación mencionamos que códigos, puntuaciones o escalas se han usado para medir cada una de las variables.

#### **a) Variable dependiente**

Interacción social, la medición de esta variable se ha realizado mediante la Escala de la Interacción Social creada por las investigadoras. Al no encontrar ninguna escala que midiera la variable nos vimos en la obligación de crear una propia. Para la elaboración de esta escala nos basamos en las escalas de Likert usadas habitualmente para cuantificar actitudes y conductas. Los individuos que respondi-

ron el cuestionario recibieron una lista de afirmaciones o preguntas y seleccionaron la respuesta que mejor representó el grado de su opinión. Para probar la eficacia de este cuestionario se realizó una prueba piloto con 36 preguntas (anexo B) entre los residentes de la Casa de Reposo Mateos Portillo, ubicada en la calle Matamoros No. 143, Col. Tlalpan México, D. F., donde la población tiene unas características socioeconómicas similares a la población del Sanatorio Español. Para validar el instrumento se aplicaron 30 cuestionarios piloto entre la población que vive en la residencia de ancianos (institucionalizados). Después de analizar los datos obtenidos tras la aplicación de estos pilotos observamos que habían preguntas repetitivas, de difícil entendimiento y preguntas que arrojaban datos no significativos.

Después de corregir el cuestionario piloto se volvió a aplicar entre 30 personas que asisten a la casa de día que se encuentra en esta misma institución (no institucionalizados). Después del análisis de los resultados de la aplicación del segundo piloto el cuestionario quedó reducido a 16 preguntas.

La suma de la puntuación obtenida en la aplicación de esta escala nos dio cifras que se clasificaron de la siguiente manera: Interacción social baja de 16 a 26 puntos, interacción social media de 27 a 37 puntos y interacción social alta de 38 a 48 puntos.

#### *b) Variable independiente*

Institucionalizado, las respuestas a la pregunta que mide esta variable se codificaron de forma numérica para poder tabularlas y analizarlas estadísticamente. Los códigos numéricos usados fueron "1" para la respuesta si y "2" para la respuesta no.

#### *c) Variables intercurrentes*

c.1. Edad, la medición de esta variable se realizó creando rangos de edades, a cada rango se le asignó, en el momento de tabular los datos, un código numérico.

c.2. Sexo, esta variable se midió otorgando a cada una de las respuestas un código numérico siendo: "1" para femenino y "2" para masculino.

c.3. Estado civil, para su medición se asignó un código numérico a cada una de las respuestas siendo: "1" soltero/a, "2" casado/a, "3" viudo/a, "4" separado/a.

c.4. Tiempo de estancia en la residencia actual, se creó un rango de años y se otorgó a cada uno de ellos un código numérico siendo: "1" menos de un año, "2" de uno a cinco años, "3" de seis a diez años, "4" más de 11 años.

c.5. Lugar de nacimiento, para su medición se asignó un código numérico a cada una de las respuestas siendo: "1" México, "2" extranjero.

c.6. Parientes, para su medición se asignó un código numérico a cada una de las respuestas siendo "1" si y "2" no.

c.7. Escolaridad, para su medición se asignó un código numérico a cada una de las respuestas siendo: "1" primaria, "2" secundaria, "3" preparatoria, "4" estudios universitarios, "5" estudios técnicos.

c.8. Dependencia económica, para su medición se asignó un código numérico a cada una de las respuestas siendo: "1" autosuficiente, "2" parcialmente dependiente, "3" totalmente dependiente.

c.9. Problemas de salud, para su medición se asignó un código numérico a cada una de las respuestas siendo: "1" no tengo problemas de salud, "2" problemas del sistema circulatorio, "3" problemas del sistema músculo-esquelético, "4" diabetes, "5" otros.

c.10. Depresión geriátrica, para valorar los síntomas de depresión geriátrica de la población incluida en la muestra se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) que mide la presencia de síntomas depresivos en el anciano. La suma de la puntuación obtenida en esta escala nos dio cifras que se clasificaron según la escala: de cero a diez puntos normal, de 11 a 20 puntos depresión leve y más de 21 puntos depresión grave.

c.11. Independencia física del adulto mayor, para la medición de esta variable se utilizó la Escala de Actividades de la Vida Diaria de Katz (1963). La suma de las puntuaciones obtenidas nos propor-

cionó cifras que clasificamos según corresponda: de cero a 40 puntos dependiente, de 41 a 60 puntos interdependiente y de 61 a 100 puntos independiente.

Para objetivar uno de los criterios de selección “se excluyen los adultos mayores que por problemas mentales no pueden contestar el cuestionario” se incluyó al principio del cuestionario una escala de evaluación mental. Cada una de las preguntas contestadas obtuvo una puntuación del uno al diez, siendo los resultados: de cero a tres confusión severa, de cuatro a seis confusión moderada, de siete a ocho confusión mínima y de nueve a diez lúcido. Sólo se incluyeron en la investigación las personas que obtuvieron una puntuación de nueve a diez.

### **6.7. Ámbito geográfico**

Sociedad de Beneficencia Española  
Ejército Nacional No. 613  
Col. Polanco  
11560 México, D. F.  
Tel. 52-03-37-35

### **6.8. Recursos humanos**

Los cuestionarios fueron aplicados por las investigadoras.

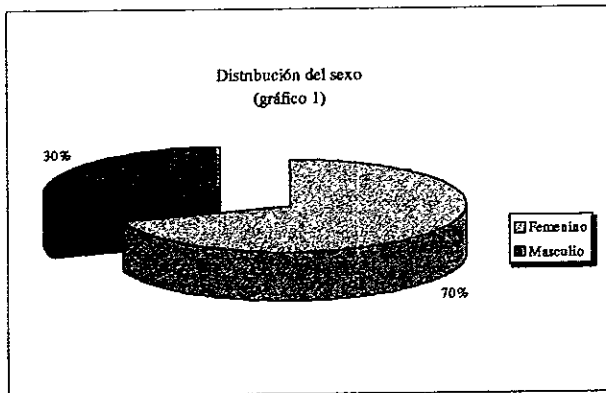
## 7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Expondremos aquí los resultados obtenidos después de tabular y analizar los datos encontrados en la presente investigación.

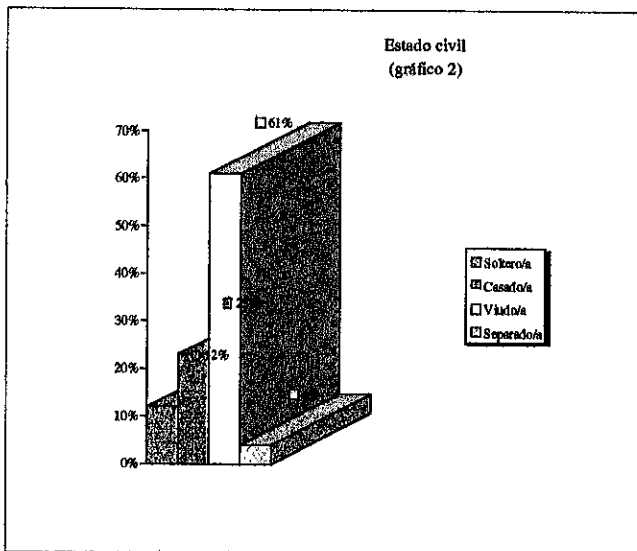
### 7.1. Análisis de las variables

En primer lugar describiremos el comportamiento de cada una de las variables que han intervenido en esta investigación para mostrar un perfil de la población estudiada. Sólo se mostrarán los resultados que a juicio de las investigadoras son significativos. El estudio estadístico completo se encuentra en el Anexo C.

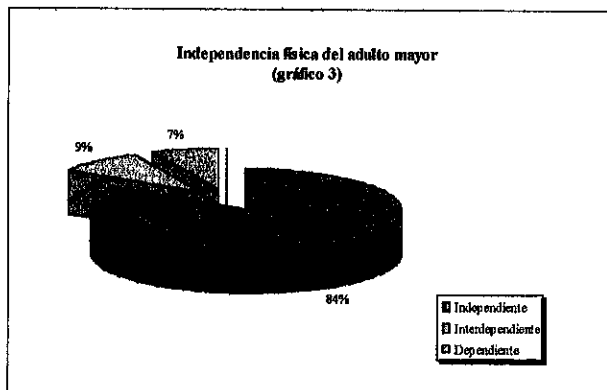
El primer hallazgo significativo se refiere a la distribución de la muestra según el sexo (gráfico 1). Un 70% de los adultos mayores entrevistados son del sexo femenino, mientras que del sexo masculino encontramos un 30%.



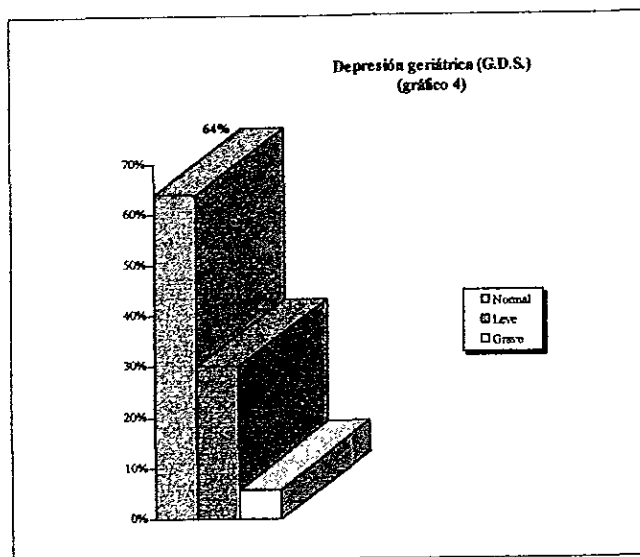
Respecto al estado civil se pone de manifiesto que más de la mitad de los entrevistados (61 por ciento) son viudos, siguiendo un 23 por ciento de casados (gráfico 2).



Tras aplicar la Escala de Actividades de la Vida Diaria de Katz —que mide la capacidad del adulto mayor para realizar de una manera independiente las actividades cotidianas— podemos observar que el 84% de las personas entrevistadas son independientes para realizar dichas actividades (gráfico 3).

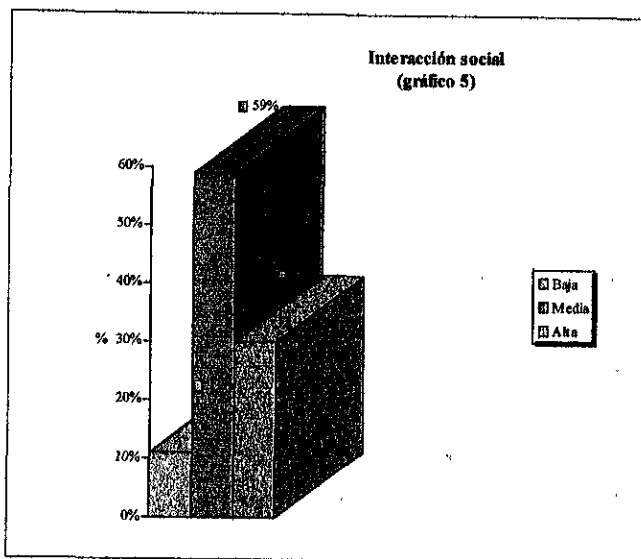


Podemos observar que el 64% de los adultos mayores entrevistados cayeron en el rango de la normalidad cuando se les aplicó la Escala de Depresión Geriátrica (G.D.S.). Un 30 por ciento de ellos están en el rango de depresión leve (gráfico 4). Más adelante observaremos la distribución de esta variable dependiendo del lugar de residencia.



La aplicación de la Escala de Interacción Social entre los adultos mayores entrevistados muestra que más de la mitad de la población (59%) tiene una interacción social media, siguiendo un 30% de la población que demuestra una alta interacción social.



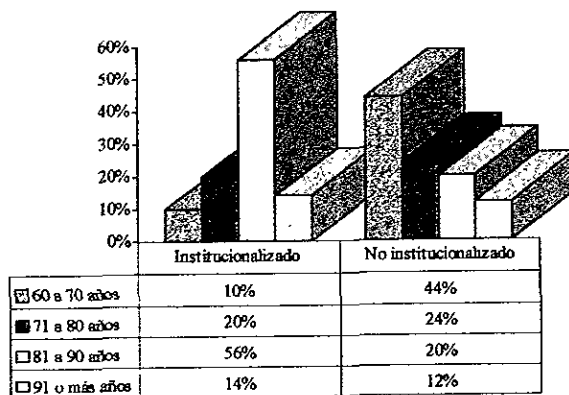


## 7.2. Correlación de variables

Una vez revisados los datos arrojados por cada una de las variables que se han analizado en esta investigación analizaremos la información obtenida de la correlación de variables el cruce de variables entre ellas. En el Anexo C podrán observar las tablas donde están cruzadas todas las variables entre sí, como no todas nos dan información relevante, sólo graficaremos aquellas variables que cruzadas entre sí dan resultados significativos. En primer lugar cruzaremos la variable independiente “institucionalizado” con el resto de variables. En segundo lugar mostraremos los resultados del cruce de algunas variables intercurrentes con la variable dependiente “interacción social” y por último mostraremos el cruce de variables intercurrentes que por los datos obtenidos son significativas.

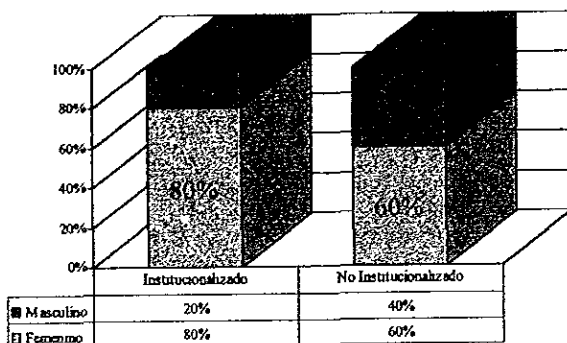
Cabe destacar que el adulto mayor institucionalizado es de mayor edad, el 56 por ciento de ellos están en el rango de edad de 81 a 90 años, que el adulto mayor no institucionalizado, el 44 por ciento de los últimos están en el rango de edad de 60 a 75 años (gráfico 6).

V. Independiente: Institucionalizado V. Intercurrente: Edad  
(gráfico 6)

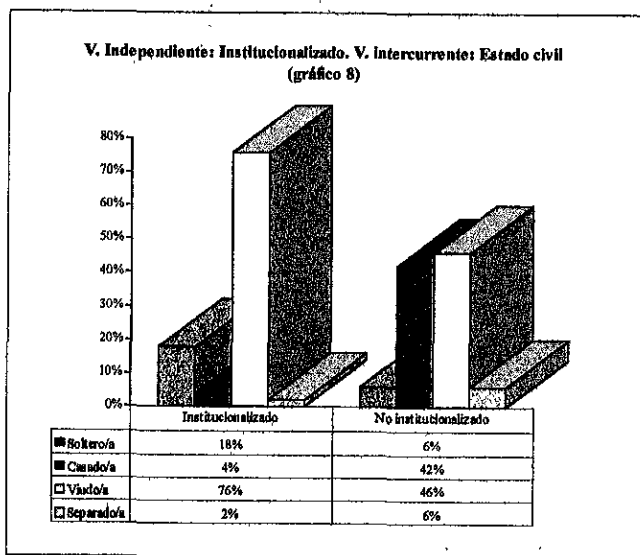


Quando nos referimos a la distribución de sexos respecto al hecho de ser o no ser institucionalizado encontramos que el mayor porcentaje de mujeres se encuentra entre la población institucionalizada. La población institucionalizada es en un 80 por ciento de sexo femenino y la población no institucionalizada es en un 40 por ciento de sexo masculino (gráfico 7).

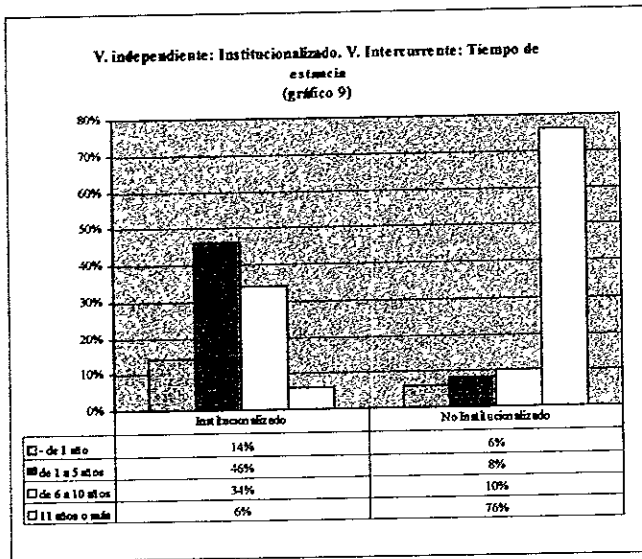
V. Independiente: Institucionalizado, V. intercurrente: Sexo  
(gráfico 7)



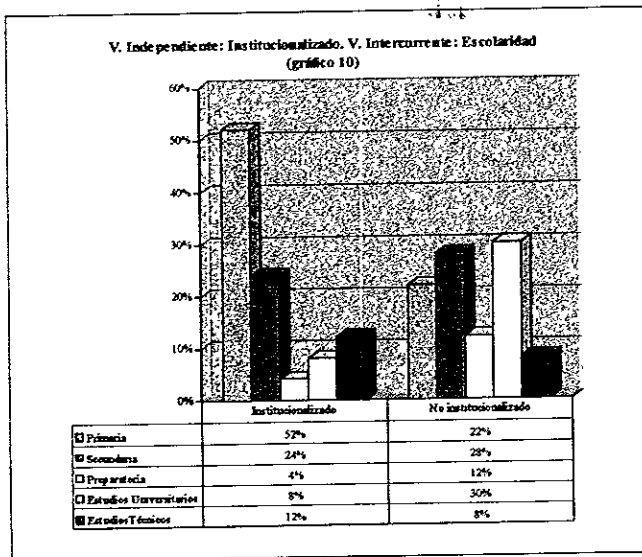
Entre la población institucionalizada predominan claramente los viudos/as mientras que entre la población no institucionalizada empatan los viudos/as y casados/as. En el gráfico podemos observar que entre la población institucionalizada hay un 76 por ciento de viudos/as, mientras entre la población no institucionalizada la incidencia de viudos/as y casados/as es casi similar (42 y 46 por ciento respectivamente) (gráfico 8).



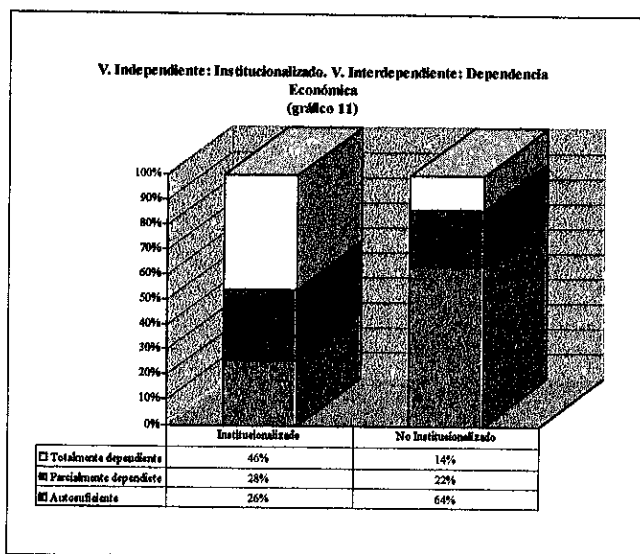
Hemos encontrado que los adultos mayores que no viven en una institución, sino en su propio domicilio, han residido por más tiempo en él que los adultos mayores que residen en una institución. Un 76 por ciento de los no institucionalizados (los que viven en su residencia particular) llevan en ella 11 años o más, mientras que el 46 por ciento de la población institucionalizada ha residido en la institución entre uno o cinco años (gráfico 9).



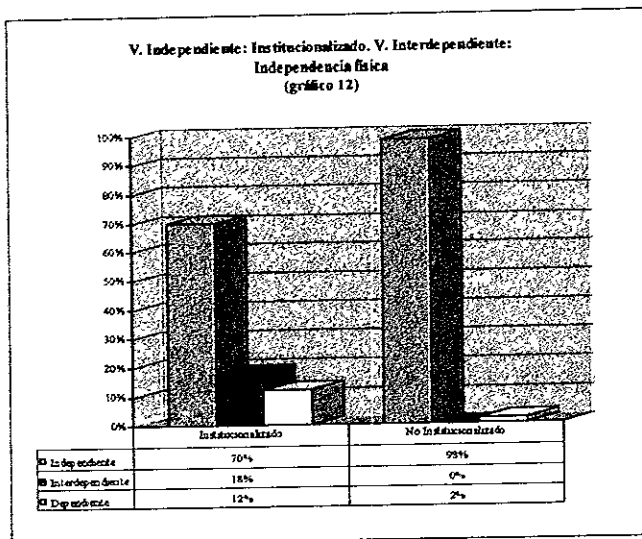
Respecto al grado de escolarización alcanzado por la población cabe destacar que la mitad de población institucionalizada ha cursado educación primaria, en cambio la población no institucionalizada ha accedido a estudios universitarios en un alto tanto por ciento (30) (gráfico 10).



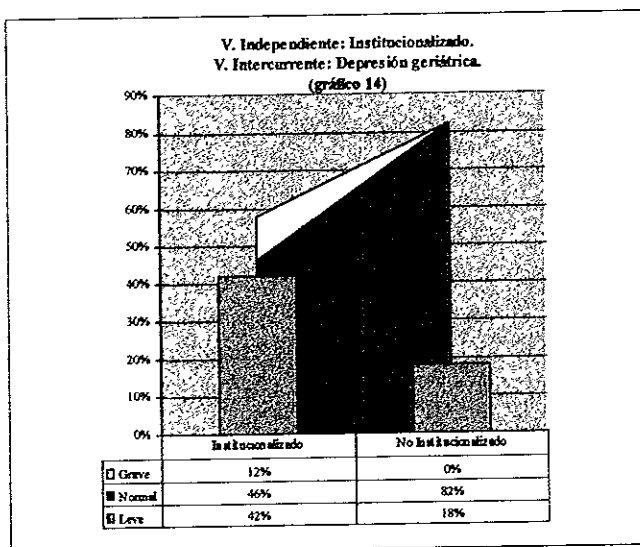
La mitad de la población institucionalizada depende económicamente de alguien, en cambio más de la mitad de la población no institucionalizada es autosuficiente a nivel económico (gráfico 11).



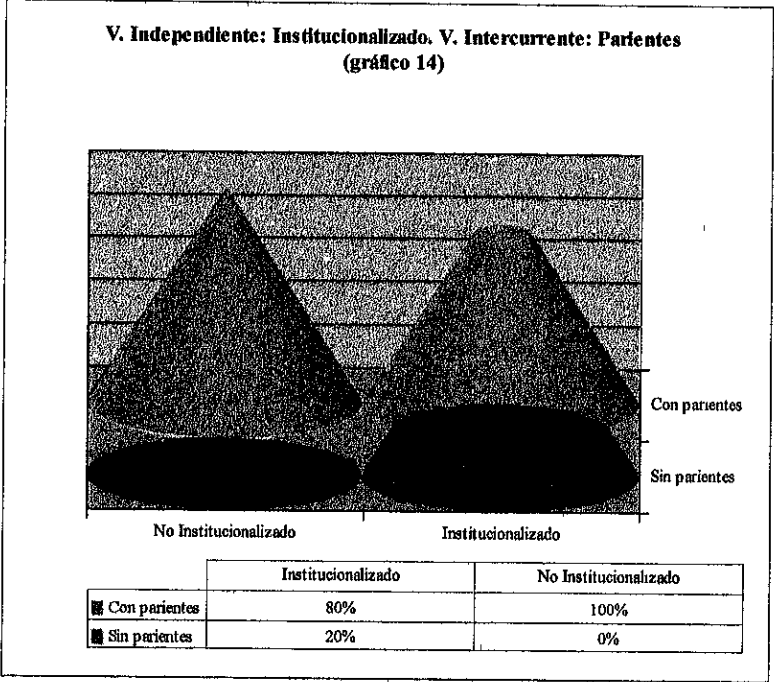
Respecto a la capacidad del adulto mayor de realizar las actividades cotidianas, asearse, vestirse, comer, desplazarse, etc. Encontramos que la población que no vive en una institución es capaz de desenvolverse casi en su totalidad, a diferencia de la población que vive en una institución. De estos últimos encontramos un 70 por ciento que son independientes pero un 18 por ciento que necesitan algún tipo de ayuda para realizar estas actividades (gráfico 12).



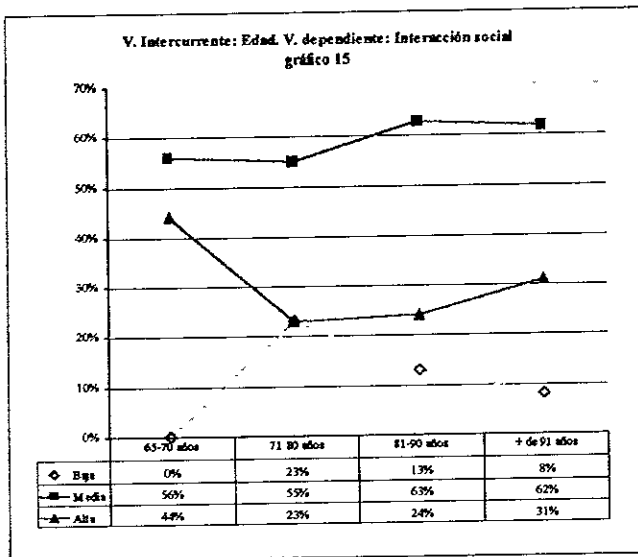
Al analizar los síntomas depresivos de la población estudiada observamos que el 82 por ciento de los no institucionalizados obtienen la mejor puntuación en la Escala de Depresión Geriátrica (G.D.S.), mientras que la población institucionalizada se reparte mayoritariamente entre la depresión leve y el estado de ánimo normal.



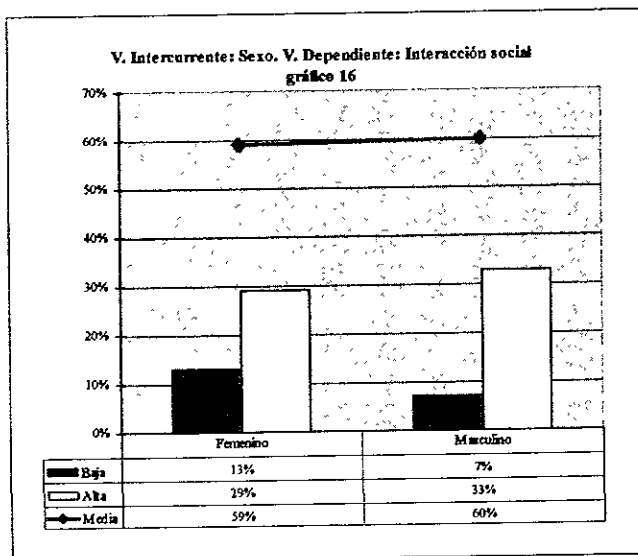
La mayoría de adultos mayores entrevistados tienen parientes, no se encuentra ninguna persona sin parientes entre la población no institucionalizada entrevistada hay en cambio 20 por ciento de la población institucionalizada sin parientes (gráfico 14).



Notamos que entre la población entrevistada los que están en el rango de edad más bajo, de 65 a 70 años, son la población que muestra una interacción social más alta. No hay ningún adulto mayor de 65 a 70 años que tenga una baja interacción social y en cambio demuestran ser el tanto por ciento más alto (44 por ciento) en el resultado alta interacción social.

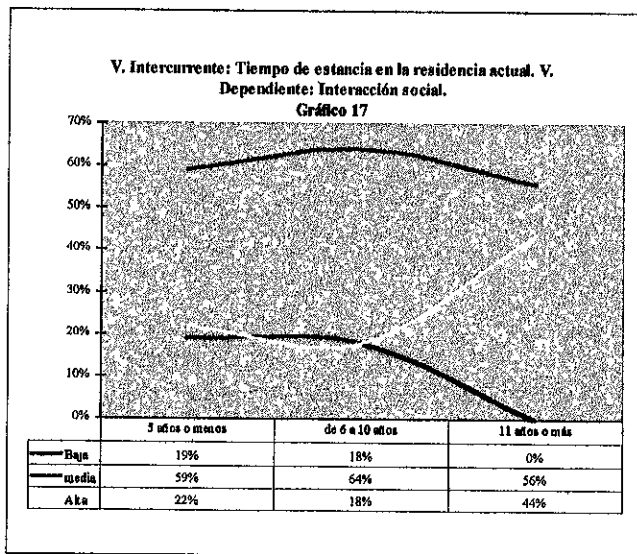


Nos parece importante señalar que el sexo de la población no influye en su interacción social. Como podemos ver en el gráfico 16 el comportamiento de ambos sexos ante la escala de interacción social es prácticamente igual.

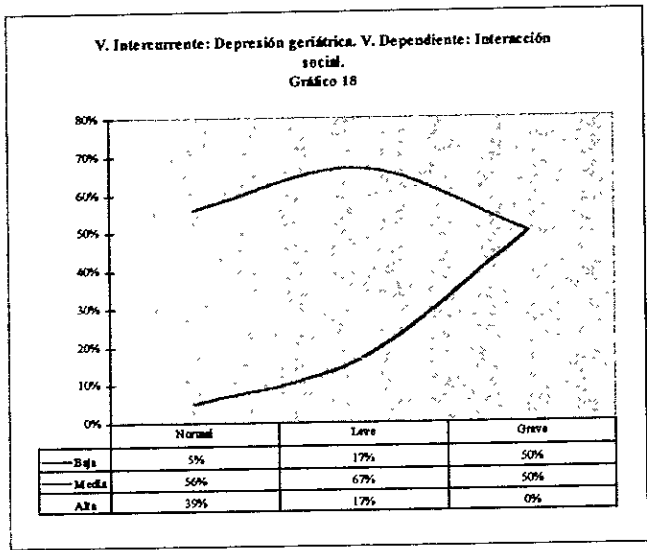




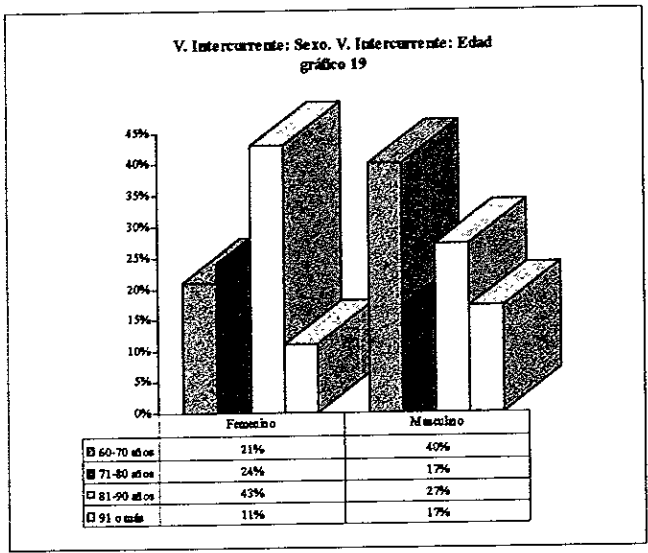
Al cruzar la variable intercurrente “tiempo de estancia en la residencia actual” con la variable dependiente “interacción social” observamos que hay una relación directa entre ambas. A mayor tiempo de estancia en la residencia (entendiendo por esta el lugar donde se vive) mayor interacción social. Esta afirmación queda clara al analizar el gráfico 17 donde la población que tiene el porcentaje más elevado en el rango interacción social alta (44 por ciento) es la que ha residido durante 11 años o más en su residencia actual. El porcentaje más bajo en el rango interacción social baja (cero por ciento) recae en la población que ha residido durante 11 años o más en su residencia actual.



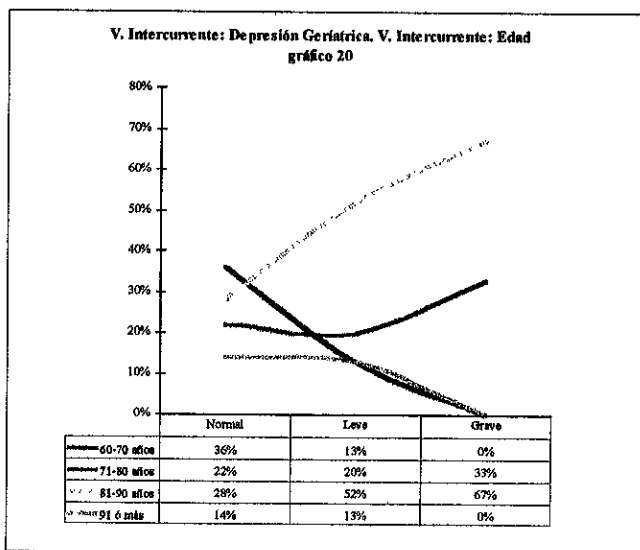
Tras aplicar la Escala de Depresión Geriátrica (G.D.S.) observamos que la población que cae en el rango depresión geriátrica normal tiene el porcentaje más elevado de alta interacción social (39 por ciento) y al rango de depresión geriátrica grave le corresponde el porcentaje más bajo de la alta interacción social (cero por ciento). Respecto a la baja interacción social el porcentaje más alto corresponde al rango de depresión geriátrica grave (50 por ciento), y el porcentaje más bajo al rango de depresión geriátrica normal (5 por ciento).



Respecto a la distribución de sexos por edades encontramos que la población masculina entrevistada es más joven que la población femenina. El porcentaje de la población femenina es de un 43 por ciento en el rango de 81 a 90 años mientras que entre la población masculina un 40 por ciento de la población cae en el rango de 60 a 70 años de edad.

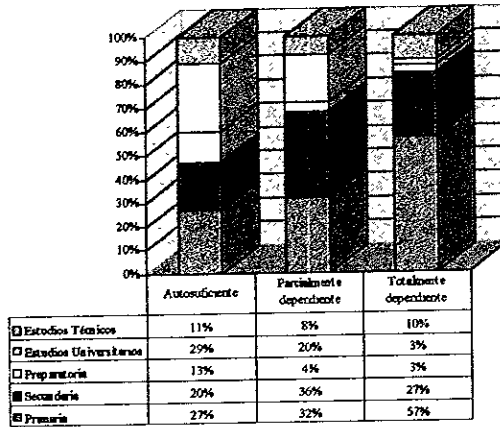


Cuando correlacionamos los resultados obtenidos al aplicar la Escala de Depresión Geriátrica con la variable edad encontramos que, tanto en el rango depresión geriátrica grave como en depresión geriátrica leve es el rango de edad de 81 a 90 años el que obtiene porcentajes más altos (67 y 52 por ciento respectivamente), o sea que es esa edad (de los 81 a los 90 años) donde el anciano adulto demuestra más síntomas de depresión. Es de destacar que los rangos de edad de 60 a 70 años y 91 años ó más son los que se comportan mejor en el gráfico, los dos tienen una curva descendente acabando en un porcentaje cero en el rango depresión geriátrica grave (gráfico 20).



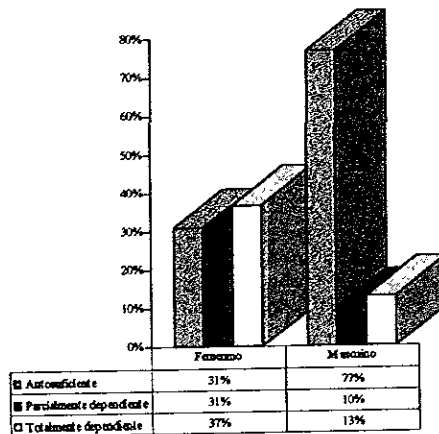
Al correlacionar la variable intercurrente dependencia económica con la variable intercurrente escolaridad observamos que a mayor grado de escolaridad existe una menor dependencia económica. Vemos en el gráfico 21 que hay un 57 por ciento de la población totalmente dependiente que sólo han recibido educación primaria, mientras que un 29 por ciento de la población autosuficiente han cursado estudios universitarios y entre la población parcialmente dependiente encontramos el tanto por ciento más elevado de estudios secundarios (36 por ciento).

V. Intercurrente: Dependencia económica. V. Intercurrente:  
Escolaridad  
gráfico 21

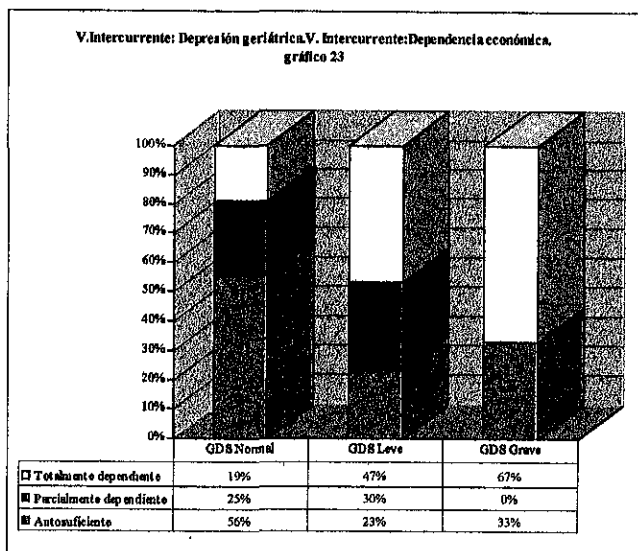


Los hombres son mayoritariamente autosuficientes a nivel económico (77 por ciento) sin embargo la población femenina se distribuye de manera uniforme entre los tres rangos miden la dependencia económica (gráfico 22).

V. Intercurrente: Sexo. V. Intercurrente: Dependencia económica  
gráfico 22



Vemos también que hay relación entre la depresión geriátrica y la dependencia económica. Al cruzar las dos variables observamos que el tanto por ciento de población totalmente dependiente a nivel económico aumenta al empeorar la depresión geriátrica. Si analizamos el gráfico 23 vemos que de la población con depresión geriátrica normal sólo un 19 por ciento es totalmente dependiente, esta cifra aumenta en la población con depresión geriátrica leve (47 por ciento) y llega a su máximo valor (67 por ciento) entre la población con depresión geriátrica grave (gráfico 23).



### **7.3. Correlación de la variable independiente (Institucionalizado) y la variable dependiente (Interacción social)**

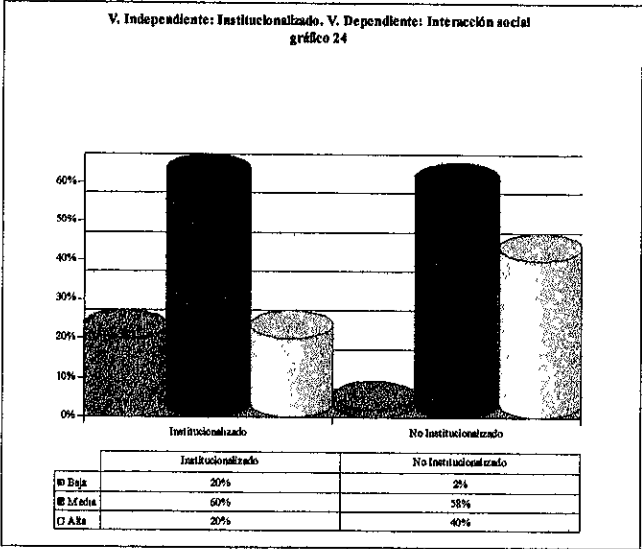
Llegamos finalmente a correlacionar la variable independiente y la variable dependiente. Conviene recordar que la hipótesis alterna (HA) de esta investigación es: El adulto mayor institucionalizado demuestra menor interacción social que el adulto mayor no institucionalizado. Recordamos al lector que las investigadoras crearon una escala para medir la Interacción Social por no encontrar herramientas que sirvieran a este fin. Después de analizar los datos obtenidos en la medición de esta escala encontramos que aproximadamente la mitad de los entrevistados, tanto institucionalizados como no institucionalizados, caen en un rango de interacción social media. O sea interactúan con las personas de su entorno pero con ciertas reservas por su parte.

Respecto a la población que cayó en el rango de interacción social alta encontramos que hay un 20 por ciento institucionalizados y el doble (40 por ciento) no institucionalizados.

Cabe destacar que en el rango interacción social baja encontramos a un 20 por ciento de la población institucionalizada. Este no es un tanto por ciento muy elevado si lo comparamos con el resto de los valores obtenidos entre la población institucionalizada en este cruce de variables. Aunque este 20 por ciento de población institucionalizada con una interacción social baja se torna relevante al compararlo con la población no institucionalizada, de los que tan solo un 2 por ciento caen en el rango de interacción social baja.

Si observamos detenidamente el gráfico 24 y a modo de síntesis observamos que los cilindros de los extremos (los que representan la interacción social alta o baja) se muestran totalmente contrarios. O sea, cuando el valor que representa la interacción social baja entre la población institucionalizada es elevado observamos el comporta-

miento contrario entre la población no institucionalizada (esta población tiene un valor realmente bajo en el rango de interacción social baja). Ocurre exactamente lo mismo cuando analizamos las columnas de alta interacción social, el comportamiento de las columnas que representan estos valores son opuestos.



## 8. Conclusiones

Iniciaremos haciendo un resumen descriptivo sobre las características de la población estudiada.

Un 70% de la población estudiada es de sexo femenino, mientras que el 30% es de sexo masculino. Respecto al estado civil observamos que más de la mitad de los entrevistados son viudos (61%). El 84% de las personas entrevistadas son independientes para realizar las actividades de la vida diaria. El 64% de ellos cayeron en el rango de normalidad cuando se les aplicó la Escala de Depresión Geriátrica y un 30% de ellos manifestaron síntomas de depresión leve. Sobre la Escala de Interacción Social el 59% de los entrevistados tienen una interacción social media, siguiendo un 30% de población con una interacción social alta.

Una vez realizada la correlación de variables encontramos resultados significativos que ahora anotaremos.

Si comparamos los rangos de edad entre la población institucionalizada y la no institucionalizada (gráfico 6) observamos que el adulto mayor institucionalizado es de mayor edad (56% tienen de 81 a 90 años) que el adulto mayor no institucionalizado (el 44% está en el rango de edad de 60 a 75 años). Respecto a la institucionalidad y el estado civil (gráfico 8), observamos que entre la población institucionalizada predominan claramente los viudos/as mientras que entre la población no institucionalizada empatan los viudos/as y casados/as. Al analizar la institucionalidad y el estado de ánimo observamos que el 82% de la población no institucionalizada obtiene mejor puntuación en la escala de Depresión geriátrica (G.D.S.), mientras que la población institucionalizada se reparte mayoritariamente



entre la depresión leve y el estado de ánimo normal. Al correlacionar la depresión geriátrica con los rangos de edad, encontramos que tanto en el rango depresión geriátrica grave como en depresión geriátrica leve es el rango de 81 a 90 años el que obtiene porcentajes más altos. Por lo tanto, es en esa edad donde el adulto mayor demuestra más síntomas de depresión. En la correlación sexo y dependencia económica vemos que los hombres son mayoritariamente autosuficientes a nivel económico. Vemos también que hay relación entre la depresión geriátrica y la dependencia económica y observamos que el tanto por ciento más elevado de la población con depresión geriátrica grave corresponde a la población totalmente dependiente a nivel económico.

Finalmente podemos afirmar que hay una relación directa entre el hecho de ser o no ser institucionalizado y la interacción social del adulto mayor. Queremos destacar especialmente la relación entre las siguientes correlaciones de variables por su interés en este trabajo:

- Tiempo de estancia en la institución e interacción social del adulto mayor.
- Depresión geriátrica e Interacción social.
- Edad e Interacción social.

Por lo tanto, podemos concluir que los adultos mayores institucionalizados demuestran una interacción social más baja que los adultos mayores no institucionalizados (gráfico 24). Creemos que varios factores influyen en estos resultados. El tiempo de estancia en su domicilio (sea la institución o el domicilio privado) influye directamente en la interacción social, a mayor tiempo de estancia mayor interacción social (gráfico 17), en este punto queremos destacar que la mayoría los adultos mayores no institucionalizados han residido en su casa por 11 años o más, en cambio la mayoría de los adultos mayores institucionalizados han residido en la institución entre uno y cinco años. También el estado de ánimo influye directamente en la interacción social, a mejor estado de ánimo más alta interacción social

(gráfico 18). Vemos también que entre la población más joven la interacción social es más alta que entre la población añosa.

Podemos afirmar pues que los cambios bruscos de escenario (tiempo de estancia en la residencia) son causa directa de la baja interacción social entre la población añosa.

## 9. OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS

Después de realizar esta investigación vemos que es necesario educar a la población joven y adulta en la planeación de su vejez. Las decisiones sobre la residencia deben tomarse con tiempo y estar planificadas.

La opción ideal es que los ancianos no cambien de escenario a edades avanzadas, en caso de ser necesario un cambio de residencia en la tercera edad es mejor hacerlo a temprana edad.

## 10. ANEXO A

**CUESTIONARIO: INTERACCIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR**

79

Fecha \_\_\_\_\_ Hora de inicio \_\_\_\_\_

FOLIO DE LA ENTREVISTA 1(\_\_\_\_) 4(\_\_\_\_)

Entrevistador \_\_\_\_\_ **1. Institucionalizado:** SI 1 NO 2

**1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

2. Nombre:	3. Edad:	4. Sexo:	1 1	M 2	5(____) 8(____)		
5. Edo. Civil:	Soltero/a 1	Casado/a 2	Viuvo/a 3	Separado/a 4	9(____)		
6. Tiempo de estancia en su residencia actual.	< 1 año 1	1-5 años 2	6-10 años 3	> 11 años 4	10(____)		
7. Lugar de nacimiento:	México 1	Extranjero 1	8. Parientes:	SI 1	NO 2	11(____) 12(____)	
9. Escolaridad:	Primaria 1	Secundaria 2	Preparatoria 3	Estudios universitarios 4	Estudios técnicos 5	13(____)	
10. Dependencia económica:	Autosuficiente 1	Parcialmente dependiente 2	totalmente dependiente 3	14(____) 15(____) 16(____)			
11. Problemas de salud:	NO 1	S Circulatorio 2	S Musc Esqu 3	Diabetes 4	Respirato 5	Otros 6	17(____) 18(____) 19(____)

**2. FFSI DE EVALUACIÓN MENTAL (calificar la respuesta del 1 al 10, a juicio del entrevistador)**

1. ¿Cuántos años tiene?	
2. ¿En que año nació?	
3. ¿En que año estamos?	
4. ¿En que mes estamos?	
5. ¿Que día de la semana es hoy?	
6. ¿Cuántos hijos tiene? Nombres de todos ellos	
7. ¿Donde está usted ahora?	
8. Cuente del 1 al 10 del reves	
9. ¿Cual es su dirección?	
10. ¿En que trabajo se ocupó?	
PUNTAJACION	20(____)

**3. INDEPENDENCIA FÍSICA DEL ADULTO MAYOR (actividades de la vida diaria)**

Las siguientes actividades las realiza	Solo	Con ayuda	Es incapaz	
1. Beber en una taza	4	0	0	23(____)
2. Alimentarse	6	0	0	25(____)
3. Vestirse parte superior	5	3	0	27(____)
4. Vestirse parte inferior	7	4	0	29(____)
5. Colocar una prótesis	2	0	0	31(____)
6. Arreglo personal	6	0	0	33(____)
7. Aseo y baño	6	0	0	35(____)
8. Control de la orina	10 siempre	5 ocasional	0 incontinencia	37(____)
9. Control de evacuación	10 siempre	5 ocasional	0 incontinencia	39(____)
10. Sentarse y levantarse de una silla	15	7	0	41(____)
11. Entrar y salir de una tina o regadera	1	0	0	43(____)
12. Sentarse y levantarse del WC	6	3	0	45(____)
13. Caminar 20 mts planos	15	10	0	47(____)
14. Subir o bajar 15 o 20 escalones	10	5	0	49(____)
15. Capacidad para maniobrar silla de ruedas	5	0	0	51(____)
PUNTAJACION				53(____)

**4. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA** (En las preguntas con asterisco la respuesta negativa obtiene un punto. En las preguntas sin asterisco la respuesta positiva obtiene un punto)

1. (*) ¿Está usted satisfecho con su vida?	NO...1	SI...0	55 [ ]
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses o actividades?	NO...0	SI...1	56 [ ]
3. ¿Siente que su vida está vacía?	NO...0	SI...1	57 [ ]
4. ¿Se aburre con frecuencia?	NO...0	SI...1	58 [ ]
5. (*) ¿Tiene esperanza en el futuro?	NO...1	SI...0	59 [ ]
6. ¿Está molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	NO...0	SI...1	60 [ ]
7. (*) ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	NO...1	SI...0	61 [ ]
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a suceder?	NO...0	SI...1	62 [ ]
9. (*) ¿Se siente contento la mayor parte del tiempo?	NO...1	SI...0	63 [ ]
10. ¿Se siente desamparado con frecuencia?	NO...0	SI...1	64 [ ]
11. ¿Se siente nervioso e intranquilo con frecuencia?	NO...0	SI...1	65 [ ]
12. ¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	NO...0	SI...1	66 [ ]
13. ¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?	NO...0	SI...1	67 [ ]
14. ¿Cree usted que tiene más problemas de memoria que los demás?	NO...0	SI...1	68 [ ]
15. (*) ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	NO...1	SI...0	69 [ ]
16. ¿Se siente desanimado y triste con frecuencia?	NO...0	SI...1	70 [ ]
17. ¿Siente que nadie le aprecia?	NO...0	SI...1	71 [ ]
18. ¿Se preocupa mucho por el pasado?	NO...0	SI...1	72 [ ]
19. (*) ¿Cree que la vida es muy importante?	NO...1	SI...0	73 [ ]
20. ¿Le es difícil comenzar nuevos proyectos?	NO...0	SI...1	74 [ ]
21. (*) ¿Se siente lleno de energía?	NO...1	SI...0	75 [ ]
22. ¿Siente que su situación es desesperante?	NO...0	SI...1	76 [ ]
23. ¿Cree que los demás está mejor que usted?	NO...0	SI...1	77 [ ]
24. ¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?	NO...0	SI...1	78 [ ]
25. ¿Tiene ganas de llorar con frecuencia?	NO...0	SI...1	79 [ ]
26. ¿Tiene problemas para concentrarse?	NO...0	SI...1	80 [ ]
27. (*) ¿Disfruta al levantarse por las mañanas?	NO...1	SI...0	81 [ ]
28. ¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	NO...0	SI...1	82 [ ]
29. (*) ¿Le es fácil tomar decisiones?	NO...1	SI...0	83 [ ]
30. (*) ¿Está su mente tan clara como solía estar antes?	NO...1	SI...0	84 [ ]
<b>PUNTAJACIÓN</b>			85 [ ]

**5. EVALUACIÓN DE LA INTERACCIÓN SOCIAL** (En las preguntas con (+); SI = 3; ALGUNAS VECES = 2 y NO = 1. En las preguntas son (-) SI = 2; ALGUNAS VECES = 2 y NO = 3)

		SI	Algunas veces	No	
1. ¿Se siente a gusto en compañía de sus familiares / compañeros?	(+)	3	2	1	87[ ]
2. ¿Le gusta participar en actividades de grupo?	(+)	3	2	1	88[ ]
3. ¿Cree que sus familiares / compañeros toman en cuenta sus opiniones?	(+)	3	2	1	89[ ]
4. ¿Prefiere comer solo?	(-)	1	2	3	90[ ]
5. ¿Le gusta charlar con la gente que le rodea?	(+)	3	2	1	91[ ]
6. ¿Evita las reuniones sociales?	(-)	1	2	3	92[ ]
7. ¿Ha perdido interés por los acontecimientos mundiales?	(-)	1	2	3	93[ ]
8. ¿estás siempre dispuesto a ayudar a otras personas que lo necesiten?	(+)	3	2	1	94[ ]
9. ¿Prefiere pasear o caminar solo?	(-)	1	2	3	95[ ]
10. ¿Asiste a algún club social / casa de día / institución?	(+)	3	2	1	96[ ]
11. ¿Le molestan los niños?	(-)	1	2	3	97[ ]
12. ¿Procura compartir sus experiencias con los demás?	(+)	3	2	1	98[ ]
13. ¿Le gustaría colaborar atendiendo a personas que estén en peores condiciones que usted?	(+)	3	2	1	99[ ]
14. ¿Le molesta tener visitas de familiares / amigos?	(-)	1	2	3	100[ ]
15. ¿Le incomoda que le ofrezcan ayudas?	(-)	1	2	3	101[ ]
16. ¿Le gustaría colaborar atendiendo a personas que estén en peores condiciones que usted?	(+)	3	2	1	102[ ]
<b>PUNTUACIÓN</b>					103[ ]

**5. EVALUACIÓN DE LA INTERACCIÓN SOCIAL**, (En las preguntas con (+); SI = 3; ALGUNAS VECES = 2 y NO = 1. En las preguntas con (-) SI = 2; ALGUNAS VECES = 2 y NO = 3)

		Si	Algunas veces	No	
1. ¿Se siente a gusto en compañía de sus familiares / compañeros?	(+)	3	2	1	87[ ]
2. ¿Le gusta participar en actividades de grupo?	(+)	3	2	1	88[ ]
3. ¿Cree que sus familiares / compañeros toman en cuenta sus opiniones?	(+)	3	2	1	89[ ]
4. ¿Prefiero comer solo?	(-)	1	2	3	90[ ]
5. ¿Le gusta charlar con la gente que le rodea?	(+)	3	2	1	91[ ]
6. ¿Evita las reuniones sociales?	(-)	1	2	3	92[ ]
7. ¿Ha perdido interés por los acontecimientos mundiales?	(-)	1	2	3	93[ ]
8. ¿estás siempre dispuesto a ayudar a otras personas que lo necesiten?	(+)	3	2	1	94[ ]
9. ¿Prefiere pasear o caminar solo?	(-)	1	2	3	95[ ]
10. ¿Asiste a algún club social / casa de día / institución?	(+)	3	2	1	96[ ]
11. ¿Le molestan los niños?	(-)	1	2	3	97[ ]
12. ¿Procura compartir sus experiencias con los demás?	(+)	3	2	1	98[ ]
13. ¿Le gustaría colaborar atendiendo a personas que estén en peores condiciones que usted?	(+)	3	2	1	99[ ]
14. ¿Le molesta tener visitas de familiares / amigos?	(-)	1	2	3	100[ ]
15. ¿Le incomoda que le ofrezcan ayudas?	(-)	1	2	3	101[ ]
16. ¿Le gustaría colaborar atendiendo a personas que estén en peores condiciones que usted?	(+)	3	2	1	102[ ]
<b>PUNTUACIÓN</b>					103[ ]



11. ANEXO B

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Evaluación de la interacción social (en las preguntas con (+) siempre = 4; la mayoría de las veces = 3; sólo algunas veces = 2 y nunca = 1. En las preguntas con (-) siempre = 1; la mayoría de las veces = 2; sólo algunas veces = 3 y nunca = 4.

		Siempre	La mayoría de las veces	Sólo algunas veces	Nunca	
1	¿Se siente a gusto en compañía de sus familiares y amigos?	(+)	4	3	2	1
2	¿Cuando se habla de política, ¿prefiere permanecer al margen?	(-)	1	2	3	4
3	¿Le gusta participar en actividades de grupo?	(+)	4	3	2	1
4	¿Siente que sus opiniones no son tomadas en cuenta?	(-)	1	2	3	4
5	¿Disfruta la sobremesa?	(+)	4	3	2	1
6	¿Le es difícil entablar conversaciones con los que le rodean?	(-)	1	2	3	4
7	¿Evita las reuniones sociales?	(-)	1	2	3	4
8	¿Planea usted mismo sus actividades diarias?	(+)	4	3	2	1
9	¿Ha perdido interés por las noticias?	(-)	1	2	3	4
10	¿Le gusta ayudar a otras personas?	(+)	4	3	2	1
11	¿Agradece que alguien le ofrezca ayuda?	(+)	4	3	2	1
12	¿Prefiere caminar / pasear solo?	(-)	1	2	3	4
13	¿Prefiere las actividades individuales?	(-)	1	2	3	4
14	¿Le gusta TV acompañado?	(+)	4	3	2	1
15	¿Considera que su actual modo de vida es el mejor?	(+)	4	3	2	1
16	¿Frecuenta algún club social?	(+)	4	3	2	1
17	¿Le gusta que le organicen sus actividades diarias?	(-)	1	2	3	4
18	¿Rechaza la ayuda de los que le rodean?	(-)	1	2	3	4
19	¿Le molestan los niños?	(-)	1	2	3	4
20	¿Está al tanto de los sucesos mundiales?	(+)	4	3	2	1
21	¿Le gusta charlar con la gente que le rodea?	(+)	4	3	2	1
22	¿Prefiere comer solo?	(-)	1	2	3	4
23	¿Le molesta la presencia de familiares o amigos?	(-)	1	2	3	4
24	¿Procura compartir sus experiencias con los demás?	(+)	4	3	2	1
25	¿Cree que sus familiares / compañeros toman en cuenta sus opiniones?	(+)	4	3	2	1
26	¿Prefiere permanecer en su casa / institución que asistir a un club?	(-)	1	2	3	4
27	¿Siente que sus decisiones son ignoradas?	(-)	1	2	3	4
28	¿Le gusta participar u opinar en asuntos políticos?	(+)	4	3	2	1
29	¿Le gusta estar en compañía de niños?	(+)	4	3	2	1
30	¿Prefiere ver TV, solo?	(-)	1	2	3	4
31	¿Le gusta asistir a reuniones sociales?	(+)	4	3	2	1
32	¿Está inconforme con su actual estilo de vida?	(-)	1	2	3	4
33	¿Evita transmitir sus experiencias a los que le rodean?	(-)	1	2	3	4
34	¿Prefiere caminar / pasear acompañado?	(+)	4	3	2	1
35	¿Siente que sus decisiones son tomadas en cuenta?	(+)	4	3	2	1
36	¿Cuando alguien necesita ayuda ignora la situación?	(-)	1	2	3	4
PUNTUACION						

## 12. ANEXO C

TOTAL	INSTITUCIONALIZADO		EDAD				SEXO		ESTADO CIVIL			
	Institucion.	No Institucion.	60-70 a.	71-80 a.	81-90 a.	91 o +	Femenino	Masculino	Soltero-a	Casado-a	Viudo-a	Separado-a
EDAD												
65 a 70 a.	27%	10%	100%				21%	40%	25%	57%	13%	100%
71 a 80 a.	22%	20%	100%	100%			24%	17%	33%	26%	20%	
81 a 90 a.	38%	56%			100%		43%	27%	33%	13%	51%	
91 o más a.	13%	14%				100%	11%	17%	8%	9%	16%	
SEXO												
Femenino	70%	80%	56%	77%	79%	62%	100%		58%	48%	84%	25%
Masculino	30%	20%	44%	23%	21%	38%		100%	42%	52%	16%	75
ESTADO CIVIL												
Soltero (s)	12%	18%	11%	18%	11%	8%	10%	17%	100%			
Casado (s)	23%	4%	44%	27%	8%	15%	16%	40%	100%			
Viudo (s)	61%	76%	30%	55%	82%	77%	73%	33%			100%	
Separado (s)	4%	2%	15%				1%	10%				100%
TIEMPO EST.												
Menos 1 a.	10%	14%	7%	18%	11%		9%	13%	25%	13%	7%	
1 a 5 a.	27%	46%	26%	23%	39%		29%	23%	33%	17%	30%	25%
6 a 10 a.	22%	34%	4%	18%	29%	46%	24%	17%	17%		33%	
11 a. 6 +	41%	6%	63%	41%	21%	54%	39%	47%	25%	70%	31%	75%
LUGAR NAC.												
México	53%	38%	81%	45%	50%	15%	53%	53%	33%	65%	51%	75%
Estranjero	47%	62%	19%	55%	50%	85%	47%	47%	67%	35%	49%	25%
ESCOLARIDAD												
Primaria	37%	52%	4%	36%	58%	46%	41%	27%	25%	13%	51%	
Secundaria	26%	24%	26%	32%	21%	31%	29%	20%	33%	26%	26%	
Preparatoria	8%	4%	22%	5%	3%		4%	17%	8%	17%	3%	25%
Est. Universitario	19%	8%	41%	14%	8%	15%	14%	30%	17%	30%	11%	75%
Est. Técnicos	10%	12%	7%	14%	11%	8%	11%	7%	17%	13%	8%	

TOTAL	TIEMPO DE ESTANCIA				ESCOLARIDAD			LUGAR DE NACIMIENTO			DEPENDENCIA ECONOMICA		
	hasta 5 a.	6-10 a.	11 años ó +		Primaria	Secundaria	Prepa. o más.	México	Extranjero		Autosuficiente	Parcialmente	Totalmente
<b>EDAD</b>													
65 a 70 a.	27%	24%	5%	41%	3%	27%	51%	47%	11%		40%	12%	20%
71 a 80 a.	22%	24%	18%	22%	22%	27%	19%	19%	26%		20%	40%	10%
81 a 90 a.	38%	51%	50%	20%	59%	31%	22%	36%	40%		24%	48%	50%
91 o más a.	13%		27%	17%	16%	15%	8%	4%	23%		16%		20%
<b>SEXO</b>													
Femenino	70%	70%	77%	66%	78%	77%	57%	70%	70%		49%	88%	87%
Masculino	30%	30%	23%	34%	22%	23%	43%	30%	30%		51%	12%	13%
<b>ESTADO CIVIL</b>													
Soltero (s)	12%	19%	9%	7%	8%	15%	14%	8%	17%		16%	12%	7%
Casado (s)	23%	19%		39%	8%	23%	38%	28%	17%		36%	8%	17%
Viuvo (s)	61%	59%	91%	46%	84%	62%	38%	58%	64%		42%	80%	73%
Separado (s)	4%	3%		7%			11%	6%	2%		7%		3%
<b>TIEMPO EXI.</b>													
Menos 1 a.	10%	27%			5%	19%	8%	11%	9%		13%	8%	7%
1 a 5 a.	27%	73%			30%	23%	27%	23%	32%		18%	32%	37%
6 a 10 a.	22%		100%		41%	8%	14%	19%	26%		18%	20%	30%
11 a ó +	41%			100%	24%	50%	51%	47%	34%		51%	40%	27%
<b>LUGAR NAC.</b>													
México	53%	49%	45%	61%	54%	38%	61%	100%			58%	40%	57%
Extranjero	47%	51%	55%	39%	46%	62%	38%		100%		42%	60%	43%
<b>ESCOLARIDAD</b>													
Primaria	37%	35%	68%	22%	100%				36%		27%	32%	57%
Secundaria	26%	30%	9%	32%		100%			34%		20%	36%	27%
Preparatoria	8%	14%		7%			22%		4%		13%	4%	3%
Est. Universitario	19%	14%	9%	29%			51%	25%	13%		29%	20%	3%
Est. Técnicos	10%	8%	14%	10%			27%	8%	13%		11%	8%	10%

TOTAL	INDEPENDENCIA FISICA			DEPRESION GERIATRICA		
	Independiente	Intero dependiente	Dependiente	Normal	Leve	Grave
<b>EDAD</b>						
65 a 70 a.	27%			36%	13%	
71 a 80 a.	22%	33%		22%	20%	33%
81 a 90 a.	38%	44%	43%	28%	53%	67%
91 o más a.	13%	22%	57%	14%	13%	
<b>SEXO</b>						
Femenino	70%	67%	71%	67%	73%	83%
Masculino	30%	33%	29%	33%	27%	17%
<b>EDO. CIVIL</b>						
Soltero (e)	12%	22%	29%	13%	7%	33%
Casado (e)	23%			30%	10%	17%
Viuudo (e)	61%	78%	71%	53%	80%	50%
Separado (e)	4%	5%		5%	3%	
<b>TIEMPO EST.</b>						
Menos 1 a.	10%	11%	14%	11%	7%	17%
1 a 5 a.	27%	33%	14%	25%	27%	50%
6 a 10 a.	22%	56%	29%	13%	43%	17%
11 a. ó +	41%	45%	43%	52%	23%	17%
<b>LUGAR NAC.</b>						
México	53%	58%	43%	58%	40%	67%
Estranjero	47%	42%	57%	42%	60%	33%
<b>ESCOLARIDAD</b>						
Primaria	37%	36%	44%	31%	43%	67%
Secundaria	26%	22%	57%	25%	30%	17%
Preparatoria	8%	10%		9%	7%	
Est. Universitar	19%	11%		25%	7%	17%
Est. Técnicos	10%	22%		9%	13%	

TOTAL	INSTITUCIONALIZADO		EDAD				SEXO			ESTADO CIVIL		
	Institución.	No Institución.	60-70 a.	71-80 a.	81-90 a.	91 o +	Femenino	Masculino	Soltero-a	Casado-a	Viu-do-a	Separado-a
DEFEN. ECON.												
Autosuficiente	26%	64%	67%	41%	29%	54%	31%	77%	58%	70%	31%	73%
Parcialmente	28%	22%	11%	45%	32%		31%	10%	25%	9%	33%	
Totalmente	46%	14%	22%	14%	39%	46%	37%	13%	17%	22%	36%	25%
INDEF. FISICA												
Independiente	70%	98%	100%	86%	82%	54%	84%	83%	67%	100%	80%	100%
Interdependiente	18%			14%	11%	15%	9%	10%	17%		11%	
Dependiente	12%	2%			8%	31%	7%	7%	17%		8%	
DEPRESION/AGE												
Normal	46%	82%	85%	64%	47%	69%	61%	70%	67%	83%	56%	75%
Leve	30%	18%	15%	27%	42%	31%	31%	27%	17%	13%	39%	25%
Grave	6%	12%		9%	11%		7%	3%	17%	4%	5%	
INT. SOCIAL												
Baja	11%	20%		23%	13%	8%	13%	7%	17%	4%	13%	
Media	59%	58%	56%	55%	63%	62%	59%	60%	67%	61%	57%	50%
Alta	30%	20%	44%	23%	24%	31%	29%	33%	17%	35%	30%	50%
PARIENTES												
SI	90%	80%	100%	91%	89%	69%	89%	93%	75%	100%	89%	100%
No	10%	20%		9%	11%	31%	11%	7%	25%		11%	

	TIEMPO DE ESTANCIA			ESCOLARIDAD			LUGAR DE NACIMIENTO			DEPENDENCIA ECONOMICA		
	TOTAL	hasta 5 a.	6-10 a.	11 años o +	Primaria	Secundaria	Prepa. o más.	México	Estranjero	Autosuficiente	Parcialmente	Totalmente
<b>DEPRES. ECON.</b>												
Autosuficiente	45%	38%	36%	36%	32%	35%	65%	49%	40%	100%		
Parcialmente	25%	27%	23%	24%	22%	35%	23%	19%	32%		100%	
Totalmente	30%	33%	41%	20%	46%	31%	14%	32%	28%			100%
<b>INDEF. FISICA</b>												
Independiente	84%	84%	68%	93%	81%	77%	92%	92%	74%	87%	96%	70%
Interdependiente	9%	11%	23%		11%	8%	8%	2%	17%	9%	4%	13%
Dependiente	7%	5%	9%	7%	8%	15%		6%	9%	4%		17%
<b>DEPRESION OR.</b>												
Normal	64%	62%	36%	80%	54%	62%	76%	70%	57%	80%	64%	40%
Leve	30%	27%	49%	17%	35%	33%	22%	23%	38%	16%	36%	47%
Grave	6%	11%	5%	2%	11%	4%	3%	8%	4%	4%		13%
<b>INT. SOCIAL</b>												
Baja	11%	19%	18%		19%	4%	8%	11%	11%	11%	4%	17%
Media	59%	59%	64%	56%	57%	65%	57%	49%	70%	58%	64%	57%
Alta	30%	22%	18%	44%	24%	31%	35%	40%	19%	31%	32%	37%
<b>PARIENTES</b>												
Si	90%	89%	77%	98%	84%	96%	92%	96%	83%	91%	92%	87%
No	10%	11%	23%	2%	16%	4%	8%	4%	17%	9%	8%	13%



TOTAL	INDEPENDENCIA FISICA				DEPRESION GERIÁTRICA		
	Independiente	Interdependiente	Dependiente		Normal	Leve	Grave
<b>DEPEN ECON</b>							
Autosuficiente	46%	44%	29%		56%	23%	33%
Parcialmente	29%	11%			25%	30%	
Totalmente	25%	44%	71%		19%	47%	67%
<b>INDEF FISICA</b>							
Independiente	100%				94%	70%	50%
Interdependiente		100%			3%	20%	17%
Dependiente			100%		3%	10%	33%
<b>DEPRESION GE</b>							
Normal	71%	22%	29%		100%		
Leve	25%	67%	43%			100%	
Grave	4%	11%	29%				100%
<b>INT SOCIAL</b>							
Baja	8%	33%	14%		5%	17%	50%
Media	58%	56%	71%		56%	67%	50%
Alta	33%	11%	14%		39%	17%	
<b>PARIENTES</b>							
Si	96%	56%	57%		91%	90%	83%
No	10%	44%	43%		9%	10%	17%

### 13. BIBLIOGRAFÍA

1. Asili, Nelida y otros, *Psicología y envejecimiento*, México, Revista de Psicología. 1995.
2. Arsuaga, Juan L., *La hipótesis de la abuela*, en El País, España, 16 de mayo de 1999.
3. Burke, M.M., *Gerontologic nursing*, U.S.A., Mosby, Yearbook, 1992.
4. Carnevali, D.L. y Patrick, M., *Tratado de geriatría y gerontología*, México, Interamericana, 1988, 755 p.
5. Castellanos Robayo, Jorge. *La política de atención integral en los ancianos en el adulto mayor en América Latina*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 1995.
6. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. *El Adulto Mayor en América Latina*. México: Centro Interamericano de Estudios y Seguridad Social. 1995, 191 p.
7. *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Real Academia Española. 19ava. edición, 1981.
8. Gafo, Javier. *Conferencia Internacional de El Cairo sobre Población y desarrollo*. Madrid: PPC. 1995, 239 p.
9. García. H.M. y otros. *Enfermería Geriátrica*. México: Científicas y Técnicas. 3a edición, 1993.
10. González, A.J. Langarica, S.R. *Syllabus en Gerontología*. México: Sociedad de Geriatría y Gerontología de México. 1996. 312 p.
11. González, A.J. *Manual de Autocuidado y Salud en el Envejecimiento*. México: Proculmex. 3a edición, 1994, 415 p.
12. Gutiérrez Robledo, Luis Miguel. *Relación entre el Deterioro Funcional y el Grado de Dependencia y las Necesidades Asistenciales de los Adultos Mayores en México*. En: Problemas y Programas del Adulto Mayor. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 1997. 208 p.
13. Herrera, F. E. *Investigación Gerontológica*. México, 1994.
14. Hulley, Stephen y Steven Cummings. *Diseño de la Investigación Clínica*. Barcelona: Doyma, 1993, 264 p.
15. Krassoievitch, M. *Psicoterapia Geriátrica*. México: FCE, 1993, 269 p.
16. Laforest, Jacques. *Introducción a la Gerontología. El arte de envejecer*. Barcelona: Herder, 1991, 185 p.

17. Lehr, Ursula. *Psicología de la Senectud*. Barcelona: Herder. 3a edición, 1995.
18. López Azpitarte. *¿La edad inútil?*. Madrid: San Pablo, 1993, 101 p.
19. López, C.J. *Los Viejos*. Barcelona: Dopesa, 1995.
20. Lynch, J.W. y otros. *Cumulative Impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning*. New England Journal Med. Vol 333 (26).
21. Mace, L. Nancy Rabins, V. Peter. *Cuando el día tiene 36 horas*. México: Pax. 2a edición, 1997.
22. Matteson y otros. *Gerontological Nursing. Concepts and Practice*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1988, 857 p.
23. Mishara, B.L. Riedel, R.G. *El Proceso de Envejecimiento*. Madrid: Morata. 2a edición, 1995.
24. Moragas, M.R. *Gerontología Social*. Barcelona: Herder. 2a. edición, 1995, 304 p.
25. Organización Naciones Unidas. *Asamblea General 1995*.
26. Organización Panamericana de la Salud, Centro Latinoamericana de Demografía, Centro Internacional del Envejecimiento. *Pronunciamiento del Consenso sobre Políticas de Atención a los Ancianos en América Latina*. Santiago de Chile: OPS, 1992, 12 p.
27. Organización Panamericana de la Salud. *Enfermería Gerontológica: Conceptos para la práctica*, U.S.A., 1993.
28. Peláez, C. M. *Historia de la Beneficencia Española*. México: Oficina Cultural de la Embajada de España en México, 1990, 29 p.
29. Piedrola Gil, P. y otros. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson- Salvat. 9ª edición, 1991, 1476 p.
30. Organización Naciones Unidas. *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento*. Nueva York: ONU, 1983, 61 p.
31. Pietro, Nicola. *Fundamentos de Geriatria y Gerontología*. Barcelona: Manual Moderno, 1993, 304 p.
32. Polit, D. Hungler, B. *Investigación Científica*. México: Interamericana. 2a. edición, 1985.
33. Polit, D.H. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. México: Interamericana, 1994, 701 p.
34. Reyes Zubiría, Luis Alfonso. *Acercamiento Tanatológico al enfermo terminal y a su familia*, México, 1996.
35. San Martín, Hernán Pastor, Vicente. *Epidemiología de la vejez*. Barcelona: Interamericana, 1990, 555 p.
36. Sierra, B. R. *Técnicas de Investigación Social*. Madrid: Paraninfo, 1995.
37. Thomas, P.D. Hooper, E. *Healthy elderly: Social bonds and Locus of control. Research Nursing in Health*. 1983. March; 6(1): 11-6 PMID: 6551947; UI: 83195938.
38. Zinberg, N. E. Kaufman, I. *Psicología normal de la vejez*. Buenos Aires: Paidós, 1987, 206 p.