



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**UN MODELO DE ENVEJECIMIENTO ÓPTIMO: UNA REVISIÓN
DE CONCEPTOS**

T E S I S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

MARÍA ISABEL RUÍZ DEL VALLE

Directora: Dra. ANA LUISA MÓNICA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL

Dictaminadores: Mtra. MARGARITA CHÁVEZ BECERRA

Dr. EDGARDO RUIZ CARRILLO



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

En esta tesis, siempre estuve presente a alguien en especial. La construí pensando en todo el apoyo incondicional que me brindo desde que decidió darme la oportunidad de creer en mí y en lo que quería lograr. Le agradezco profundamente cada esfuerzo que hizo por no dejarme desamparada a lo largo de mi educación superior. Esta tesis es una muestra del eterno agradecimiento que siento por ella. De nuevo, gracias Tía María Eugenia Del Valle, te quiero, admiro y respeto.

También quiero agradecerle...

Mi papá, por ser todo un ejemplo de fuerza, trabajo y constancia, su ejemplo es mi mejor herencia, la cual que trataré de cultivar siempre.

Mi mamá, gracias por levantarse conmigo en las mañanas para prepararme el desayuno, y consentirme.

Tía Rosy y Tío Luis, por sus consejos, y todo su apoyo.

A mis abuelos, por abrirme las puertas de su casa incondicionalmente, por llorar y reír conmigo, sin duda son fundamentales en mi vida.

Mi tía Caro y mi tía Vero, siempre consintiéndome haciéndome sentir cómoda y por escucharme.

Mis amigas de la Licenciatura, Mónica, Norma Angélica, Yasmín, etc etc.

Mis amigos Arturo y Eduardo, de los cuales he aprendido mucho y sigo aprendiendo.

Y no podían faltar mis tutores de los cuales he aprendido tanto. Dra. Celis, Muchas gracias por recibirme con los brazos abiertos, y dejarme aprender de una investigadora como usted, siempre buscando el bienestar de sus alumnos. Mtra. Margarita, le agradezco el trato fraterno, la dedicación y el compromiso. Dr. Edgardo, gracias por el aprendizaje, y el carisma con el que lo transmites, todo un honor.

INDICE TEMATICO

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
1 ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO EN MÉXICO	7
1.1 EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO	7
1.2 VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO	10
1.3 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR	13
1.3.1 <i>Características físicas y biológicas</i>	14
1.3.2 <i>Características Psicológicas</i>	16
1.3.2.1 Cambios Afectivos Emocionales.....	16
1.3.2.2 Cambios en la Personalidad.....	20
1.3.2.3 Memoria	20
1.3.2.4 Procesamiento de la Información	22
1.3.2.4.1 Inteligencia	22
1.3.2.4.2 Creatividad	23
1.3.2.4.3 Capacidad de Aprendizaje	23
1.4 LA FEMINIZACIÓN EN LA VEJEZ	24
2 CALIDAD DE VIDA.....	28
2.1 DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA	28
2.2 VARIABLES IMPORTANTES PARA LA CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ	31
3 ENVEJECIMIENTO EXITOSO	36
3.1 TEORÍA DE LA ACTIVIDAD	39
3.2 ENVEJECIMIENTO ACTIVO.....	42
3.2.1 <i>Actividades</i>	47
3.3 MODELO DE ENVEJECIMIENTO ÓPTIMO: MODELO DE SELECCIÓN, OPTIMIZACIÓN Y COMPENSACIÓN (MODELO SOC).	51
4 VARIABLES DE INCIDENCIA PARA UN ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO Y ADAPTADO	55
4.1 CUIDADO DE LA SALUD.....	55
4.1.1 <i>Ejercicio</i>	56
4.1.2 <i>Alimentación</i>	59
4.1.3 <i>Sueño</i>	61
4.2 ECONOMÍA	63
4.3 REDES SOCIALES Y REDES DE APOYO	64
4.3.1 <i>Redes Sociales</i>	64
4.3.2 <i>Redes de Apoyo</i>	68
4.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS	72
DISCUSIÓN.....	76
CONCLUSIONES.....	78
PROPUESTA	82
BIBLIOGRAFÍA	87

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue formular un modelo de envejecimiento que permita a las personas tener una vejez satisfactoria, por medio de una revisión bibliográfica que inicia describiendo las características demográficas, psicológicas, biológicas y sociales del envejecimiento. Continúa explicando el constructo de calidad de vida y su relación con el envejecimiento, revisando el modelo de envejecimiento óptimo o exitoso, y su relación con la teoría de la actividad, el envejecimiento activo, las actividades consideradas pertinentes para la vejez y el modelo de Selección-Optimización-Compensación (SOC). Finalmente se describen algunas variables que influyen en el envejecimiento óptimo, concluyendo, que este, es aquel, que presenta bienestar, satisfacción, felicidad, salud, relaciones sociales, un autoconcepto positivo, autoeficacia, autoestima, y en especial actividad. Se propone difundir el Envejecimiento Óptimo basado en la actividad y autonomía, y propagar estereotipos positivos. También programas y acciones en salud y psicología clínica para mantener la funcionalidad y brindar servicios de calidad, y fortalecer las redes sociales en mayores de edad.

Palabras clave: Envejecimiento exitoso; calidad de vida; modelo SOC; envejecimiento activo.

INTRODUCCIÓN

Los jóvenes que hoy somos mayoría, seremos los viejos del mañana. El crecimiento de la población adulta mayor de México y del mundo va avanzando. El país aún no se encuentra preparado para dar frente a esta situación que puede ser un problema grave si no se construyen las bases en el sector laboral, económico, educativo y social. Hoy en día la población mayor se encuentra en situaciones de pobreza, marginación, discriminación y con enfermedades crónico degenerativas y psiquiátricas.

Por estas razones, el objetivo del trabajo es construir, con base a una revisión bibliográfica, un modelo de Envejecimiento Óptimo que permita a las personas mayores seguir insertadas en la sociedad de manera satisfactoria, aprovechando los recursos con los que cuentan. Para lograrlo, el primer capítulo explica el proceso del envejecimiento demográfico, se mencionan las características de la población adulta mayor (física, biológica, psicológica y social), la diferencia entre vejez y envejecimiento, y la feminización de la vejez. En el segundo capítulo, se aborda el término “Calidad de Vida” y las variables de importancia para la vejez. Después se aborda las distintas concepciones del envejeciendo haciendo énfasis en el envejecimiento exitoso, la teoría de la actividad, el envejecimiento activo, los distintos tipos de actividad para administrar el tiempo y los recursos de los mayores, y el Modelo de Selección, Optimización y Compensación SOC, como herramienta para conseguir el Envejecimiento Óptimo. El último capítulo explica las variables de incidencia para conseguir un envejecimiento exitoso y adaptado. Las variables son: el cuidado de la salud (ejercicio, alimentación, sueño, economía), redes sociales y de apoyo, para terminar con los aspectos psicológicos (autoconcepto, autoeficacia y autoestima).

El trabajo enfatiza que tanto la actividad como las variables mencionadas en el último capítulo son necesarias para un envejecimiento óptimo, y el modelo SOC es la herramienta para conseguirlas, preservarlas y optimizarlas. Respecto a la actividad, se llegó a la conclusión que el envejecimiento óptimo tiene como base el bienestar, y que solo se mantiene si las actividades que ejecuta el individuo responden a las necesidades, gustos y perspectivas de cada sujeto. Variables como la salud, la economía, las redes sociales y de

apoyo y los aspectos psicológicos también tienen relación con el bienestar, aunque cuidarlas o proporcionarlas no depende solo del individuo, de ahí la importancia de incluir a toda la sociedad para promover una cultura de la vejez, donde se de igualdad de oportunidades para todas las edades, los viejos sean considerados parte de la sociedad, y seres humanos con aspiraciones, gustos, preferencias, intereses, donde puedan disfrutar de un bienestar, satisfacción y de una mejor calidad de vida para un mundo que envejece.

1 ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO EN MÉXICO

1.1 El Envejecimiento Demográfico

México al igual que otros países latinoamericanos como Brasil, Ecuador, Colombia, Costa Rica, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela, enfrenta el fenómeno llamado envejecimiento demográfico, el cual es el alto índice de ancianidad que incluye a las personas de 65 años o más. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2012, informó que uno de cada diez habitantes tenía 60 años o más. A nivel nacional, se contemplan 532 mil personas mayores para el año 2050 (CONAPO, 2005 en Acuña, 2012).

Este fenómeno se presenta debido al proceso socioeconómico, que influyó en tres principales aspectos de acuerdo con González M. (2007):

1. Reducción de la tasa de natalidad: La disminución de la fecundidad, que comenzó en 1930, es la principal causa de este cambio estadístico en el 2010, que primero redujo a la población infantil y después a la población adulta joven (INEGI, 2012).

2. Aumento de la esperanza de vida: En los sesentas, de acuerdo a datos del INEGI de 1964, la esperanza de vida era de 58.45 años (Villa, 2005). Al descender la mortalidad aumentó la esperanza de vida, y por lo tanto el crecimiento de la población de adultos mayores, debido a que las condiciones de trabajo en las últimas décadas comenzaron a ser menos agresivas, las personas alcanzaron la vejez en mejores condiciones, y además, por los avances científicos y tecnológicos que han ayudado a mantener y mejorar la salud al igual que las condiciones de vida (Pérez, Malagon & Amador, 2006). Gracias a esto la esperanza de vida, es de 77.9, particularmente en hombres de 73.2 y en mujeres de 73.6 (INMUJERES, 2011).

3. Desplazamientos migratorios: Este aspecto causante del envejecimiento prematuro se produce, como lo explica Ramírez (2010), debido a que los sujetos emigran en edades jóvenes y productivas, haciendo que quienes se quedan (niños y adultos mayores jóvenes) sean la mayoría de la pirámide poblacional, además, los migrantes de entre 28 y 40 años, se reproducen en su lugar de destino, causando decremento en la población y

envejecimiento demográfico. El autor ejemplifica con el reporte de la Encuesta sobre Migración en la Frontera el Norte de México (EMIF) en 2007, que 12 millones de mexicanos residían en E.U. (documentados y no documentados), y que el flujo migratorio de este país a México, era de 350 a 450 mil personas al año, con una mayor concentración de personas jóvenes. Las deportaciones, que son de personas mayores, causan un prematuro envejecimiento de la población, y surge un problema a resolver en materia de recursos, por la carencia en México sobre medidas de seguridad social y de salud.

Atender este reto, implica una mayor inversión en el sector salud, para dar servicio a las personas mayores que presentan alguna o algunas de las enfermedades más comunes en la vejez, como son la diabetes mellitus, los tumores malignos, enfermedades isquémicas del corazón, las cardiovasculares y las crónicas de las vías respiratorias inferiores, y que son de las principales causas de muerte en esta etapa de vida. Además de la discapacidad, que es una condición que afecta a más de un millón 795 mil mexicanos, que puede ser de tipo física o motora, de las cuales, el 52% corresponden a los varones y el 47% a las mujeres mayores (CONAPO, 2010). Este puede ser un gran problema para la salud pública, pues las personas al envejecer incrementan las posibilidades de padecer una discapacidad, enfermedades crónicas degenerativas y trastornos mentales que pueden causar alguna discapacidad (INEGI, 2012).

Aunque también puede ser un problema para las familias por el impacto de gasto de salud, debido a que en nuestro país, la cobertura de seguridad social es alarmante, haciendo que las personas de la tercera edad sobrevivan sin protección (INEGI, 2012). De la población mayor de 60 años, el INEGI en el 2010 reportó que en el 2009 su cobertura de salud fue de 71.2%, el 97.7% de la población se encontraba empleada, de los cuales 70.5% eran hombres y 29.5% mujeres. Solo la cuarta parte se encontraba pensionada (25.5%): por sexo, 34.6% varones y 17.6% mujeres. Esto se agravará, debido que cada vez más personas laboran informalmente; incluso en las edades reproductivas, no contarán con una red de seguridad institucional que los asegure a futuro a ellos o a sus familias (Villagómez, 2010).

Con las pérdidas graduales de las capacidades físicas y de salud, la baja cobertura de seguridad social, la dependencia financiera familiar, y las bajas oportunidades laborales, la pobreza a los 75 años comienza a agudizarse, pues solo el 25.6% de la población de adultos

mayores cuentan con una pensión, a causa del quiebre de los sistemas de pensiones por falta de recursos económicos, del uso inequitativo injusto y deshonesto del sistema de seguridad social (Giraldo & Torres, 2010). El Espacio Nacional de Economía Social Solidaria (ENESS) 2009, reportó que solo el 25.6% de los mayores de la tercera edad, cuenta con una pensión (INEGI, 2012).

La falta de cobertura de pensiones, Villagómez (2010) advierte, provocará que en el 2030, por cada persona dependiente, haya dos en edad de trabajar. Esta circunstancia que representa un bono demográfico necesita esfuerzos en la formación y acumulación de capital humano en el país, fortalecer el mercado de trabajo formal y el impulso de sistemas de ahorro y seguridad social. El articular estas acciones es una tarea compleja, debido a las constantes crisis económicas internacionales, su impacto en el mercado de trabajo nacional y las consecuencias del crecimiento del trabajo laboral informal. En el 2010 el número de personas mayores era de 10.1 millones, lo cual representa un 9% de la población, de los cuales el 46.7% se encontraba en situación de pobreza (INEGI, 2012).

De los mayores de 60 años, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), reportó que el 98% están económicamente activos, el 2% restante busca empleo, el 60% trabaja independientemente, el 39.3% trabajan de forma subordinada y remunerada. De los que trabajan de forma independiente, el 69.5% esta empleado por el sector informal o trabaja en la agricultura de autosubsistencia; el 30.5% labora en una empresa o negocio, en donde el 13.6% no reciben un salario, debido a que trabajan en un negocio familiar. De las personas que laboran de forma subordinada, el 49.6% no recibe prestaciones, el 39.9% no tiene acceso a servicios de salud por parte del trabajo y el 39.3% no tiene un contrato de trabajo. Estos empleos muchas veces no son calificados pues en México solo uno de cada tres trabajos es calificado, lo cual hace que muchos adultos mayores estén en situación de riesgo.

La Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2009, Indica que el 25.6% de los adultos mayores están pensionados, de esta población, el 34.7% son hombres y 17.7% son mujeres. Del total de las pensiones, el 76% son otorgadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 16.3% por el ISSSTE y el 7.7 por otras instituciones (INEGI, 2012).

1.2 Vejez y Envejecimiento

La sociedad debe conocer claramente la diferencia entre la vejez y el envejecimiento. Fried (1988, en Dulcey & Uribe, 2002) explica que la definición de vejez depende del contexto y grupo de personas al que se refiera; el cómo se viva la vejez va a variar de persona en persona, conforme a su posición social, económica y de acuerdo a las expectativas sociales y culturales. La vejez es una etapa de la vida, en donde empieza a manifestarse las pérdidas y disminución paulatina de capacidades que permiten al sujeto adaptarse a nuevas condiciones que han cambiado en su contexto (González, C., 2010). La vejez es la última etapa del ciclo vital, que empieza con la concepción y acaba con la muerte, indica Pérez et al. (2006).

El concepto de vejez de acuerdo con González-Celis, Tron & Chávez (2009) es la “etapa final del proceso de envejecimiento, así como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante que se inicia desde el nacimiento mismo.

Para Moragas (2004) hay tres concepciones de vejez:

Cronológica: se define por cumplir 65 años, que es la edad de retiro laboral. Esta medida es objetiva, porque todas las personas nacidas el mismo año tienen la misma edad, aunque la edad no mide el desgaste de los años en la persona de acuerdo a su tipo de vida, su salud, las condiciones de trabajo, el medio, etc., que cambia de persona en persona. La edad cronológica es importante, aunque no determinante, para lo cual se tienen que tomar otras variables como las condiciones personales y ambientales.

Funcional: El concepto puede ser negativo y peyorativo, debido a que en la mayoría de los casos se equipara el término viejo con el de “incapaz”, “inútil”, estar físicamente incapacitado, sufrir pérdidas, ser dependiente, pérdida del estatus social, etc.

Vejez-etapa Vital: conforme pasa el tiempo, los cambios que sufren las personas llevan a una nueva etapa diferente a las vividas, con realidad propia y ciertas limitaciones

que pueden ser consideradas radicales para las personas, y también tienen nuevas características como la experiencia, madurez, mayor juicio, etc., que ayudarán a compensar las limitaciones naturales.

Para ver la vejez desde un punto objetivo se tienen que considerar la edad y otras dimensiones de la persona, como las psíquicas, económicas y sociales, para que el juicio resultante la refleje totalmente. La edad aunque es una variable objetiva e importante, no determina la condición del sujeto, por si sola dice muy poco. En cambio si consideramos otras variables como la raza, el sexo, el origen familiar, la educación, la carrera profesional, el estatus social, etc., se puede construir una valoración subjetiva y parcial por contemplar integralmente a la persona (Moragas, 2004).

Mientras la vejez es una etapa, “El envejecimiento” es un proceso de características particulares, lento y gradual. Se manifiesta de manera diferente en cada sujeto. Una edad fija no puede separar a los viejos de los que todavía no lo son, deben de considerarse diferentes periodos que tomen en cuenta las distintas cualidades y calidades de la vida en las edades avanzadas.

Villagordoa (2007), define el envejecimiento como el total de todas las alteraciones que se presentan en el organismo con el paso de los años, mismas que ocasionan pérdidas funcionales y finalmente la muerte. Para Stuart-Hamilton (2002) es el proceso de cambio que se produce con el paso del tiempo, a menudo percibido como algo negativo y generalmente limitado a los cambios (percibidos también como negativos) que se presentan después de la adultez. El envejecimiento tiene rasgos característicos que todas las personas mayores comparten por los cambios que se producen con mayor frecuencia en el aspecto, en el cuerpo, en enfermedades crónico-degenerativas, en el deterioro físico rápido y dirigido a la muerte, de forma gradual y continua.

Una propuesta más reciente, es la de González-Celis et al. (2009), las autoras explican que el envejecimiento se refiere a un proceso natural, de deterioro gradual de la persona, pasando por el ciclo constante de construcción, destrucción, reparación y transformación de estructuras y funciones, comienza en la gestación para concluir en la

muerte. Ante este deterioro físico, quedan menos posibilidades de sobrevivencia, y cuando esto sucede en el hombre, la sociedad lo protege de la invalidez prolongando la muerte.

El envejecimiento heterogéneo se manifiesta en las distintas necesidades sociales y de salud que la población anciana enfrenta de manera competitiva en la sociedad que aprecia la juventud y el consumo (Torres & Villagrán, 2010). Debido a esta heterogeneidad es que se debe de abordar individual y colectivamente. Individualmente, por que trata el envejecimiento de la persona desde el nivel biológico, psicológico y sociocultural; y colectivamente debido al envejecimiento poblacional, y las consecuencias económicas y sociales (Pérez et al., 2006).

Existen varias propuestas sobre como concebir el envejecimiento. Desde la perspectiva biológico funcional, Baltes y Baltes (1990, en Ocampo & Álvarez 2007) mencionan tres patrones de envejecimiento: el primero es el normal o usual, que se define por la presencia de patología biológica o mental alguna; el óptimo o competente y saludable asocia un buen funcionamiento cognitivo y una adecuada capacidad física, además de una baja probabilidad de existencia de enfermedad y/o discapacidad; finalmente, el envejecimiento patológico se determina por la etiología médica y síndromes de enfermedades.

Una distinta visión sobre las formas de concebir el envejecimiento, es la de González-Celis et al. (2009), donde de igual forma menciona tres categorías:

Normal: Cuando se presentan las pérdidas o deterioros, lentos, continuos, graduales, casi imperceptibles, e irreversibles, en los niveles, biológico, psicológico y social hasta llevarlo a la muerte.

Patológico: los cambios se despliegan de manera abrupta, vertiginosa y apresurada en uno o en todos los niveles.

Exitoso: Aquí de igual manera se presentan pérdidas y/o deterioros, sin embargo también se presentan ganancias que ayudan a que las personas de la tercera edad aprendan a minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias.

Al envejecer inicia un proceso que acarrea consecuencias de cambios y pérdidas, requiriendo de la adaptación social, intelectual y afectivo-emocional, que dependerán de condiciones biológicas, sociales y psicológicas, además de los recursos que posea el individuo, indica Velasco & Sinibaldi (2001, en González-Celis, 2010). De esta manera para que las personas logren tener bienestar se requiere re-estructurar la vida en base a las capacidades y limitaciones, dar prioridad a los proyectos y adaptar estrategias adaptativas con las que se cuenta, para llegar a cumplir los proyectos, aceptando a la vejez como otra de las etapas de la vida, que tiene sus propias características, y aprender a disfrutarla y vivirla con dignidad. Del envejecimiento resulta la vejez, la cual comienza en distinto tiempo, de individuo en individuo, debido a las condiciones de alimentación, los hábitos de la vida, el nivel económico, la educación y la estructura social (González-Celis et al., 2009), pues la condición de vejez y sus grados, no los determina la edad del todo, sino las condiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas, las cuales varían en sentido y relevancia de acuerdo con las épocas, las culturas y las clases sociales.

Otra de las posturas para diferenciar la vejez del envejecimiento es la de Ham-Chande (2003, en González, C., 2010), proponiendo que las características y eventos que marcan la vejez, son la independencia, el trabajo, la actividad sexual, la conformación de la familia, la procreación, el cuidado de los hijos, la responsabilidad de la familia y la sociedad, en cambio el envejecimiento, es cuando comienza la degradación física y mental, causa pérdidas, incapacidades y autonomía, hasta concluir en la muerte.

1.3 Características de la población adulta mayor

El envejecimiento es biopsicosocial, pues el hombre se encuentra como agente activo bajo un entorno cambiante a lo largo de todo su ciclo vital, por lo cual puede tratarse de manera multidisciplinaria al proceso de cambio, al que todas las personas nos dirigimos a partir de la segunda mitad que marca el ciclo de vida, exponen Ramos, Meza, Maldonado, Ortega, y Hernández (2009).

Este modelo, muchas veces se entiende sólo bajo las perspectivas médico-biológicas explicando que el envejecimiento involucra pérdidas progresivas, irreversibles y degenerativas, sin tomar en cuenta los factores sociales como la historia, de lo cual

argumenta Villar (2004), que la diferencia en los cambios de cada persona se debe a la configuración histórica y social, además del intento del individuo por adaptarse. Al contrario de la perspectiva médico-biológica, el mismo autor, menciona que el envejecimiento como todo proceso evolutivo presenta pérdidas y ganancias, la persona es vista como un organismo activo capaz de adaptarse y compensar las pérdidas que experimenta, de manera que éstas afecten lo menos posible sus actividades cotidianas.

La vejez está relacionada a un proceso que implica cambios o procesos biológicos, psicológicos y sociales, estos cambios suceden de manera independiente uno de otros (Ramos et al., 2009). De acuerdo con Davies (1999, en Ocampo & Álvarez, 2007), el proceso de envejecimiento posee las siguientes características.

1. Es universal: ningún individuo se encuentra exento de ello, y afecta a la mayoría de los seres vivos.
2. Continuo: comienza desde la existencia del ser humano, deteniéndose hasta llegar a la muerte.
3. Irreversible: una vez iniciado el proceso no se puede retroceder.
4. Intrínseco: pues se encuentra condicionado genéticamente.
5. Heterogéneo: se produce dentro de los diferentes medios y aparatos de un mismo individuo.
6. Deletéreo: explica la disminución progresiva de la capacidad funcional de cada individuo, causando una mayor vulnerabilidad. Desde esta perspectiva biológica, se expone que el envejecimiento se caracteriza por una falla en la capacidad de mantener el equilibrio del cuerpo, como son las respuestas adaptativas, debido a condiciones de estrés fisiológico. Esta falla se da por la vulnerabilidad del individuo.

1.3.1 Características físicas y biológicas

Gonzalo (2002), explica que los cambios físicos que provoca el envejecimiento son debido a que las células pierden la capacidad de dividirse, aminorando la actividad de tejidos, órganos y músculos, haciendo que el sujeto pierda vitalidad. Este envejecimiento celular está determinado por los genes, por ser ellos quienes establecen el periodo de vida

de los organismos y de cada persona, aunque el ADN es tan inestable que puede sufrir alteraciones que son auto-reparadas, esta capacidad de regeneración tiene una relación con la longevidad del hombre, el cual es el más longevo de los mamíferos.

Generalmente las teorías biológicas se basan en los cambios físicos que se presentan con el paso del tiempo. Pérez y Sierra (2009, en Sánchez, 2013) describen tres importantes teorías biológicas:

1. La teoría de los radicales libres desarrollada por Harman en 1956. Explica que el daño acumulado de los radicales libres, afectando el desarrollo de patologías, aunque no influye en el avance del envejecimiento, (Bernis, 2004; San, 1997).
2. Hayflick, propone la senescencia celular, que explica que las células pueden replicarse in vitro, por un número de veces limitado. El envejecimiento celular es la causa del límite de la longevidad, a causa del acortamiento de los telómeros en cada división celular.
3. Las células madre pierden su capacidad de regeneración, por el agotamiento en su función reparadora de tejidos, capacidad disminuye con la edad.

Algunos cambios físicos que aparecen con el envejecimiento se presentan en la visión, audición, gusto y olfato, en la apariencia, capacidad de movilidad, en el sistema cardiovascular, respiratorio, excretor, hormonal, inmune, reproductor, nervioso autónomo, nervioso central, aparato digestivo. Los cambios en estos órganos y sistemas pierden capacidad de recuperación, disminución en su velocidad y calidad de sus funciones, el ritmo vital de cada uno de ellos comienza a reducir desde la adolescencia (Moragas, 2004).

A primera vista, las condiciones físicas que denotan en envejecimiento son la sequedad en la piel, arrugas, canas, caída del cabello, disminución en la fortaleza o la agilidad y también pérdida en el atractivo ligado a la sexualidad, a los cuales se les agrega otros menos visibles, como son la pérdida de la vista, de la agudeza acústica o debilitamiento de la memoria, en el caso de las mujeres una marca biológica significativa es la menopausia (Ham-Chande, 2003 en González, C., 2010).

Sin embargo, a pesar de todo lo que implican estos cambios, es posible que la vejez sea sana al igual que otras etapas, buscando o creando un papel social que posibilite el vivir

de acuerdo a las menores posibilidades vitales. La vejez tiene sus propias potencialidades que permiten una relación específica con el individuo y el medio, cuando las demandas están acorde al nivel de funcionalidad. Lo que es perjudicial para las personas mayores en este sistema de valores y aptitudes, es que están diseñadas para una población joven, trabajadora, con funcionalidad física, que son características que demandaba la industria del siglo XIX, por requerir un gran esfuerzo físico (Moragas, 2004). El envejecimiento biológico es un declive, un desmoronamiento, aunque esto no frena el crecimiento personal hasta la muerte (Gonzalo, 2002).

1.3.2 Características Psicológicas

En la vejez además de los cambios físicos, también se presentan cambios psicológicos debido al deterioro cognitivo y a los diferentes cambios del ambiente, algunos de los más estudiados son los cambios afectivos emocionales, cambios de la personalidad, la memoria, el procesamiento de la información y educación.

1.3.2.1 Cambios Afectivos Emocionales

Ansiedad:

La ansiedad en el envejecimiento se desempeña como un importante componente en el proceso de ajuste de esta etapa. Este desajuste se puede expresar físico, psicológico, y socialmente. La principal característica de la ansiedad es la preocupación excesiva, junto con estrés, nerviosismo, angustia, miedo y tensión (Acosta & García, 2007).

Al llegar a la vejez, la ansiedad puede surgir por pensamientos y situaciones. El sufrimiento por las enfermedades y las limitaciones que conllevan, son de los grandes temores de las personas mayores. Los pensamientos que generalmente producen ansiedad, para Gonzalo (2002) son: a) “perder la cabeza”, padecer algún tipo de demencia senil; b) dejar de ser independiente; c) dolor y sufrimiento prolongado. En las personas más aprehensivas estos pensamientos les producirán ansiedad. Estos pensamientos se desencadenan por ciertas situaciones. La *muerte* es uno de los eventos negativos, que como documenta Sáez et al. (1999 en Pérez et al., 2006), puede producir ansiedad. El fallecimiento del conyugue, puede afectar a nivel físico, emocional, social y económico.

Con la pérdida de personas importantes, disminuye la red social de apoyo, originando un estado de aislamiento, de privación social y emocional, sin tener consuelo, compañía, y con una participación social casi nula. La pérdida de seres queridos puede provocar efectos negativos en la salud, y hasta la muerte.

Las personas que piensan que han perdido su lugar funcional dentro de la sociedad, presentan pensamientos que originan ansiedad, aburrimiento, baja autoestima, depresión, dudas sobre sí mismo y estrés. Esto sucede con la jubilación no planeada. Cuando no se planifica el retiro, las personas ocupan varias horas en la cama, ante la televisión o insulsas con otros jubilados, teniendo como resultado una vejez rápida, aburrida y aislada. Estos comportamientos desadaptativos, en muchas ocasiones pueden ser reflejo de ansiedad y tensión, llevando a las personas a realizar actividades consideradas “inservibles” de acuerdo a su realización personal y reconocimiento familiar y social (Pérez et al., 2006).

El retiro del trabajo más que un descenso de la actividad laboral envuelve el planteamiento de un nuevo rol con expectativas diferentes y contrapuestas en ocasiones, la modificación del ritmo cotidiano de vida, la re-estructuración de nuevas relaciones familiares y sociales, reordenar los intereses personales de acuerdo al tiempo libre, etc. La insuficiente preparación, el inadecuado contenido temático del nuevo rol, la falta de información sobre la realidad de la familia, de la empresa o institución del jubilado, los prejuicios sociales, que se relacionan con la jubilación y la persona mayor, provocan un efecto negativo sobre su futuro más pronto, miedos por la nueva situación económica, e incertidumbre sobre el uso del tiempo que ya no se trabajará.

Soledad:

La soledad en la vejez, es un tema tratado con poco optimismo, debido a las ideas injustas sobre la vejez. La soledad muchas veces es resultado del individualismo y de la sociedad que impone un sistema de valores y de relaciones interpersonales que causan en las personas desazón, ansiedad, desasosiego e inestabilidad. La soledad es un sentimiento de aislamiento y abandono, pero también puede ser un estado positivo para la relación personal, de control sobre la propia vida. En los adultos mayores la soledad la padecen de

manera significativa, sobre todo en la octava década, que en su mayoría es de 75 a 76 años según Peplau y Perlman (1982 en Pérez et al., 2006).

Para Villa (2005) la soledad es un efecto del empobrecimiento de la calidad de las relaciones sociales y las experiencias de vida con sus allegados, la soledad se siente a pesar de que se esté en medio de mucha gente, en reuniones de la familia, pues aunque los demás hablan entre ellos sobre temas donde ya no encaja la persona de edad avanzada. Con la jubilación las personas mayores reducen sus relaciones con la comunidad por diferentes razones, al mismo tiempo en ocasiones los padres, hermanos o amigos están enfermos o muertos, provocando el aislamiento y la presencia de una creciente sensación de soledad. Esta sensación de soledad, no es agradable para las personas de la tercera edad, aunque si les gusta ser independientes en los aspectos físicos y emocionales. (Schaie, 2003; Gonzalo, 2002a).

La soledad está estrechamente relacionada con la dependencia por que entre más años tenga la persona, más dependerá emocionalmente de la familia. Un estudio holandés, encontró que la soledad se asocia comúnmente con el estar solo y sin pareja, sin embargo esta mucho más relacionada con la ausencia de apoyo de los amigos que con la ausencia de pareja. Cuando las personas son cada vez más grandes disminuyen las interacciones con los amigos y aumentan la interacción con los familiares. Al ir avanzando en edad, están más limitados a sus hijos. En las zonas rurales y en colonias marginadas puede causar el acercamiento e interacción con los vecinos, que son los únicos que les pueden brindar apoyo (Schaie, 2003).

Depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992, en González-Celis, 2009), ha definido la depresión como un estado de ánimo que se caracteriza por la disminución de la capacidad de interés y disfrute, una baja en la vitalidad, provocando una reducción de actividades y cansancio exagerado por muy pequeño que sea el esfuerzo y puede durar dos semanas seguidas o más. Otros síntomas importantes es la disminución de atención y concentración, pérdida de la autoestima, sentimientos de inferioridad, sentimientos de culpa, de ser inútil, representación triste del futuro, pensamientos y actos suicidas o de

autoagresión, pérdida del hambre y trastornos del sueño. Los dos síntomas más importantes son los sentimientos de tristeza y la pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban.

En los adultos mayores, la depresión es uno de los principales problemas de salud mental que los afecta personal, familiar y ambientalmente. En muchas ocasiones la depresión es considerada un trastorno propio de la tercera edad, debido al estado vulnerable en que se encuentran los adultos mayores por los cambios físicos, el deterioro de la salud, el empobrecimiento social, el cese del trabajo, la partida de los hijos, la muerte del conyugue, entre otros, que se presentan a partir de los 70 años. Estas circunstancias pueden ser el origen de síntomas depresivos.

Dougñas (2010) anunció que la prevalencia de depresión nacional era en el 2010 de 4.5%. La tendencia sube conforme la edad avanza, y baja, con los niveles de educación altos. La disminución familiar, un bajo nivel educativo y la soledad, están también relacionados con la presencia de depresión. Pando Moreno et al. (2001) citado por el autor anterior, encontró en los adultos mayores de Guadalajara Jalisco, tenían una prevalencia de depresión de 36%, con 43% en mujeres y 27% en hombres. Los factores de riesgo hallados fueron la actividad laboral, el estado civil, ser viudos o solteros y la edad avanzada en los grupos de 80 a 84 años. También se encontró que la discapacidad física con niveles mayores de dependencia es causante de depresión.

La depresión es biopsicosocial, esto explica por qué en la mujer la presencia de depresión es dos veces mayor que en los hombres. La forma en que experimentan la depresión las mujeres y los hombres es distinta, así como la manera de afrontarla. Las mujeres admiten sus sentimientos de tristeza, inutilidad o culpa excesiva (Pollack, 1998; Cochran y Rabinowitz, 2000).

Tratar la depresión, requiere de tratamientos que vayan de acuerdo con las necesidades del paciente. Algunos tipos de terapia eficiente pueden ser la psicoterapia o “terapia hablada”, la terapia interpersonal y la terapia cognitivo conductual. La psicoterapia aborda casos de depresiones leves o moderadas, aunque para una depresión grave, la psicoterapia no es suficiente. La mayoría de los adultos mayores deprimidos nunca han

recibido atención clínica para la depresión. La oferta en servicios de salud, no siempre concuerda con las necesidades de los adultos mayores y los servicios ofertados son subutilizados. Al atender la depresión se puede disminuir la discapacidad, la morbilidad y reducir los costos de atención en salud. Aunque aún falta investigación sobre lo que se debe de hacer con los pacientes (Dougñas, 2010).

1.3.2.2 Cambios en la Personalidad

Se ha confirmado que la mayoría de las personas mayores sanas mantienen las características de su personalidad de la madurez hasta los últimos años de su vida, según se permita el ambiente. Lo que realmente cambia la personalidad de los mayores, es la influencia del entorno social (Moragas, 2004).

Schaine (2003) menciona que en un estudio americano transcultural, se encontró que ciertas características de la personalidad como la aprensión, tensión, bajo apoyo social y un mal estado de salud física eran predictores de la soledad en la población adulta mayor, por otro lado encontraron que problemas cognitivos y el bajo apoyo social predecían la soledad en una muestra de suecos.

1.3.2.3 Memoria

La “memoria” para Hans (2003) es la recepción, almacenamiento y recuperación de la información, mientras que Moragas (2004) la define como un elemento de gran peso en el aprendizaje, pues lo que no se recuerda es inexistente. Es de gran ayuda en la resolución de problemas y brinda seguridad al autoconcepto. La memoria trabaja a través de un complejo proceso en donde los datos entran como imágenes de acuerdo a las experiencias y vivencias del sujeto, y además con la capacidad de discriminación que puede ser placentera o no, según la percepción del individuo. Las experiencias agradables se recuerdan mucho más que aquello que afecta personalmente o que es indiferente al individuo. La memoria es clasificada por su acercamiento con los hechos como: Presente (Primaria), Remota (secundaria), Vieja (terciaria). Comúnmente se dice que las personas mayores recuerdan mejor los sucesos pasados que los presentes, aunque sea verdad, se tiene que tomar en cuenta las condiciones del contexto en el cual se produjo ese aprendizaje. Conforme pasa el

tiempo se comienzan a recordar mejor aquello que se oye que lo que se ve, lo cual puede deberse más que a la capacidad de la memoria a la capacidad de los sentidos.

En muchos casos las limitaciones psíquicas, manifiesta Moragas (2004), son etiquetas que no han sido demostradas científicamente, y que son sustentados por prejuicios populares de las pérdidas mentales o deficitarias. Está demostrado que la memoria inmediata (información que viene de los sentidos, permanece un lapso de tiempo se procesa y/o se pierde) tiene casi el mismo nivel de deficiencias que en otras edades, y las deficiencias de la memoria inmediata pueden ser compensadas mejorando la memoria remota a través de ejercicios y técnicas. Cuando el origen del declive de la memoria se debe a causas biológicas (las células cerebrales se pierden y sufren cambios) es inevitable e irreversible la pérdida. Tanto las causas biológicas como psicosociales, son de gran peso en el la capacidad de la memoria. Los aspectos de mayor peso son:

- La inteligencia (recuerdan mejor los más inteligentes).
- La falta de hábitos y recordar alguna rutina de la vida cotidiana.
- Falta de motivación (para qué aprender, si se olvida).
- Profecías autocumplidas (los sujetos al dudar de la utilidad de lo que puede aprender, se dicen a ellos mismos que olvidarán lo que aprendan).

Es posible que las deficiencias de la memoria en la tercera edad se deban a la aceptación de los estereotipos sobre decadencia de la memoria en esta etapa.. Las personas mayores, se sienten desamparadas por los escenarios de aprendizaje y de recuerdo, pues asumen que su fracaso es debido a su incapacidad, y el éxito lo cargan a su suerte.

Se ha encontrado, en pruebas con adultos mayores, una disminución en el recuerdo espontáneo y una leve disfunción ejecutiva, aunque si pueden aprender información nueva con un 10% que se suma por década de menor habilidad de aprender y recordar (Pérez, Z., 2010).

La pérdida de la memoria puede ser impedida o retrasada a través de mecanismos preventivos como las técnicas mnemotécnicas, que prolongan la duración del aprendizaje, utilizando materiales que despierten el interés de las personas, reduciendo las interferencias

en el aprendizaje, e informar que la pérdida de la memoria se puede evitar en cualquier momento ejercitándola.

1.3.2.4 Procesamiento de la Información

1.3.2.4.1 Inteligencia

Medir y definir la inteligencia no es fácil, sin embargo es una de las principales facultades y es determinada como un conjunto de aptitudes mentales y capacidad de razonamiento. Uno de los problemas es que los tests de inteligencia no valoran adecuadamente la capacidad intelectual total de las personas mayores, pues estos test están contruidos para medir el rendimiento intelectual más que la aptitud, aunque se ha comprobado que el declive de la inteligencia en las personas mayores se encuentra influido por el ambiente (guerras, situación económica, acontecimientos políticos, estado civil, crisis, fracasos, muertes, etc.), más que por la edad cronológica. Este decremento de la inteligencia se presenta de manera general hasta los setenta u ochenta años, y aun así, se puede prevenir a través de un medio que contenga estimulantes que permitan mantener la aptitudes intelectuales (Moragas, 2004).

Schaie (2003) importante investigador en el área de la inteligencia, de uno de sus estudios longitudinales reportó que la inteligencia era una de las facultades mentales más estables hasta la octava década de la vida. Los cambios que encontró fueron principalmente en facultades que no eran importantes para la vida diaria o en las actividades menos ejercidas.

Por otro lado Tirado (2001) menciona que la inteligencia se divide en dos: Inteligencia fluida e inteligencia cristalizada. Con la inteligencia fluida se refiere a la capacidad de adaptación y rendición de nuevas tareas que no tiene contenidos simbólicos o semánticos. Esta es la inteligencia biológica de la persona, que se determina por factores innatos y basados en la actividad del sistema nervioso central. La inteligencia cristalizada es producto de la influencia cultural en el individuo, el cual acumula a lo largo de su vida un gran conjunto de conocimientos aprendidos, que dependen de factores educativos que proceden de la experiencia. La diferencia entre una y otra, es que la cristalizada puede aumentar con la edad, a través de la estimulación que brinde el contexto facilitando la

recopilación de nueva información, en cambio la inteligencia fluida desciende con la edad, Juncos-rabadán, Facal, Álvarez & Rodríguez (2005) señalan la edad de declive de la inteligencia fluida, a los 70 años, mientras la inteligencia Cristalizada, la cual está encargada del vocabulario y de la organización semántica, se conserva e incluso incrementa con la edad.

1.3.2.4.2 Creatividad

La creatividad es una característica y estrategia que es parte de la inteligencia. Tienen seis elementos de base: 1) la capacidad intelectual; 2) el conocimiento; 3) el estilo intelectual; 4) las características de personalidad; 5) la motivación y; 6) el contexto ambiental.

Se puede caer en el error de pensar que la juventud, es el momento de mayor creatividad, no obstante, los académicos (historia, filosofía, literatura) son más productivos en sus últimos años, incluyendo los setentas; los científicos en los 40, 50 y 60 años; los artistas un poco antes, en los 30 y 40; los historiadores en general, producen un alto porcentaje de trabajos después de los 60. Autores de otras disciplinas crean historias sutiles de sus dominios en educación, matemáticas, psicología, etc. La productividad de los ancianos creativos es en realidad sorprendente (Schaie, 2003).

1.3.2.4.3 Capacidad de Aprendizaje

El aprendizaje y la productividad están ligados a las edades más jóvenes, por esta razón la sociedad tiene una actitud negativa sobre el aprendizaje en la ancianidad. La psicología educativa que apoya el desarrollo integral, explica que la asimilación de conocimientos nuevos, aptitudes y hábitos de estudio tienen lugar en cualquier edad, y que el único cambio que hay es la velocidad de asimilación. Aunque el aprendizaje implique más tiempo, no se ve afectada la integridad social, pues la velocidad de la asimilación no tiene importancia, ya que no se es miembro de la población activa. Esto se ha demostrado con las escuelas para las personas de la tercera edad en donde se enseñan nuevos oficios después de la jubilación, además de procesos de reciclaje industrial, que pueden aprender fácilmente y con mayor motivación que los jóvenes, pues el aprendizaje de nuevos

conocimientos está relacionado con variables como la motivación, la salud, el interés, etc. (Moragas, 2004).

Con los avances tecnológicos, en ocasiones, se originan cambios en las formas de trabajo y en la mano de obra se requiere de nueva adaptación, re-entrenamiento y ciertos niveles educativos. Las personas de edad avanzada con limitadas oportunidades educativas, frecuentemente no se adaptan adecuadamente a las nuevas exigencias del trabajo, y los prejuicios patronales sobre la capacidad de aprendizaje y adaptación a nuevas metodologías, ocasiona ideas negativas sobre las utilidades que se pueden obtener en la inversión de capacitación y reacomodo en el empleo del personal envejecido y que muchas veces terminan despedidos, ya que existe una fuerte demanda de la mano de obra joven que intenta insertarse en el mundo laboral. A esto se suma las condiciones económicas y la incapacidad del país para crear nuevos empleos que cumplan con la cobertura de oferta laboral.

1.4 La Feminización en la Vejez

Las mujeres son mayoría entre las personas de la tercera edad. En México el 54% de la población mayor de 60 está compuesto por mujeres. Por esto es importante hacer un análisis del envejecimiento desde la perspectiva de género. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define género como: “la construcción social basada en la diferenciación biológica de los sexos (fenotipo y genotipo), que se expresa a través de las relaciones de poder-subordinación representadas en las adscripción de funciones, actividades, normas y conductas esperadas para hombres y mujeres en cada sociedad” (Torres & Villagrán, 2010). Todas estas funciones que son diferentes entre sexos, deben de ser estudiadas para entender el fenómeno de la feminización de la vejez, y construir proyectos que atiendan efectivamente este fenómeno.

Como se dijo en el párrafo anterior las actividades, normas y conductas determinadas por la sociedad marcan una diferencia en el envejecimiento femenino y el envejecimiento masculino. Las mujeres en la etapa de jubilación, de acuerdo a estudios de Wilson (1960 en Colom, 1999), tienen una vida social más activa que los hombres, forman parte de asociaciones, se integran a las actividades de la sociedad, asisten a reuniones de

personas mayores, etc., lo cual tiene un efecto positivo en su vejez. El hombre permanece más tiempo en el hogar, teniendo una vida social menos activa. Las mujeres esperan que los hombres con la edad se vuelvan menos dependiente de ellas, mientras los hombres esperan lo contrario (Schaie, 2003). Para la mujer, la etapa de la vejez puede ser de mayor libertad antes de la jubilación de su pareja, ya que después, tienen mayores responsabilidades respecto a su esposo y al hogar. Cuando los hombres llegan a enfermar las mujeres, se convierten en cuidadoras de tiempo completo (Barrentes 2006; Giró 2005).

Este papel de cuidadoras repercute en la salud de las mujeres, las cuales cuentan con pocos recursos y vínculos con los sistemas de salud y seguridad social tan importantes en la vejez, debido a que en el ámbito laboral, la participación de la mujer en sus años productivos fue limitada y llena de irregularidades en su trayectoria laboral, en parte por la reproducción y el cuidado de los hijos. El trabajo ejecutado por las mujeres, probablemente fue en condiciones precarias e inestables (Villagómez, 2010). Barrente (2006) indica que el trabajo remunerado en la mayoría de las sociedades incluye a mujeres hasta entre los 60 y 65 años, aunque realmente trabajan hasta que mueren, debido a responsabilidades domésticas, el cuidado del esposo, de los nietos, entre otras. Estas actividades tienen repercusiones físicas y psicológicas en la mujer, quien tiene un menor acceso a la protección social que los hombres, lo que afecta su salud. Así que, aunque las mujeres tengan una mayor esperanza de vida que los hombres, no significa que vivan mejor, pues su salud se ve afectada por falta de previsión social, ingresos precarios o de trabajo no remunerado.

Además de las situaciones de trabajo para las mujeres, los cambios biológicos que intervienen en el ciclo reproductivo de esta, influyen en enfermedades crónicas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial. El 80% de las mujeres mayores de 60 años padece mínimo una enfermedad crónica (Amin, 2003, en Torres & Villagrán, 2010). Estos cambios fisiológicos, emocionales y socioculturales naturales dentro del propio ciclo de vida se presentan desde la mediana edad de las mujeres, exponiéndolas a riesgos y problemas de salud, como los síntomas vasomotores, disminución del interés sexual, osteoporosis, disminución de hormonas por lo ovarios, enfermedades cardiovasculares, endócrinas, y cánceres entre otras enfermedades. Asimismo las exposiciones de violencia, medicamentos

de control reproductivo, intervenciones quirúrgicas, y otros elementos, impactan en su salud y sobre todo en la calidad de vida en la vejez. La situación de salud es más grave en mujeres solteras, viudas, divorciadas o abandonadas, éstas tienen mayor probabilidad de padecer numerosos estragos en su salud, además de sufrir depresión, falta de movilidad y pobreza (Barrentes, 2006).

La diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, son las principales causas de mortalidad en las mujeres. El cáncer por cuello de útero y el cáncer de mamá son los más frecuentes tipos de cáncer. La desigualdad de oportunidades de educación y de trabajo que enfrenta la mujer adulta, influye en el acceso de los recursos materiales para satisfacer necesidades sociales y de salud, de la etapa adulta y de la vejez perjudicando su calidad de vida. Las mujeres mayores existen bajo una situación de desventaja social pues son pobres y con baja escolaridad si es que la tienen. En la vejez el sexo femenino se enfrenta a una doble discriminación social, por ser mujeres y por ser adultas mayores.

La mayor probabilidad de que las mujeres mayores sean vulnerables a nivel económico, social y en salud, puede provocar aislamiento físico y emocional. El aislamiento se agrava por la gran posibilidad de que las mujeres enviuden, debido a que ellas viven más que los hombres. La esperanza de vida en México, a los 60 años para los hombres es de 22.1 años, mientras que para las mujeres es de 23.2 años. Las mujeres generalmente se casan con hombres mayores que ellas, lo cual aumenta la probabilidad de que enviuden. Una investigación en Florida, reportada por Petrowsky (1976, en González, C., 2010), dice que las viudas se aíslan socialmente de familiares y amigos, organizaciones sociales y religiosas, más que las mujeres casadas.

Datos del INEGI (2012), reportan que el 56.3% de las personas que viven solas de entre 60 y 64 años, son mujeres y el 62.3% con más de 80 años de edad. El gran número de mujeres que viven solas, representa todo un reto por las limitaciones causadas por enfermedades degenerativas o incapacitantes físicas, que requieren de ayuda familiar y de amigos. Colom (1999) explica que si las mujeres no cuentan con lo necesario monetariamente, pasarán a depender en el mejor de los casos de los hijos, los cuales tendrán gran influencia en su vida social de acuerdo al nivel de aceptación que tenga sobre

las actividades que llevan a cabo. Para Giro (2005) la viudez puede ser una etapa de mayor libertad, aunque si se depende monetariamente de los hijos, ellos influirán en su vida social en la medida de la aceptación sobre las actividades que lleven a cabo.

La necesidad de la investigación sobre vejez femenina en sus distintos contextos es de gran importancia, ya que más de la mitad de la población de la tercera edad es mujer. Esta parte de la población de la tercera edad femenina es la más pobre y la menos alfabetizada, y muchas veces ejerce el papel de cuidadora (Villasana 2009, en Torres & Villagrán, 2010). Investigaciones sobre la vejez con un enfoque de género nos podrán indicar diferencias entre los dos sexos en distintos niveles (biológico, social y psicológico). Generando este conocimiento será posible construir nuevos valores que influyan en los patrones culturales de la sociedad, y así, mejorar las condiciones de la vejez en las mujeres de la tercera edad, y de cualquier etapa de su desarrollo

2 CALIDAD DE VIDA

En la tercera edad ocurren cambios biológicos, psicológicos y sociales que determinan la calidad de vida (CV), por la valoración que hace cada individuo sobre el grado de bienestar y satisfacción general de su vida y por su funcionamiento social, psíquico y físico. Los adelantos técnicos y científicos contribuyen a que la esperanza y la CV mejoren, aunque después de cierta edad la CV disminuye por las limitaciones y malestares.

2.1 Definición de Calidad de Vida

Existe un gran número de definiciones de CV que difieren en distintos aspectos, no obstante los autores concuerdan que no hay un solo enfoque que defina y explique completamente la CV por el régimen de valores, estándares y perspectivas, que tiene cada individuo, en cada grupo y en cada lugar. De acuerdo a esto, la CV radica en la sensación de bienestar que se puede experimentar por los individuos, y que simboliza el conjunto de sensaciones subjetivas y personales de “Sentirse bien” (Sarabia, 2009).

El bienestar, está relacionado con el estado psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad física, la satisfacción con la vida, el apoyo social y el nivel de vida en el que se aplican los indicadores normativos subjetivos y objetivos. Desde la perspectiva subjetiva, el bienestar se define como la satisfacción por la vida y felicidad, que es conceptualizada como la valoración completa de su vida en general que las personas realizan de acuerdo a juicios personales (González-Celis, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (The WHORQOL Group, 1996, en Millán 2011) define la CV como “La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que se vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”. La CV, es la sensación o percepción que cada persona tiene respecto a la satisfacción que le provee su vida con base al entorno cultural, el sistema de valores, a sus deseos y preferencias, agregan que el cúmulo de factores externos y objetivos condiciona positiva o negativamente la CV. La interacción entre la satisfacción con la vida y las situaciones objetivas de vida, son parte de la CV, estas son: la familia, las

actividades laborales o recreativas, las prestaciones estatales, y la satisfacción de las necesidades sociales (Osorio, Torrejon, Vogel, 2008). Estimar la CV permite conocer si las personas perciben si sus necesidades están siendo satisfechas o no.

La OMS (en Vargas, 2011) identifico 6 áreas que describen los aspectos elementales de la CV en todas las culturas: área física, psicológica, autonomía, relaciones sociales, el contexto y las creencias personales y espirituales. Como se puede observar, cada postura respecto a la CV, combina distintas variables o áreas objetivas o subjetivas, esto hace que la CV sea un concepto multidimensional de acuerdo a la población estudiada.

Los aspectos cualitativos de la CV, sugiere Pérez et al. (2006), son la cobertura de necesidades, como la vivienda, educación, salud, cultura, las relaciones sociales, al contexto ambiental, el acceso a recursos culturales, los riesgos de la salud física y mental. Estas áreas se consideran objetivas de acuerdo a la percepción del bienestar personal, siendo esta percepción un indicador del nivel de CV. La percepción subjetiva es el principal rasgo de la CV, puesto que un sinnúmero de personas con limitaciones o discapacidades que sienten satisfacción al igual que las personas que no tienen limitaciones, discapacidades, y que cuentan con recursos económicos suficientes que presentan menor satisfacción. La satisfacción vital hace referencia a la evaluación general sobre la propia vida a partir de comparaciones de las circunstancias de otros, o con el grado de cumplimiento de aspiraciones y logros. La percepción de satisfacción se entiende respecto a las actividades y estatus actuales sobre su vida pasada.

Esencialmente la CV, subraya Osorio et al. (2008), ha sido definida desde un enfoque subjetivo, retomando las vivencias de los individuos en distintos contextos, dándole cabida al contexto social, cultural y de valores en el que se experimenta la vida cotidiana. Esta subjetividad tiene dos maneras de entenderse: 1) La evaluación de la situación actual, tomando en cuenta las limitaciones y posibilidades; y 2) la satisfacción frente a dimensiones concretas de la CV, y la satisfacción que tiene como referencia al contexto social y cultural en el que se mueve el sujeto.

Para Sánchez-Sosa y Gonzáles-Celis (2006, en González-Celis, 2010) la CV, abarca tres dimensiones en base a la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel

de vida, que son indicadores objetivos y subjetivos de funciones físicas, sociales y emocionales. Las dimensiones nombradas son:

- 1) el estado funcional: que se refiere a todo lo que la persona puede hacer.
- 2) el acceso a los recursos y las oportunidades: son designados como objetivos.
- 3) la sensación de bienestar: designada como subjetiva.

Las dos primeras son parte de la CV objetiva y la tercera hace referencia a la CV subjetiva.

Bajo esta dualidad objetiva-subjetiva, la autora propone evaluar la CV de dos maneras: por medio de un juez ajeno y experto, que mida criterios externos, por ejemplo, lo que la gente posee y que refleja su CV, usando indicadores objetivos y del juicio del individuo por medio de su nivel económico, escolaridad, salud, vivienda o alimentación. Los indicadores objetivos deben ser evaluados por individuos ajenos (evaluación externa) sobre la funcionalidad física, psicológica y social, tomando en cuenta las oportunidades y acceso a los recursos que la persona posee. Y la segunda forma de evaluar la CV, es por medio de la percepción del sujeto sobre su bienestar, las valoraciones sobre los cambios, condiciones, oportunidades y acceso a los recursos con que cuentan.

La medición de la CV en la vejez, contempla en su mayoría aspectos biomédicos, aunque existen otros factores con mucha importancia como la autonomía, la interacción y las redes sociales, la economía, la vivienda, el contexto de la localidad, las actividades recreativas y de ocio, la relación con los cuidadores, la capacidad de tomar decisiones, la dimensión geográfica, que afectan la percepción sobre la CV. La valoración que cada sujeto hace de su CV, es una valoración personal, que compara aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores, personales, actitudes y necesidades. Se trata de un reflejo directo de las condiciones reales objetivas, y también de la evaluación hecha por el sujeto. Por esto, la CV es un constructo complejo y multifactorial, en donde existe una dualidad objetiva-subjetiva. La parte subjetiva se refiere a las concepciones de bienestar o satisfacción con la vida, y la objetiva hace referencia a los aspectos de funcionamiento social, físico, y psíquico, y la conjugación de las tres determina la CV.

2.2 Variables Importantes para la Calidad de Vida en la Vejez

Dentro de los estudios para identificar las variables más importantes en la CV, se halló, que cubrir necesidades básicas materiales, como la vivienda, acceso a la salud y una buena alimentación, son indispensables para tener un buen nivel de CV. Entre las necesidades más importantes, está la salud, que incluye la percepción de las personas “Sentirse bien” (Osorio et al., 2008).

En otra investigación, realizada por González-Celis (2010) se encontró que la variable salud, es la de mayor importancia para la percepción del bienestar, porque incluye otros aspectos de la vida como son los biológicos, conductuales y ambientales, que a su vez influyen en los cambios físicos provocados por la enfermedad, por ejemplo el estado funcional (capacidades y limitaciones físicas e intelectuales), predicción de enfermedades, factores de riesgo y los servicios de salud. Otras esferas afectadas por la salud, son la esfera social, la economía y la actividad.

En el caso de los enfermos crónicos, la CV es muy importante, porque valoran las condiciones que proceden de la enfermedad o del tratamiento, cambiando su percepción sobre cómo su situación de vida, su bienestar físico, emocional y social. La salud, es valorada por cada individuo de acuerdo a sus criterios personales, estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y se evalúa de acuerdo a componentes de la persona, de naturaleza físico-biológica (síntomatología general, discapacidad funcional, sueño, etc.); emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración, etc.) y social (situación ocupacional, las relaciones familiares y sociales, recreación, etc.) (González-Celis et al., 2009).

En otro de sus estudios, la autora y sus colaboradores, encontraron en una muestra de personas de la tercera edad que asistía de manera frecuente a centros recreativos y culturales de la Ciudad de México, que el 27% de ellos se auto percibía con una regular CV y 17% con una CV pobre. Por otro lado, una parte significativa considera que tiene una CV pobre. Un poco más de la mitad tenía una CV moderada, y los puntajes de los dominios no eran muy altos. El dominio más bajo fue el de salud física debido al deterioro biológico. La

razón de estos puntajes moderados y altos respecto al nivel de CV, puede ser que estas personas asistían a centros recreativos y culturales de manera frecuente.

La salud, es la variable más importante en la CV de las personas, no obstante hay muchas otras que la afectan de manera significativa. Los estudios realizados por González-Celis (2010) y sus colaboradores, han encontrado una considerable lista de variables asociadas con la CV. Estas variables son: jubilación, espiritualidad, bienestar subjetivo y actitud ante el propio envejecimiento. A detalle se descubrió que los ancianos que continúan trabajando tenían una mayor CV que aquellos que estaban jubilados. Las personas al jubilarse pierden estatus, reducen su red de apoyo y disminuyen sus ingresos, lo cual afecta las relaciones con las personas cercanas y en la forma de enfrentar los cambios que vienen, afectando todos los niveles de la vida.

Sobre la actitud positiva respecto a su envejecimiento, se encontró que tienen una correlación positiva con la CV, mientras que la actitud negativa hacia envejecimiento se debía más a aspectos psicológicos y emocionales que ha aspectos de deterioro biológico o corporal. Los problemas principales respecto al estigma social que se enfrentan en la tercera edad, es el rechazo al dejar de ser productivo y que perjudica la percepción de sí mismo. La actitud que un anciano tenga de sí mismo depende del estilo de vida y de la historia personal. Más que por el deterioro biológico, la actitud negativa hacia el envejecimiento depende de factores psico-emocionales.

En otra investigación realizada por Blane et al., (2002, en Walker, 2006) sobre la CV en personas entre los 65 y 75 años, se observó que los problemas más recientes que han tenido estas personas impactan sobre su CV. Estos acontecimientos o problemas son el deterioro de la salud, la disminución de finanzas y el fallecimiento de personas cercanas. Al examinar la influencia del conjunto de los acontecimientos de vida, los más actuales son los que ejercen mayor influencia sobre la CV.

Roberson (2003, en Walker, 2006) indagó en la participación laboral en los mayores entre 50 y 75 años. Encontró que las personas que mantenían su actividad laboral a pesar de su edad, contaban con un mayor nivel de bienestar. Las personas en paro y los que buscaban trabajo obtuvieron puntuaciones más bajas en CV, Incluso se encontró que las

diferencias en los grados de satisfacción y bienestar entre las personas mayores activos laboralmente, no activos y jubilados se debía a su relación con el trabajo y principalmente por los factores relacionados con su entorno. Algunos de los factores influyentes en la satisfacción y el bienestar pueden estar reforzados por la participación en las actividades laborales remuneradas. Las diferencias significativas encontradas entre los grupos fueron el ambiente de los ancianos sin empleo estaba empobrecido, los mayores con empleo tenían más objetivos establecidos, una mejor calidad en la interacción interpersonal, y una mejor posición social. Los ancianos jubilados presentaron una mayor oportunidad de control personal y mayor disponibilidad de dinero.

Un factor importante y reconocido para la CV, afirma Osorio et al., (2008) es el trabajo, especialmente en los adultos mayores de clase media y baja, ya que les permite tener un ingreso extra además de la pensión, y relacionarse con otras personas. Según el nivel socioeconómico, los componentes de la CV cambiarán. Las personas de clase alta, tienden a realizar actividades recreativas y de ocio. Las personas de nivel medio y bajo, se centran en aspectos económicos, pues se mide en dinero, el acceso a la salud, alimentación, actividades recreativas, etc. Las variables más importantes para una buena CV, encontradas en el estudio de este mismo autor, son: respecto a lo individual, la autonomía, las relaciones familiares, y del entorno social. Este último hace referencia a las políticas y espacios públicos, que tengan en cuenta sus necesidades y espacios de reunión. Se mencionaron algunas características de la ciudad, tal como el transporte, el servicio, el conocimiento de las rutas, la incertidumbre ante el funcionamiento del sistema, las dificultades para movilizarse y caminar por la ciudad para realizar sus actividades y hacer uso de los servicios que necesiten. El entorno social, incluye las relaciones intergeneracionales, sobre todo las de parte de los jóvenes. Los mayores que participan en grupos sociales, le dan un mayor peso a las actividades que ocupen su día. La familia, también es un factor que mejora la CV, y aunque muchos de los mayores apoyan a sus hijos, ellos no quieren sentirse utilizados para el cuidado de los nietos. También reportaron que es necesario cubrir necesidades básicas materiales, como la vivienda, acceso a la salud y una buena alimentación para un buen nivel de CV. La necesidad más importante es la salud que incluye la percepción de las personas “Sentirse bien”.

La práctica de actividades instrumentales y de procesos acomodativos de afrontamiento son elementos esenciales para una buena adaptación durante el proceso de envejecimiento. Estos dos elementos significativos determinan la satisfacción en el envejecimiento, y se vinculan a la CV de los mayores (Iglesias, Bárcenas, Abella, Galán, 2010). La discapacidad irá afectando la capacidad del sujeto para realizar actividades diarias como el ocio y las relaciones sociales, después las instrumentales que encierran actividades como el uso del teléfono, el manejo de dinero, etc., finalmente se verán disminuidas las actividades básicas tales como vestirse, asearse, o alimentarse (Millán, 2011).

En diferentes investigaciones se han encontrado coincidencias en la identificación de indicadores de la vejez satisfactoria: Salud, economía, relaciones sociales y afectivas, formación e información, y otras variables que permitan la existencia de sentimientos y actitudes positivas.

La CV está fuertemente unida a la satisfacción, el bienestar y la felicidad, por las condiciones objetivas de la vida, están proyectadas a través de las aspiraciones, expectativas, experiencias, motivos, sentimientos y valores del hombre, que son factores, valoraciones y emociones, todos ellos personales, que son apreciadas subjetivamente, junto con los factores objetivos de la vida. Tomando en cuenta este concepto se podrá mejorar la atención a las necesidades de las personas de la tercera edad, debido a los cambios físicos, psicológicos y sociales que presentan y los pone en una situación de vulnerabilidad, por lo que necesitan de estrategias de atención que aseguren una vida digna.

En el caso de las mujeres, la CV es superior que la de los hombres antes de la menopausia, después, la CV de las mujeres desciende. Para ambos sexos es necesario idear estrategias que contribuyan a mejorar la CV en la tercera edad, y para lograrlo se requiere tener conocimientos actuales sobre la CV en la que viven las personas mayores de 65 años con distintos padecimientos, tales como depresión y enfermedades crónicas (Gallegos-Carrillo et al., 2009, en Dougñas, 2010).

Mejorar la CV en la vejez depende de la adaptación intelectual, social y afectivo-emocional de los sujetos respecto a las pérdidas y cambios, por medio de los recursos que

la persona posea. De esta manera, conservar el bienestar de una persona requiere la reestructuración de su vida en función de las capacidades y limitaciones, organizar en nivel de importancia las metas y adecuar las estrategias para llegar a ellas.

Es importante seguir investigando sobre lo que la persona mayor percibe como una buena o mala CV. Las intervenciones no deben dejar de lado la CV de las personas de edad, para lo que aún se requiere de un gran trabajo para afinar sus componentes.

La prolongación de la vida, reclama políticas socio-sanitarias que intervengan en la población para impulsar estilos de vida saludables que amortigüen los problemas por enfermedades. La salud y el impacto en la CV han sido numerosamente estudiadas, además de la influencia de las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física y los servicios que reciben los mayores.

3 ENVEJECIMIENTO EXITOSO

Existen distintas maneras de concebir el envejecimiento, González-Celis (2010), propone tres formas:

1. El normal, en la cual el individuo presenta pérdidas y deterioros, lentos, continuos y graduales que son inalterables y paulatinos a nivel biológico, psicológico y social, que concluyen en la muerte.
2. Patológico: Se presentan cambios de forma abrupta, rápida y acelerada en uno o más niveles al mismo tiempo.
3. Exitoso: Se presentan pérdidas y también ganancias no necesariamente al mismo tiempo. Se aprende a minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias.

El envejecimiento exitoso, se basa en el concepto de “bienestar subjetivo” el cual se entiende como el nivel de satisfacción experimentado al hacer una valoración o juicio de sus vidas. La satisfacción de la vida, se relaciona con el concepto de Calidad de Vida (CV). El envejecimiento exitoso tiene cabida en el momento en que las personas se sienten satisfechas al adaptarse a los nuevos cambios vitales. Muchos estudios se centran en la CV, para determinar el envejecimiento exitoso. Los factores que permiten el ajuste de las personas al envejecimiento exitoso (envejecimiento satisfactorio), son la CV, el bienestar subjetivo y sus componentes.

El objetivo de una “vejez con éxito” es la de conocer los límites del funcionamiento en la edad avanzada y las condiciones que permiten el mantenimiento de la funcionalidad a edades mayores, y que tienen su base en dos importantes conceptos, la variabilidad interindividual (ésta recoge la diversidad que existe en las personas de la tercera edad), y la plasticidad intraindividual (que asume la capacidad de nuevos aprendizajes de los mayores). El concepto de envejecimiento satisfactorio está ligado a la adaptación y ajuste personal de los acontecimientos que vive cada sujeto (Iglesias et al., 2010).

En el envejecimiento exitoso, a pesar de las pérdidas y deterioros, genera ganancias, nuevos aprendizajes, conserva la actividad física y mental, todo esto, mantiene una participación activa en la vida. Sin embargo ni la teoría de la actividad, ni el modelo de

envejecimiento exitoso, han tomado en cuenta cómo es que se adapta la persona mayor a las nuevas condiciones de vida. La ausencia de enfermedad, junto con el mantenimiento de las capacidades funcionales y la participación activa en la vida, es la combinación para el envejecimiento exitoso (Acosta, Dávila, Rivera & Rivas (2010):

1. **Ausencia de enfermedad de discapacidad y factores de riesgo:** comprende la ausencia de enfermedades crónicas, como por ejemplo, del corazón, eventos vasculares cerebrales, bronquitis, diabetes, cáncer, osteoporosis, enfisema o asma. Cuando existe discapacidad se recomienda seguir realizando las actividades básicas. Considera que la ausencia de factores de riesgo incluye el no fumar, no tener hipertensión, obesidad, etc.

2. **Mantenimiento del Funcionamiento físico y cognoscitivo:** es aquella capacidad para llevar a cabo actividades instrumentales en el hogar y en la comunidad.

3. **Participación Activa en la Vida:** engloba el contacto con amigos, familiares, y realizar actividades que pueden ser o no ser pagadas, cuidar a niños (generalmente suelen ser los nietos), limpiar la casa, etc.

Fernández-Ballesteros (2009, en Acosta, 2010), menciona que para llegar a un envejecimiento exitoso por medio de una buena salud y cuidado físico, se tendrá que impactar en la psicología del individuo, a nivel cognitivo y emocional motivacional, así como en un buen nivel de salud, de condición física, y del funcionamiento social que implican importantes mecanismos psicológicos y conductuales. La promoción del envejecimiento exitoso requiere la optimización de las condiciones idóneas a través de intervenciones biomédicas, físicas, psicológicas y socio-ambientales. Que como ya se había dicho, el envejecimiento exitoso supone la prevención de enfermedades, de discapacidad, la maximización de bienestar y CV en la vejez.

El modelo de envejecimiento exitoso, propone la optimización selectiva y compensación para la adaptación de la vejez. Específicamente se refieren: a) selección de determinadas áreas que sufren cambios debido al estilo de vida anterior; b) optimización de los recursos utilizados para el cumplimiento de las actividades, y que maximizan las opciones; y c) compensación por otros recursos, aunque al igual que la selección se ve restringida por las condiciones en la adaptación (Sánchez, 2013).

Las acciones para promover el envejecimiento exitoso y que se relacionan con el quehacer de la psicología, indica Acosta (2010) son las siguientes:

1. Reducir los factores de riesgo que se asocian a los padecimientos de mayor prevalencia e incrementar los factores que promueven la salud conductual y el funcionamiento físico:
 - Llevar una adecuada alimentación a lo largo de la vida
 - Advertir el uso de tabaco y el uso saludable del alcohol.
 - Implementar políticas para el cumplimiento de uso de la medicación y una buena adherencia de los tratamientos.
 - Promover la participación física a lo largo del proceso de envejecimiento.
2. Promover factores protectores y el buen funcionamiento cognitivo:
 - Efectuar programas de alfabetización y programas de educación continua en profundización educativa.
 - Difundir el uso de ejercicios cognitivos en la vejez.
 - Promover la responsabilidad con tareas intelectuales demandantes
 - Ejercitarse en habilidades verbales y de comunicación.
3. Implementar el afecto positivo y las estrategias de funcionamiento:
 - Promover la participación en actividades reforzantes para prevenir la depresión y la soledad.
 - Promover estrategias de afrontamiento al estrés, la ansiedad y las situaciones conflictivas.
 - Promover la percepción de creencias de autoeficacia
 - Promover el pensamiento positivo y el sentido de control.
4. Implementar el funcionamiento psicosocial y la participación:
 - Evitar el empobrecimiento social de las personas mayores y abatir los estereotipos negativos respecto a la vejez y a los mayores.
 - Promover las creencias de eficacia colectiva en las personas mayores.
 - Promover la conducta pro-social en personas mayores.
 - Fomentar la participación social e implicación social.

El papel de la psicología es importante para el diseño de este modelo, tanto a nivel general como particular, y más aún en el tema de la prevención.

Otras acciones a llevar a cabo para preservar la autonomía y lograr un envejecimiento exitoso, es construir programas preventivos para tener una vida digna, respetable, apacible y tranquila; y demandar pensiones para el retiro. Estos aspectos contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida en la vejez, por disminuir el grado de dependencia del adulto mayor de sus familiares o de la sociedad (González-Celis et al., 2009).

3.1 Teoría de la actividad

La adaptación satisfactoria de los adultos mayores en el entorno social ha desatado diversas propuestas. Una de las primeras fue propuesta por Tartler en 1953 (Hans, 2003), quien planteó que la única vía de las personas para ser felices y estar contentos con la vida, es mantener la actividad y las posibilidades de realizar una acción útil para otros, y los que no fueran útiles, y no realizaran alguna función en la sociedad serían infelices. Para Lehr & Thoma; Motte & Muñoz, (2003 y 2002 en Acosta, 2010), la ejecución de un gran número de interacciones sociales se correlaciona con un nivel elevado de adaptación y satisfacción, provocando que el adulto mayor se mantenga activo efectuando distintos roles, conservándolos y desarrollando nuevos papeles que desempeñar.

Hans (2003) encontró que en los ancianos con CI más alto, que tienen variedad de intereses, un mejor estado de salud, una visión de futuro amplia y la posibilidad de estimulación, se sienten más contentos y satisfechos al disminuir sus roles sociales. Ante al aumento de actividad, reaccionan de manera negativa.

Lemon, Bengston & Peterson (1972, en Acosta, 2010) sugieren que los componentes de la actividad, como la frecuencia de participación y el tipo de actividad, determinan el nivel del bienestar subjetivo, por lo que suponen que es de gran relevancia mantener tres tipos de actividades: 1) las actividades sociales informales, como el contacto frecuente con niños, familiares, vecinos, salidas de viaje, etc.; 2) las actividades sociales formales: la participación constante en grupos de personas mayores, cuidar a enfermos,

recibir clases de manualidades, actividades en la iglesia, y otras más; 3) Las actividades solitarias: frecuencia de lecturas de libros o periódicos, ver televisión, o escuchar radio.

Acosta (2010) concluye que más que la actividad en sí misma, lo que realmente es importante para el sujeto es el sentido que le da a las actividades. No es importante una gran cantidad de actividades, si no que las actividades que se realicen sean significativas y gratificantes.

La naturaleza y los mecanismos que fundamentan la relación entre la actividad, el bienestar percibido o satisfacción con la vida, como la frecuencia de la ejecución y los tipos de actividades, determinan el grado de la percepción de bienestar. La actividad y el esfuerzo son la base para un envejecimiento óptimo, puesto que amortigua las limitaciones de sus contactos sociales a causa de la pérdida de relaciones sociales en el envejecimiento. Un estilo de vida activo, junto con los roles sociales, conserva adaptadas a las personas mayores social y psicológicamente, pues al igual que en cualquier edad, se tienen necesidades psicológicas y sociales de mantenerse activos (Acosta et al., 2010).

Con el envejecimiento las actividades cotidianas se ven afectadas por las restricciones externas como el tiempo y alcance espacial, factores internos como los cambios relacionados al envejecimiento normal y/o patológico, que fomentan y/o dificulta la participación en algunos tipos de actividades o intervienen en como la persona mayor estructura su vida diaria. El envejecimiento normal involucra numerosos cambios biofísicos, psicológicos y sociales inevitables y que suceden como consecuencia del paso del tiempo: más en específico, los cambios como el debilitamiento muscular, la pérdida de agudeza de los órganos, el decremento de la capacidad para resolver problemas, y otros más. También se pueden presentar cambios a consecuencia directa de patologías específicas, como las vasculares, arterioesclerosis, demencias, etc.

Las actividades por su nivel de complejidad son divididas en instrumentales y básicas. Las instrumentales son, por ejemplo usar el teléfono, hacer compras, preparar comida, dar mantenimiento al hogar, lavar ropa, usar el transporte, manejar responsablemente la economía, y otras actividades específicas de las personas adultas mayores. Son importantes para tratar pacientes con demencia y con deterioro cognitivo

leve, porque estas actividades se relacionan con distintos errores funcionales, como “olvidar cosas en el fuego de la estufa” y “no poder concentrarse en más de una cosa”. Estos errores son causa, en varias ocasiones del deterioro funcional cognitivo funcional en la memoria; en el procesamiento de la información y funcionamiento ejecutivo, que son capacidades fuertemente relacionadas a las actividades. Las actividades instrumentales, permiten mantener la autonomía del adulto mayor. Ejecutarlas requiere de una mayor complejidad de organización neuropsicológica que las actividades básicas (control de esfínteres, alimentación, higiene personal y movilidad funcional).

En los adultos mayores primero se pierden las actividades instrumentales que las básicas. Lawton y Brody (1969 en Acosta, 2010) determinan que las actividades instrumentales, dependen en gran medida de la salud física o fuerza, y son llamadas “actividades instrumentales físicas”, y que hacen referencia a tareas como usar tomar medicamentos, hacer una dieta balanceada, manejar dinero, etc., se categorizan como actividades que requieren de recursos cognitivos complejos y son conceptualizados como “Actividades instrumentales cognitivas”, o bien “Actividades instrumentales del hogar”.

Por sus características, las actividades instrumentales, sirven como un indicador de competencia funcional y de independencia. Cuando se presentan las limitaciones, el bienestar subjetivo de las personas mayores se ve afectado. A su vez, las actividades básicas e instrumentales tienen una importancia considerable para mejorar la CV y capacidad funcional de las personas mayores (Acosta, 2009). La independencia para realizar actividades cotidianas es un indicador de CV que representa lo que las personas pueden realizar, las capacidades funcionales que se poseen, los recursos físicos, psicológicos, y sociales con los que se cuenta y el grado de satisfacción con la vida que informan ellos.

Algunas actividades son una pieza clave del papel de los indicadores de la CV, o ser variables del constructo total. Acosta (2010) identificó los siguientes componentes de la CV en la población adulta mayor: el estatus de salud, habilidades funcionales, recursos financieros, relaciones sociales y familiares, actividades diarias y recreativas, servicios sociales y de salud, satisfacción con la vida, recursos culturales y la calidad del medioambiente. Los factores socioeconómicos ambientales, al igual que los factores

personales o intraindividuales, como son la satisfacción con la vida, salud percibida y las conductas motoras, son considerados determinantes de la CV. Es importante entender, que los factores financieros, culturales, y sociales, determinan la salud, las habilidades funcionales, las relaciones sociales, las actividades recreativas, y la satisfacción con la vida.

El bienestar subjetivo en las personas, es débito al grado de satisfacción que brinda cada actividad, de ahí surge la hipótesis de que las actividades sociales informales se relacionan más a la satisfacción con la vida que las actividades formales, que muchas veces se encuentran relacionadas con la satisfacción con la vida que las actividades solitarias. La teoría de la actividad es un aliciente para las personas que quieren hacer un sinnúmero de actividades, sin tomar en cuenta los límites de la edad, para vivir su proceso de envejecimiento con satisfacción y adaptados a las nuevas situaciones, sin embargo no considera a las personas más débiles económicamente ni a los de mayor edad. Esta teoría solo es aplicada para los viejos más jóvenes, y pareciera que solo se enfoca en la etapa de la jubilación más que en todo el proceso del envejecimiento.

Es substancial no perder de vista que la teoría de la actividad como modelo de envejecimiento exitoso, tienen un sesgo importante respecto a cómo adaptar a un adulto mayor en las circunstancias vitales asociadas al envejecimiento, las cuales repercuten en el funcionamiento de la vejez, y las estrategias que utilizan los adultos mayores para adaptarse a las pérdidas y retos en su desarrollo y que es de suma importancia estudiar.

3.2 Envejecimiento Activo

El envejecimiento activo, como explica la OMS (en Camacho, Gámez & Guerrero, 2010) es un proceso de optimización para cuidar la salud, tener una mayor participación y seguridad para mejorar la CV al mismo tiempo que se envejece. Es aplicable en general para la población, ya que brinda la oportunidad de potencializar el bienestar físico, mental, emocional y social en el ciclo de vida, a través de la participación social en función de sus necesidades, deseos y capacidades que les den protección, seguridad y cuidados. El IMSS rescatando la definición de la OMS, manifiesta que el envejecimiento activo es un proceso que permite mejorar la situación física, mental y social en la etapa de la vejez, con la finalidad de extender la esperanza de vida con la mejor salud posible, en un estado de

productividad y con CV. Esta definición incluye la atención médica, factores sociales, económicos y culturales que favorecen al envejecimiento. Este concepto explica el envejecimiento activo como el proceso de optimización de oportunidades en salud, participación y seguridad, que fomentan la CV de las personas de la tercera edad. Promueve la participación social de los adultos mayores con el objetivo de mantener la capacidad funcional durante toda la vida. El principal fin es activar a los adultos mayores a un mayor nivel posible de funcionalidad de acuerdo a la edad, y mantener su independencia, evitando la discapacidad (Cloos et al., 2010 en Sánchez, 2013), retrasándola para mantener una CV digna por medio de la participación del individuo, la familia, la comunidad y las instituciones.

El envejecimiento activo se construyó como una estrategia de promoción de salud, guiados por los principios dictados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para las personas mayores, las cuales dictan que la salud con independencia y seguridad son la base de las intervenciones sociales orientadas a combatir factores de riesgo personales, conductuales y ambientales. Lograr el envejecimiento activo y saludable como parte de la cultura, requiere de la interacción de los elementos sanitarios, económicos, sociales, del entorno físico y conductual de las persona, para conseguir una mejor CV, basada en la dignidad, salud, funcionalidad e independencia. El envejecimiento activo, el auto cuidado y la atención solidaria necesitan de la participación individual, familiar y colectiva, por ejemplo de redes sociales de apoyo, institucionales y comunitarias (Camacho et al., 2010).

Conseguir un envejecimiento activo de manera efectiva, demanda la modificación de algunas condiciones, por ejemplo: facilitar el acceso a la formación primaria, ampliar los niveles de educación, incrementar el disfrute, favorecer los desplazamientos urbanos, promover la jubilación como el inicio de una fase de la vida llena de posibilidades y de realización personal, propiciar el aprovechamiento de la riqueza cultural, fomentar la práctica del turismo, difundir en la sociedad y en especial en alumnos y profesorado el interés por el fenómeno del envejecimiento, realizar programas de formación profesional en geriatría y gerontología y el entrenamiento en habilidades sociales (Pérez et al., 2006).

El modelo de envejecimiento activo obligatoriamente tiene que considerar la participación del personal institucional capacitado, familias y comunidad, promoviendo la

prosperidad de redes familiares, el desarrollo de redes institucionales y comunitarias, para mejorar el bienestar físico, mental y social de los adultos mayores, mediante recursos humanos, materiales, financieros, tecnológicos efectivos y además, de los centros de seguridad social, unidades deportivas, centros de artesanías, entre otras. Es de importancia la red social institucional, para vincular los servicios médicos, sociales, institucionales y de dependencias próximas que puedan fomentar la salud, el envejecimiento activo y saludable y lograr prevención, detección oportuna, tratamiento eficaz, control adecuado y rehabilitación precoz, y así evitar la disminución de discapacidad física, mental y social. La red social de apoyo institucional, tiene la finalidad de capacitar gerontológicamente al personal. Las redes de apoyo comunitario, son importantes para difundir y utilizar la cultura del envejecimiento activo y de proporcionar el desarrollo de acuerdo a sus capacidades de gestión y atención teniendo en cuenta los derechos, necesidades individuales, familiares y comunitarias en todo el ciclo de vida, dando protección seguridad, acompañamiento y cuidados adecuados. Las redes familiares, deben de permitir los apoyos solo cuando sean necesarios, y difundirlo con amigos, los allegados, los vecinos compañeros laborales, miembros de organizaciones de la comunidad y asociaciones civiles.

Los adultos mayores bajo un contexto de objetivos, motivaciones, habilidades, preferencias, necesidades, deseos, restricciones externas, cambios normales y patológicos, llevan a cabo actividades que aseguran el cuidado personal, como el comer, bañarse, vestirse, etc., que son labores importantes para la vida. Naturalmente el envejecimiento involucra forzosos cambios biofísicos, psicológicos y sociales y que se presentan con el paso del tiempo. Por otro lado el envejecimiento patológico, conlleva cambios a causa de una enfermedad, como son las enfermedades vasculares, arterioesclerosis, demencias, etc., y no por causa del envejecimiento normal (Acosta et al., 2010).

Es importante prevenir las incapacidades en la etapa de la vejez, para que los adultos mayores puedan conservar su autonomía, salud y CV en la medida de lo posible, terapia ocupacional como un medio terapéutico que apuntala un programa de rehabilitación por medio de actividades diarias, expresivas, creativas, intelectuales, docentes, industriales, vocacionales, recreativas y sociales. Los objetivos de la terapia como indica González (2007), son: 1) mantener la funcionalidad, la cual recupera o mantiene funciones físicas por

medio de actividades que permiten incrementar la amplitud articular y la fuerza muscular; 2) contribuir en la conservación de la independencia; 3) el aumento de la autoestima por medio de la estimulación, facilitando la aceptación de sus desventajas, aprovechando sus capacidades y potenciar sus facultades; y que sea recreativa a través del esparcimiento y la diversión se pretende promover una participación activa en relación con personas (González, 2007).

La mayor parte del tiempo y energía de los adultos se encuentra centrada en el trabajo. En la cultura Occidental el trabajo es una fuente de ingresos, regulador de otras actividades, otorgador de estatus o posición social, permite establecer relaciones, y obtener nuevas experiencias importantes para la vida (Villa, 2005). La jubilación es la marca de inicio del proceso de envejecimiento y la declaración oficial de la entrada a la vejez, en donde interactúan elementos como la valoración del trabajo, expectativas ante el desempleo y la inactividad, cambios en las relaciones familiares y sociales, habilidad para desempeñar nuevos roles sociales, variables de personalidad y otros eventos. Los obstáculos para quienes quieren trabajar, como son la salud, escasos alicientes económicos, jornadas laborales poco tradicionales, cambios tecnológicos, falta de posibilidad de ser promovidos, insolencias de sus habilidades, discriminación, etc., limitan la permanencia laboral.

Cuando las personas dejan de trabajar, el tiempo libre es mucho mayor, pierden un importante enlace social y el salario se reduce ocasionando aislamiento. Realizar actividades gratificantes sirve para aprovechar el tiempo libre, aprender a hacerlo requiere de una preparación antes de la jubilación. Otras personas, piensan que la jubilación significa disponibilidad de tiempo para realizar actividades anheladas, y emancipación del trabajo. Es importante preparar a las personas para la jubilación y evitar que se sientan rechazadas, no valoradas y poco indispensables y que esto afecte su autoconcepto, seguridad de identidad. No todas las personas tienen la misma capacidad para sustituir las recompensas que les brindaba el trabajo, y solo les queda adoptar actitudes pesimistas y de inactividad en la jubilación (Villa, 2005).

En el envejecimiento activo intervienen factores que facilitan o dificultan su desarrollo, Pérez et al. (2006), mencionan algunos:

- Económico: los ingresos de las personas mayores son limitados, por la falta de pensión o porque es insuficiente, no tienen hijos o viven solos. La escasa economía impide que las personas mayores puedan tener una vida digna y libre de preocupaciones monetarias.
- Papel Sanitario: a los programas de salud les corresponde el objetivo de prevenir y reducir los factores de riesgo de los más pobres y en las enfermedades importantes, cuidados a plazos largos, etc.
- La familia: Es la primera institución en la que se integra el individuo y con la que más tiempo pasa. Además es la primera fuente de ayuda al adulto mayor que necesita apoyo.

Para que la jubilación sea un éxito y aumente la CV, es sustancial tener una actividad que entusiasme, y conserve la salud física y mental. Quienes se jubilan de manera voluntaria perciben oportunidades para desarrollarse personalmente y en otros aspectos. La preparación para la jubilación debe enfocarse en orientar a las personas en planear la vida a futuro en temas de economía, salud, de actividades, planes y desarrollo de nuevas relaciones.

La vida con actividades proporciona satisfacción, sin embargo llenarla de actividades que no tienen sentido para los sujetos provoca desilusión, infelicidad y depresión. Villa (2005) sugiere que es indispensable, que las personas tengan interés por el futuro, que se sientan parte de la sociedad y que influyen en ella, cumpliendo alguna función, produciendo alguna prueba notoria de su valor, planteándose objetivos de vida, aprendiendo a dar y recibir libremente sin presiones de la sociedad competitiva. Las actividades deben proporcionar bienestar, satisfacción, razones para existir y para contribuir con la vida y ser reconocido por ello. Desarrollar la función social y hacer algo significativo son necesidades del hombre. Por medio de la satisfacción se consiguen logros. Los jubilados requieren de involucrarse en alguna cosa importante, que pueda ejecutar constantemente y que aporte a la sociedad.

Las actividades ofrecen propósitos de la vida, distracción, diversión y creatividad. La estimulación y la satisfacción de las actividades son necesarias para las personas. Si la

persona no tiene alguna actividad, puede ser porque aún no encuentra la indicada para él. Hay muchas oportunidades para explorar nuevas actividades.

3.2.1 Actividades

Saber cómo los adultos mayores administran su día proporciona una visión de su mundo; ayuda a identificar similitudes y diferencias en los patrones de actividad, y a entender las distintas actividades que construyen un día y en compañía de quien. Incluso ayudan a plantear estrategias que faciliten la adaptación de las personas mayores que presentan pérdidas biofísicas, psicológicas y sociales asociadas al envejecimiento. Evaluar las actividades instrumentales contribuye en la atención clínica de las personas con síntomas de demencia o en su prevención, ya que este tipo de actividades necesita de una compleja organización neuropsicológica, más que de actividades básicas, esto explica que la pérdida de las actividades instrumentales sea antes que la pérdida de las básicas (Acosta, 2010).

Las actividades que realizan las personas mayores, son clasificadas para facilitar su estudio, Horgas et al. (1998, en Acosta et al., 2010) hizo la siguiente clasificación: a) actividades básicas: Mantenimiento personal en término de supervivencia física; b) Actividades Instrumentales: Mantenimiento personal en términos de supervivencia cultura. c) Trabajo, actividades de ocio y actividades sociales, y en d) actividades comunitarias y de autoenriquecimiento.

Las actividades instrumentales como el cocinar, limpiar la casa, lavar ropa, realizar las compras, requieren de salud física y fuerza, también son llamadas “Actividades instrumentales físicas”, y las actividades como el uso del teléfono, tomar medicamentos, hacer una dieta balanceada, administrar el dinero, entre otras, son llamadas “Actividades Instrumentales Cognitivas” o “avanzadas” debido al uso de recursos cognitivos complejos. Otras actividades importantes son las de trabajo, de ocio y sociales, que son comunitarias y auto-enriquecedoras (Acosta, 2010). Una distinta clasificación es la de LemonBengston y Peterson, los cuales dividen las actividades en tres dominios (Acosta et al., 2010):

1. **Actividades Sociales Informales:** Es el contacto abundante con niños (por ejemplo nietos), familiares, amigos, vecinos, salir de viaje, etc.

2. Actividades Sociales Formales: La participación frecuente en grupos de personas mayores, cuidado de enfermos, clases de manualidades, actividades religiosas o de la iglesia, etc.

3. Actividades Solitarias: La lectura frecuente de libros, periódicos, ver televisión, escuchar radio, etc.

Los adultos mayores sobre un contexto de objetivos, motivaciones, habilidades, preferencias, necesidades, deseos, restricciones externas, cambios normales y patológicos, realizan distintos tipos de actividades para la vida diaria, por ejemplo las básicas para la vida, actividades comunitarias y actividades autoenriquecedoras (Acosta, 2010).

Los pasatiempos que aportan a la sociedad, satisfacen necesidades psicológicas, en especial cuando implican un reto para la persona. Tanto para hombres y mujeres, los factores de satisfacción más importantes son la cantidad de relaciones interpersonales y el número total de actividades diferentes que llevan a cabo. Contar con la actitud para el ocio, no es simple, requiere de años de cultivo y desarrollo. Un buen comienzo en la tercera edad, es enseñar el mismo pasatiempo, algunos ejemplos son: cocinar, hacer arreglos florales, pintar cerámica, ir al teatro, ir a museos, visitar empresas, visitar lugares históricos, tener una mascota, las posibilidades son muchas (Villa, 2005).

Comúnmente en el tiempo libre, las personas mayores realizan ejercicio físico, el cual interviene en la conservación de capacidades físicas y psicológicas, que son razones importantes para impulsar programas de ejercicios supervisados, en conjunto con más personas mayores. Las actividades físicas, como salir a conocer nuevos lugares, aprender algún deporte o formas de trabajar el cuerpo también se ubican en esta clasificación (Pérez et al., 2006).

La ausencia de actividades y el descontento con la cantidad de tiempo libre que trae la jubilación, es causa en muchas ocasiones de la falta de objetivos y de motivación, debido a que se fundamenta la identidad solo en el trabajo (Villa, 2005). Los sentimientos de pérdida experimentados por las personas en la jubilación, disminuye los pasatiempos, las actividades recreativas y el autoestima.

Para la cultura Iberoamericana, el trabajo es una fuente potencial de economía y de redes sociales. Cada vez los jubilados se encuentran en mejores condiciones y con la motivación para seguir siendo activos, productivos y tener una participación social. Son capaces de realizar un servicio a la sociedad, como alternativa, practicando la solidaridad, y el voluntariado, la cual mantiene los niveles de autoestima. Ayudar a los demás impactar positivamente después de la jubilación y ser una iniciativa saludable para la vejez.

Una actividad ya sea remunerada o no, crea valor social, por ejemplo un familiar que cuida a algún enfermo o discapacitado, trabajar como voluntario en una iglesia o asociación civil, ser productivo aunque monetariamente no sea retribuido. Las relaciones interpersonales que envuelven un contacto y transición con otros, intercambio de información, apoyo emocional y resistencia directa (Rowe & Kahn, 1997, en Acosta, 2010).

Mantener ese valor social y las relaciones interpersonales puede ser por medio de la continuación de la profesión después de la jubilación buscando actualizaciones de técnicas y herramientas nuevas, impartiendo clases, dando conferencias, creando círculos de estudio, haciendo investigación, y muchas otras posibilidades, que cada persona decidirá dónde y cómo desempeñar, tomando en cuenta que no muchas de estas actividades será retribuidas económicamente, pero si obtendrá un reconocimiento, tal vez solo a nivel personal, pero que será de reafirmación y utilidad. Las actividades educativas y de trabajo enfocadas a la tercera edad, tienen que asumir el cometido de mantener a los individuos actualizados e integrados en su medio sociocultural y laboral, aprendiendo nuevas cosas, enseñándolas a otros, o usándolas de manera productiva. Las personas que encuentran actividades de altruismo, políticas, recreativas, de estudio, dentro de su comunidad podrán ser fuentes de reconocimiento y de pertenencia, ayudando a evitar la soledad, a hacer nuevas amistades y vínculos sociales (González, 2007).

El trabajo que se realiza voluntariamente, sugiere Villa (2005) es importante, valioso y satisfactorio, y los sujetos se involucran ayudando en un hospital, realizando llamadas para una campaña política, y hasta trabajar con niños discapacitados. El voluntario también es una buena oportunidad para probar una nueva profesión y alguna área de interés de la persona mayor. Realizar este tipo de actividades reduce la sensación de soledad, pues

se piensa que su ayuda es de importancia vital y que los beneficios son mayores a sus expectativas. Se ha reportado que las personas que realizan más de 10 horas a la semana de actividades voluntarias tenían calificaciones altas en pruebas que median su sentido por la vida, lo cual demuestra que es una buena opción para sustituir el trabajo, sin todas las implicaciones de éste. No obstante, muchos de los retirados tienen la necesidad de dinero y esto afecta su actitud. Una persona jubilada que realiza algún trabajo y la que no lo hace, la actitud es muy diferente, debido a que el trabajar para ganarse la vida motiva, y el trabajo del jubilado no se somete a presiones y responsabilidades, y tienen la oportunidad de decidir dónde y cuándo trabajar, y tienen menos miedo a equivocarse que cuando eran jóvenes.

El autoempleo, es una opción interesante para mantenerse productivo, por ejemplo estableciendo consultorías o pequeñas empresas. En la consultoría, está la oportunidad de poner en práctica la experiencia. El negocio propio dependerá del empuje, nivel de energía y de los recursos con que cuente el jubilado, así como de las demandas que requiera, puede ser un negocio pequeño que venda algún artículo o una empresa, de acuerdo a sus gustos y pasatiempos. Otra opción es impartir clases, aprovechando las habilidades y técnicas profesionales adquiridas por los jubilados, que son valiosas para muchos estudiantes. Otras alternativas es la realización de conferencias y la enseñanza, pues ambas valoran la experiencia y son flexibles en cuanto a tiempo, brindan las posibilidades de establecer nuevos contactos, de escribir artículos para su publicación, y de participar en actividades educativas, o de periódicos. Vender libros o enciclopedias, vender por catálogo, reparar electrodomésticos, reparar ropa y hacer productos para nichos de mercado, son solo algunas de las posibilidades de autoempleo y de actividades. Conjuntamente con los beneficios monetarios, ejecutar trabajos variados y complejos intelectualmente, ayudarán al mayor a mejorar la flexibilidad y el autocontrol, brindar mayor satisfacción en la realización de múltiples y distintas actividades, así como terminar con la rutina. Las actividades comunes, como ir al cine, a conciertos, al teatro, a museos, talleres de dibujo o pintura, realizar voluntariado, ayudarán a salir de la cotidianidad.

Las personas que permanecen en estado de depresión y son pasivas, indica Beck et al. (1979; en Acosta, 2010), se autocritican por ser pasivos, evitan contacto con otras personas y justifican su actuar, argumentando que no tiene sentido interactuar socialmente

y explican su inactividad como una prueba de su “inutilidad”. Con un plan de actividades los mayores deprimidos se pueden percatar de que la inactividad se asocia a la mayor presencia de emociones y pensamientos negativos. De igual manera, se hacen conscientes de que puede controlar su tiempo e imponerse nuevas metas. En terapia, se comienza pidiéndole al paciente que pruebe participar en más actividades y que reporte si estas mejoran su humor y disminuyen sus preocupaciones, realizando un registro de las actividades que tienen lugar a lo largo del día.

El planteamiento de las actividades que pueden realizar los mayores es amplio, sin embargo, no se sabe mucho acerca de cómo los adultos mayores organizan su vida diaria, aunque es importante conocer las actividades que realizan, dónde y con quien. Esta búsqueda proporciona información sobre los objetivos, motivaciones, habilidades, preferencias, necesidades y deseos de las personas mayores sobre las actividades que son afectadas por factores restrictivos de tiempo, espacio y factores internos como los vinculados al envejecimiento normal y patológico, que entorpece la participación en algunas actividades que influyen o estructuran la vida diaria de la persona.

3.3 Modelo de Envejecimiento Óptimo: Modelo de Selección, Optimización y Compensación (Modelo SOC).

El modelo de envejecimiento exitoso y la teoría de la actividad han aportado suficientes supuestos para lograr un envejecimiento satisfactorio. No obstante, ni una de las dos propuestas considera cómo las personas de la tercera edad se adaptan a las circunstancias vitales relacionadas con el envejecimiento. Cuando se envejece se requiere de cambios y modificaciones en los procesos evolutivos, respetando, cuidando los límites y restricciones que aparecen con la edad. Paul Baltes en 1997 (en Martos, 2005) basando sus supuestos teóricos en la biología y la cultura en el proceso de vida, explica que la adaptación requiere de la selección, optimización y compensación (SOC), y así llama a su modelo para el desarrollo. Advierte que este modelo depende de los recursos del medio, del individuo y los que proporcionen los demás. Este modelo ayuda a mantener los niveles de funcionamiento y que se pueda continuar el desarrollo seleccionando dominios. La efectividad de esta estrategia, dependerán de la habilidad que tenga la persona para generar, emplear y desarrollar las limitaciones y las pérdidas.

Desde esta perspectiva el envejecimiento exitoso se define como la maximización de las ganancias y la minimización de las pérdidas, a pesar de que en la vejez, las pérdidas son superiores a las ganancias. Las ganancias y pérdidas se establecen en criterios objetivos y subjetivos. Por medio del modelo SOC, la persona logra crecer, mejorar el mantenimiento del funcionamiento, regular la pérdida, y así, llegar a la adaptación. Nuestra biología, cultura, elecciones pasadas, facilita o dificulta ciertas trayectorias. La flexibilidad y potencialidad para el cambio, llamado plasticidad, determina el rango y los límites del cambio evolutivo.

La manera en la que opera la estrategia SOC para lograr la adaptación, es a través de los procesos de Selección-Optimización-Compensación, el cual es explicado a detalle por Acosta et al. (2010):

Primero se realiza una selección de objetivos, propósitos que las personas quieren cumplir o mantener, de mayor importancia, dependiendo de las preferencias individuales (selección electiva), y/o las experiencias de pérdidas (selección basada en pérdidas). Cuando las pérdidas son trascendentes, se seleccionan las actividades más significativas del total de las posibles. Se llega a la “selección electiva”, cuando la persona aparta un limitado número de objetivos, jerarquizándolos y enfocando sus recursos personales en función de la importancia de cada uno. En la “selección basada en pérdidas” los recursos se enfocan a los objetivos más importantes y renunciar a los de menor importancia, para adaptarse a las pérdidas. El proceso de la selección es sintetizado en la Figura 1. Limitar las actividades personales es una estrategia para lograr la adaptación, y solo se utiliza en presencia de enfermedades graves; cuando los recursos sociales son escasos, en caso de desamparo; o cuando la capacidad para manejar la condición propia rebasa a la persona.

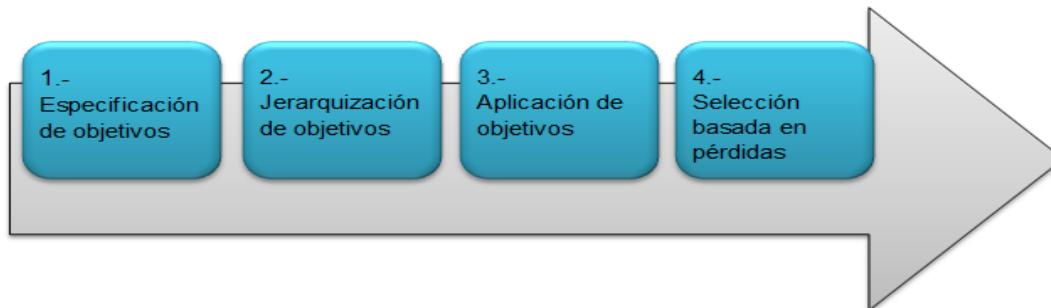


Figura 1.- Propuesta de representación del flujo de selección

Una vez planteados los objetivos, se pone en marcha la optimización, utilizando medios-recursos alternativos de acción para cumplir los objetivos, por medio de la promoción de conductas en torno a la adquisición de medios específicos de acción y la perseverancia ante los obstáculos presentados. Los altos niveles de compensación reflejan la promoción de conductas que implican la inversión de medios alternativos o sustitutos en pérdidas o declives en los medios específicos de acción. Algunos medios-recursos útiles en el proceso de la optimización son: enfoque de atención, persistencia, adquisición de nuevas habilidades/recursos, prácticas de habilidades, asignación de recursos (esfuerzo, energía y tiempo), imitar a otros que optimizan exitosamente, motivación para el autodesarrollo, y muchas más, dependiendo de las necesidades del sujeto.

Por último actúa la compensación, la cual es el uso de medios-recursos alternativos de acción para lograr objetivos. Las pérdidas que enfrentan las personas a razón del envejecimiento, en especial físicas, no siempre las hacen renunciar a las actividades que usualmente desempeñaban, al contrario, buscan la manera de adaptarse a las pérdidas, invirtiendo más tiempo en las actividades para seguir funcionando de la misma manera que antes.

Los medios o recursos alternativos son utilizados para mantener el nivel de funcionamiento, sustituyendo otros medios o recursos de acción, que están en declive o ya no funcionan. Las personas de la misma manera buscan apoyarse en aparatos, dispositivos o en la tecnología (bastones, lentes, amplificadores de sonido, etc.) o apoyarse en recursos sociales para continuar con su funcionamiento al igual que antes, a esto se le llama compensación, estrategia que se da en conjunto con la optimización. Cuando las pérdidas son tan significativas, y la optimización y compensación no son suficientes para continuar

igual que antes, se selecciona algunas de las actividades más significativas del repertorio para seguir adaptado, pero de manera más especializada. Tanto la compensación como la selección brindan a las personas mayores, la oportunidad de continuar con sus actividades a través de nuevos medios, y evitar que se presenten sentimientos de desamparo o pocos recursos sociales.

Se requiere de mayor investigación sobre cómo los mayores utilizan estrategias de selección, optimización y compensación para identificar y lograr objetivos, con el propósito de una mejor adaptación al envejecimiento, en comparación con los que no siguen esta estrategia y el bienestar subjetivo. Esto exige con urgencia la investigación sobre los indicadores conductuales del proceso de selección, optimización y compensación de los adultos mayores, basada en actividades de la vida diaria, donde el registro de tareas será una medida válida para que el adulto mayor demuestre para sí que en su vida cotidiana lleva a cabo diversas actividades y que refute la idea de que “no puede hacer nada”.

En el ajuste del modelo SOC a cada individuo, la orientación del psicólogo es de suma importancia. Su papel será apoyar el proceso de adaptación fomentando siempre la independencia, la interacción en su contexto, promoviendo la imagen positiva de la vejez haciendo sentir a la persona útil, y originando un envejecimiento sano, funcional y una mejor CV (González-Celis et al., 2009).

La utilización de técnicas que son de ayuda en problemas comunes de las personas mayores son: modelado y moldeado, ejercicio físico, enfrentamiento y técnicas de distracción, solución de problemas, modificación de pensamientos disfuncionales y educación para mantener el ritmo de actividades, entrenamiento en habilidades sociales, diseño de ambientes propicios y eliminación de barreras físicas o sociales, Relajación, exposición, auto-instrucciones y otras técnicas cognoscitivas, educación, incremento de actividades satisfactorias, habilidades sociales, relajación, modificación de pensamientos negativos y lectura de manuales de auto ayuda, terapia cognitivo conductual, reestructuración cognoscitiva, y la terapia de resolución de conflictos (Acosta, 2010).

4 VARIABLES DE INCIDENCIA PARA UN ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO Y ADAPTADO

4.1 Cuidado de la Salud

Villa (2005) anuncia que la disminución de ingresos y los problemas de salud, son razones por las que los jubilados se encuentran insatisfechos. Los niveles bajos de satisfacción, se relacionan con las situaciones económicas complicadas (pensiones bajas, disminución de ingresos, hipotecas), problemas de salud, edad avanzada, vivir solo, pobre nivel educativo, y no pertenecer a alguna asociación. Acosta (2010), ubica la salud como el tercer factor objetivo que define la CV, después del apoyo social y las cuestiones financieras. Dentro de los factores subjetivos que definen la CV, primero son las actividades de ocio, la satisfacción con la vida, las interacciones sociales, y finalmente las habilidades funcionales. Hans (2003) puntea que la satisfacción de vivir, también se correlaciona con el estado de salud, y que es un indicador “subjetivo” que puede predecir un envejecimiento exitoso.

Las enfermedades que se presentan en la vejez, pueden afectar la CV de las personas de acuerdo al tratamiento y el deterioro de su funcionalidad. La CV en relación con la salud, es una valoración personal según el estado físico, emocional, y social en que se encuentra el sujeto. La incapacidad, la incomodidad (dolor y fatiga), la vitalidad, el dolor y la discapacidad, son las dimensiones de la salud que se relacionan con la CV y se evalúa a través del paciente. Cuando el adulto mayor contrae alguna enfermedad su principal temor es la pérdida de funcionamiento mental y físico, a presentar dolores frecuentes y difíciles, además de la degeneración progresiva mental y física que puede empeorar debido a depresión, y temor a la pérdida de control (Lazarus, 1998, en González-Celis, 2010).

Estas posibilidades dificultan la vida de los ancianos, causan sentimientos de aislamiento e ineptitud, que aumentan con la fragilidad física que puede presentarse en la vejez obligando a las personas a dejar sus actividades diarias, ocasionando que las personas se sientan inútiles, disminuyan su participación social, y su red de apoyo (González-Celis, 2009).

La salud es un factor importante para mantener la satisfacción, la CV, la actividad y conseguir un envejecimiento exitoso enuncia Sánchez (2013). Mantener la salud implica que las personas adopten estilos y hábitos de vida saludables mucho antes de los 60 años, que incluya el consumo mínimo de alcohol, no fumar, hacer ejercicio, conservar un peso idóneo, una alimentación saludable y mantener la estabilidad del matrimonio, para amortiguar la presencia de depresión. Fomentar el envejecimiento saludable y activo en cualquier etapa, así como la salud psicológica, ayudará a prevenir la aparición de enfermedades crónicas o que al menos, se puedan controlar más fácilmente.

Para promover estilos de vida y hábitos saludables se debe de atender el comportamiento de las personas. La relación que tiene la conducta con la salud es muy fuerte, a partir del contacto directo con los agentes patógenos y nocivos del medio, y por vías más indirectas como son el consumo de alcohol, tabaco, polifarmacia, el tiempo de alimentación, los hábitos de higiene, las horas de sueño, el grado de actividad, todas estas conductas perjudican la salud del organismo de manera gradual. La salud depende del estilo de vida en un 51%, el ambiente 20%, la biología otro 20%, y 9% de los servicios de atención sanitaria. Esto podría repercutir en los costes sanitarios (Martos, 2005). Existe una serie de factores que pueden ayudar a conservar la salud, y así reducir la morbilidad y mortalidad. Cuidando la salud se puede asegurar una mayor vida en el hogar, prevenir la ruptura familiar y mejorar la expectativa de vida, manteniendo una buena CV.

Existen tres factores importantes para los estilos de vida y que serán explicados en este trabajo: el sueño, actividad física y la alimentación. Empezaremos con la actividad física.

4.1.1 Ejercicio

Es definido por Ramírez (2002) como una serie de movimientos corporales producidos por los músculos y el esqueleto, por medio del consumo energético que beneficia a la salud. La actividad física, es indispensable para un estilo de vida saludable, por sus beneficios en la disminución en el riesgo de la mortalidad. Investigaciones realizadas en Estados Unidos, afirman que el 12% de las muertes son causa de la falta de actividad física.

En la vejez, la práctica del ejercicio, además de prolongar la vida y evitar las enfermedades, tiene otros beneficios: 1) evita la reducción de la capacidad funcional y la disminución del tamaño de los órganos; 2) impide la atrofia por el desuso común en la vejez; 3) imposibilita la reducción de masa ósea y muscular, de 30-40%; 4) previene fracturas; 5) mantiene los reflejos y la agilidad haciendo que las caídas sean menos frecuentes; 6) beneficia al aparato respiratorio; y 7) mejora la resistencia y la acción de la insulina. La euforia producto del ejercicio disminuye la tensión nerviosa y ansiedad; conjuntamente distrae de los problemas. El cansancio muscular y la sensación de relajación fungen como sedantes ante estados de nerviosismo y sobreexcitación. Producen una sensación de seguridad y confianza en uno mismo, cuando se disfruta de la actividad deportiva. Cuando implica la participación de dos o más personas propicia la creación de nuevas redes sociales (Gonzalo, 2002).

Hacer ejercicio mejora el rendimiento, plantea Pérez et al., (2006), y con un buen rendimiento las personas pueden tomar objetos del suelo sin problemas, andar con ligereza, subir las escaleras con menor esfuerzo, mejora la flexibilidad y la fuerza, permitiendo que las personas puedan moverse fácilmente, que los brazos y las manos puedan sujetar y tomar objetos, favorece al equilibrio, y por ende la percepción sensorial, la rapidez de los reflejos, y el sentido cenestésico, ayudando a evitar caídas que pueden tener graves repercusiones; y finalmente mantendrá la atención y la concentración, la ubicación viso-espacial y espacio temporal. Conjuntamente con los beneficios físicos, el ejercicio fomenta la socialización y el trabajo en equipo, aumenta la sensación subjetiva de bienestar, mejora las capacidades de aprendizaje y la capacidad de relación y contacto social.

Villa (2005) indica que una simple caminata de 30 minutos tres veces por semana trae los beneficios mencionados y mantiene el tono muscular y de la piel, un peso ideal, disminuye el estrés, reduce el riesgo de depresión y aislamiento social. El ejercicio aeróbico, a largo plazo ayuda a mantener un nivel mental apropiado.

Para tener la mayoría de los beneficios mencionados, el ejercicio debe de tener cierta exigencia física, aunque con ciertos cuidados para evitar riesgos, sobre todo en los sedentarios que comienzan a ser activos. Lo primero es realizar un examen médico antes de elegir el tipo de ejercicio. Para comenzar se debe de llevar un ritmo bajo y avanzar poco a

poco. Sin importar la cantidad y la edad en que se haya iniciado a hacer ejercicio siempre puede beneficiar la salud. Es conveniente nunca omitir los ejercicios de calentamiento, para no provocar sobre cargas al aparato locomotor, circulatorio y respiratorio, ni tampoco los ejercicios de estiramiento para que gradualmente adapten las articulaciones a los movimientos bruscos e inevitables de cualquier deporte. Para evitar deshidratación durante el deporte, es indispensable consumir suficientes líquidos y sales.

Los factores que podrían facilitar o dificultar que una persona realice ejercicio son: los fisiológicos, la falta de tiempo, los traumas, el tabaquismo, la composición corporal entre otros factores psicológicos fisiológicos y del entorno social como la familia, los amigos, barreras, falta de equipos, vías de acceso, las inclemencias del tiempo, la inseguridad, la televisión, que afectan la conducta de hacer ejercicio (Ramírez, 2002).

Distintas dificultades que presentan las personas de la tercera edad para realizar ejercicio y que han sido encontradas en la literatura, son la falta de motivación a causa de las obligaciones familiares, menos tiempo disponible, la pérdida de atractivo, y la escasez de estímulos. La imagen social negativa de la vejez, es otro motivo que limita a las personas de la tercera edad para asistir a los centros deportivos. Los problemas de salud, las vivencias de fracaso en los deportes, la imagen negativa del propio cuerpo, y una insuficiente confianza en sí mismo. Probablemente la razón más común para la inactividad deportiva es el estado de salud. En un estudio realizado en el 2001, en un municipio de Madrid, con personas mayores de 65 años, mencionaron diversos obstáculos a los que se enfrentaban para realizar ejercicio, entre ellos: “por qué soy una persona mayor”, fue la respuesta del 43.6% de los sujetos, “tengo un impedimento físico” respondió el 38%, no soy hábil, el 37.7%, “no sé dónde hacer ejercicio” 33.8%, “me podría hacer daño” un 33.3%, el sitio está lejos, un 31.2% y “el precio es alto” un 30.9%. Cabe aclarar que en este estudio los respondientes podían seleccionar más de una opción (Jiménez-Beatty et al., 2002, en Martínez, Jiménez-Beatty, Campos, Del Hierro, Martín, González, 2007).

Otras razones propuestas por los autores anteriores son: la condición socio-económica, la salud y las limitaciones físicas y motrices, la falta de tiempo, dificultades con los horarios, inconvenientes de los gimnasios, desconocen lugares para hacer esta actividad, el precio es alto, la distancia no es accesible, no hay sitio donde ejecutarlo, no es de su

agrado las instalaciones, el estilo de la instrucción, o el trato del personal, o porque están en lista de espera. Otras propuestas que nos mencionan como motivos de los mayores para no hacer ejercicio es por una supuesta prescripción médica, por vergüenza, por no disgustar a sus familiares o amigos. Muchas personas jubiladas no realizan ejercicio por que aún están altamente comprometidas con el cuidado de los familiares. Una de las actividades que puede ser buena opción para las personas mayores, que supera las limitaciones y dificultades ya mencionadas es el caminar, pues no necesita de aparatos costosos y se puede efectuar todo el año.

La información sobre las circunstancias y elementos que entorpecen el condicionamiento físico de las personas mayores debe de ser retomada por las políticas de prevención y prospectiva para integrarlas a las políticas de bienestar, considerando la adaptación de los sistemas de salud, la medición de la efectividad de las intervenciones y los factores de riesgo. Los cuidados en la salud, acceso y uso de servicios médicos, la capacidad de prevención y atención y las formas de nutrición son prioritarios.

4.1.2 Alimentación

La alimentación que tenemos desde el nacimiento influye en nuestro desarrollo y salud provocando enfermedades. Los nutrientes que consumimos mantienen el equilibrio del gasto energético y de los procesos anabólicos del organismo. La alimentación debe de ser cuidada a detalle debido a los cambios en la absorción de los nutrientes, oligoelementos y vitaminas, y por los cambios hormonales, enzimáticos, y en la composición corporal. Estos cambios nombrados por Gonzalo (2002) son: la disminución de la demanda de energía, disminución de la secreción gástrica, perjudicando la digestión de la comida, disminución de la absorción y síntesis de la vitamina D, el uso de la vitamina B6 es menos eficiente, disminución de la absorción de calcio, aumento de la cantidad de grasa, nutrición y peso corporal.

Realmente el peso en la adultez varía poco. De los 30 a los 50 años se mantiene hasta los 70 o 75 años, después de estos años, comienza a descender. Cuando el peso de los adultos no cambia, significa que hay equivalencia entre la energía gastada y los alimentos ingeridos. Las personas retiradas que tuvieron trabajos pesados, no cambian el consumo de

calorías y comienza a ganar peso, el cual se puede contrarrestar practicando alguna actividad, ejercicio, deporte (Gonzalo, 2002).

Escasos ingresos monetarios tienen impacto en la compra de comida diferente y más barata. La dieta no solo se encuentra influida por factores económicos, sino también por factores personales, familiares, sociales y culturales.

En una revisión de varios artículos, Villa (2005) encontró en una encuesta aplicada a 100 personas prontas a jubilarse, que se alimentaban con exceso de grasa, insuficiente fibra y añadían sal a la comida sin antes probarla. Las investigaciones reportan que el 40% del cáncer en hombres y 60% del cáncer en mujeres se relaciona con la dieta. Las cosas que consumimos y la manera de hacerlo incide en la susceptibilidad de cada individuo y en el consumo de cancerígenos (sustancias que causan cáncer), a la resistencia de infecciones, a nuestro nivel de energía, al número de bombeos del corazón, a la propensión de la diabetes, en cómo nos vemos, sentimos y cuándo morimos.

Es recomendable disminuir el colesterol de la sangre, consumir fibras, limitar la carne roja, el consumo de sal, y sustituir los aceites comerciales por el aceite de oliva. Aumentar la cantidad de frutas y verduras, consumir 2500 mililitros de agua, junto con suficiente fibra que favorezca el vaciamiento intestinal que elimina sustancias cancerígenas presentes en las heces. Consumo minerales como el calcio y magnesio, tienen una gran importancia en la vejez, por los cambios en el metabolismo óseo.

Evitar la obesidad es prioritario, fundamentalmente demanda una dieta que corresponda al gasto energético. Reducir la cantidad de comida puede prolongar la vida. Osborne (en Gonzalo, 2002b), descubrió en un experimento con animales, a los cuales les disminuyó el alimento, que la maduración era más lenta y vivían más tiempo. Después McCay en los sesentas, encontró que siempre y cuando la dieta fuera equilibrada (de acuerdo a las normas) conseguía aumentar la duración de la vida de los animales.

De no impedir la obesidad, se dificultará el desplazamiento y favorecerá el sedentarismo, el cual disminuye la esperanza de vida y provoca intolerancia a la glucosa; resistencia a la insulina y dislipidemias que son una serie de enfermedades que generan

trastornos en el metabolismo de los lípidos, alterando las concentraciones de colesterol en la sangre.

Una importante herramienta que promueve el cuidado de la salud, es la educación para la salud, la cual es un proceso planeado, sistematizado de comunicación y enseñanza-aprendizaje, encaminada a proveer la adquisición, elección y sostenimiento de prácticas saludables. La capacitación para promover estilos saludables debe proporcionar información, estímulos recursos, y mantenimiento para que los sujetos sepan cómo hacerlo, y también favorecer los contextos para que facilite a las personas el cuidado de su salud. En la tercera edad, educar para la salud, según Montorio y Carroble (2000, en Acosta, 2010), involucra la enseñanza de temas actuales sobre salud en la etapa de la vejez, las características, sus manifestaciones, los factores de riesgo, las conductas que protegen la salud y los conocimientos respecto a la interacción de factores biológicos, sociales y psicosociales en esta edad, considerando la prevención, promoción y tratamiento.

4.1.3 Sueño

El sueño tiene una función reparadora, integra la información del día en el proceso de memoria, permite la separación de los tejidos del cuerpo y nos protege del estrés. Disminuir las horas de sueño aumenta la fatiga, dificulta el aprendizaje y la memorización. Dormir demasiado es igual que dormir poco (Pérez et al., 2006).

En la vejez, se presentan modificaciones en el sueño (decremento en el tiempo de sueño profundo, frecuentes despertares, el número de ciclos de sueño (aumentan con una fase MOR en cada ciclo), estas modificaciones son la consecuencia de un sueño superficial, del aumento del número de veces que se sueña, y de más horas en vigilia. Estos cambios hacen que las personas perciban que duerme poco y mal, aunque realmente se duerme de acuerdo a su edad. Las personas mayores de 50 y 80 años, al desconocer las causas de los cambios en el sueño, comienza a consumir somníferos cuando realmente no los necesitan para mejorar la calidad de su sueño (Gonzalo, 2002).

Las verdaderas causas del insomnio se relacionan a los cambios de la edad, como por ejemplo, los dolores provocados por las distintas enfermedades. Otros factores son los psicológicos (depresiones, ansiedad, preocupaciones, por nombrar algunos). Ciertas

conductas también propician el insomnio, entre ellas los horarios irregulares de acostarse y levantarse, la inactividad, exceso de horas en cama, etc. La disminución de sueño en esta etapa se debe a la disminución de neuronas y modificación de los marcapasos cerebrales, que intervienen en el ritmo vigilia-sueño y en los centros nerviosos facilitadores e inhibidores de la corteza cerebral. Otras causas son las enfermedades, como las cardiocirculatorias, respiratorias, el hipertiroidismo (enfermedad autoinmune que provoca que el hígado y otros órganos generen cantidades muy grandes de glucosa), la distimia (trastorno emocional con tendencia a ser hereditario u originado por problemas de alcoholismo drogadicción, causa angustia, depresión y ansiedad, con predominio depresivo, y se asocia con la incapacidad de autocuidado, aislamiento y falta de afecto).

Sea cual sea el motivo del insomnio, se puede remediar, primero atendiendo la causa y después pensar en el uso de somníferos. Cuando la causa es de origen etiológico, se deben de eliminar los motivos del dolor con tratamiento, evitar las preocupaciones o ansiedad y atender la depresión. Establecer horarios para levantarse y acostarse aunque no se haya dormido, buscar horarios de sueño en el transcurso del día, hacer ejercicio, prescindir de ver películas o leer libros que sean emotivos o tensos ayudará a dormir mejor. No tener un horario para dormir, hace que el sueño sea superficial y que se duerma menos, tener tensiones horas antes de dormir, despierta la curiosidad, exalta los sentimientos y dificulta la iniciación del sueño haciéndolo más superficial. La relajación, ejercicios musculares y respiratorios causando tranquilidad y bienestar que favorecen el sueño. El ejercicio, causa relajación, pero debe ser lejano a la hora de dormir.

El miedo al insomnio, dificulta el sueño, preocuparse por no dormir y de sus consecuencias causan ansiedad y nerviosismo, manteniendo el insomnio. Se debe hacer saber a la persona que el insomnio no produce graves consecuencias y que se puede descansar sin necesidad de dormir. La razón de que amanezcan cansados a pesar de no dormir, es porque la persona pasa dando vueltas en la cama, se levanta y realizan tareas, provocando que estén más despiertos y nerviosos.

4.2 Economía

En la actualidad se vive bajo una creciente pobreza que propicia una solidaridad económica intrafamiliar. El quiebre del sistema de seguridad social, por una mala administración, ha causado la privatización del sistema de pensiones, dentro de un contexto de insuficiente organización social y del mal desempeño económico, disminuye la posibilidad de incorporar a la población al resguardo de la seguridad social. El bajo porcentaje sobre el salario, conlleva pensiones escasas, e insuficientes para la vida. Este problema merece atención política, económica y social con visión a largo plazo. El tema más preocupante es el económico, por el retiro de la actividad económica y el proceso de envejecimiento.

La CV de las personas se asocia con los ingresos económicos, que se explica por el estado de bienestar que crea en la persona. El 89% de los gastos de los ancianos son pagados por familiares y amigos, la mitad de los gastos por los hijos que se encuentran a la mitad de su vida y que se enfrentan a su propia jubilación y al sustento de sus hijos. Los ancianos sin descendencia viven en alguna institución o con algún familiar (Villa, 2005). En una encuesta a 170 personas mayores de 75 años, el 92% respondió que su mujer es su principal ayuda, de la mujeres el 73% tienen más confianza de la ayuda prestada por los hijos que de los maridos (Musitu, 2001, en Pérez et al., 2006).

Los recursos económicos impactan en la vida de las personas directa e indirectamente, ya que los insuficientes ingresos limitan a las personas para que efectúen en actividades de recreación. El cambio de ingresos después de la jubilación genera insatisfacción, problemas de estrés e inadaptación. Las finanzas, también generan estrés en la pareja, pues dependen de la pensión, del seguro social y de los ahorros acumulados. La seguridad financiera interviene en la percepción que la persona tiene de su jubilación, porque es un factor que ayuda a establecer y lograr objetivos, y reduce las inseguridades de la vejez. Del mismo modo, las preocupaciones económicas, se pueden deber a que algunas parejas de jubilados siguen manteniendo a sus hijos y a veces hasta a los nietos. Ahora, con el aumento de los divorcios, los hijos y nietos se mudan a las casas de los abuelos, y hasta ellos cuidan de los nietos. Un estresor más, es el aumento en los gastos por salud.

La economía, impacta en las actividades que realizan las personas mayores, en sus redes sociales, su autonomía, su alimentación, el cuidado de su salud, etc. Estas son las razones, por las que crear un programa que mejore las pensiones monetarias de las personas mayores, y que provean de espacios de apoyo para que esta parte de la población pueda seguir siendo productiva.

4.3 Redes Sociales y Redes de Apoyo

4.3.1 Redes Sociales

Guzmán & Huenchuan (2003), precisan que las redes sociales son una cadena de contactos, que mantienen una identidad social y apoyo material, emocional, de servicios e información con las personas. Estas cadenas de contactos son importantes para la CV en la vejez y para la salud física, así como para el estado funcional y el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Una red social apropiada, disminuye el tiempo de hospitalización y de recuperación de la salud, aminorando el riesgo de mortalidad. Las relaciones sociales adecuadas, incrementan la satisfacción vital, y el bienestar en los enfermos terminales. Al mismo tiempo, puede influir en las modificaciones de estrategias de afrontamiento, en la integración o participación social, y en el incremento de la motivación, actuando como un posible predictor de discapacidad en la vejez.

El valor de la red social se encuentra en sus funciones como, la compañía, el apoyo emocional, la guía cognitiva, los consejos, la ayuda material, de servicios y acceso a nuevos contactos. La interacción con ellas, conllevan beneficios emocionales, cognitivos y de conducta en los individuos. Para las personas mayores con nivel elevado de contactos sociales se han encontrado menores tasas de mortalidad y de morbilidad, así como, de una relación negativa entre apoyo social y mortalidad al igual que con la enfermedad en las personas mayores (Pérez et al., 2006). La falta de relaciones sociales puede provocar sentimientos de soledad, y a mayor soledad, mayor será la inactividad.

La red social para su estudio, Fernández (2005) expone que ha sido dividida en distintas dimensiones: a) Tamaño: número de personas que conforman la red; b) Densidad: Grado de interrelación entre los miembros; c) Reciprocidad: nivel de intercambio entre los miembros; d) Parentesco: relaciones entre parientes; e) Homogeneidad o heterogeneidad:

son las diferencias o similitudes sociales, culturales y demográficas entre los integrantes que componen la red.

Los mayores que tienen redes sociales escasas, advierte Arias (2009), es consecuencia de la pérdida por muerte de familiares y amigos, por la jubilación, el ingreso a una residencia, y las pocas oportunidades para incluir nuevos vínculos sociales. También se han encontrado casos en donde los adultos mayores consolidan nuevos vínculos sociales. Generalmente, una relación sólida con la pareja o una buena amistad pueden mejorar el ánimo y la vida misma. La teoría socioemocional de la selectividad, explica que la reducción de las relaciones sociales de las personas mayores se debe a la elección consiente de las personas mayores, esto es una selección estratégicamente de las personas a las que les interesa seguir vinculado.

El quiebre en las relaciones sociales, también puede deberse al déficit en la red social y en las habilidades interpersonales, que se puede contrarrestar por una sustitución o la creación de nuevos contactos que beneficien las relaciones de las personas mayores, y resuelvan problemas de la comunidad, pretendiendo que la persona de la tercera edad siga integrada en la sociedad (Pérez et al., 2006); o bien promoviendo o fortaleciendo las habilidades sociales como estrategia para incrementar las redes sociales (Acuña, 2012).

Reportes de investigaciones recientes, contrariamente a la suposición de que entre los adultos mayores hay escasas de redes sociales, y por ende no son capaces de generar nuevos vínculos, encontrándose insatisfechos con el apoyo recibido; han encontrado suficiente evidencia que indica, que los mayores cuentan con redes amplias, incorporan nuevos vínculos en esta etapa de la vida y se encuentran satisfechos con el apoyo que reciben (Arias, 2004; Elgart, 2009; Arias & Polizzi, 2010; Fernández Ballesteros, 2009; Cornwell, Schumm, Laumann & Graber, 2009, en Arias, 2009). Los resultados de una investigación realizada en Argentina, indican que en personas de la tercera edad residentes en un hogar unipersonal, familiar o instituciones, sus redes sociales oscilaban de 1 a 21 miembros. Este estudio muestra evidencia de que la red social de los mayores es heterogénea, y que la edad, no determina la reducción de la red, ni su carencia (Arias, 2009).

Generalmente, las redes sociales de las personas mayores se conformaban por familiares, lo cual nos dice que tienen vínculos estrechamente cercanos, significativos, de gran intimidad y confianza (Arias & Polizzi, 2010, en Polizzi, s/f). Para las personas mayores una de las fuentes de satisfacción más significativas son las amistades, éstas protegen de autoevaluaciones negativas haciendo que las personas se sientan competentes, valiosas y útiles. El matrimonio puede ser una satisfacción significativa personal de las personas en edad avanzada. Una buena autoestima es causa también de la satisfacción marital en el grupo de la tercera edad (Villa, 2005).

Con la jubilación, la relación con la pareja se puede afectar por el deseo de desarrollo personal y a una mal administración de los ingresos. Cuando alguno se jubila comienza una convivencia continua ininterrumpida, peor aún, si la relación no era satisfactoria antes del retiro laboral puede haber una ruptura en esta etapa a nivel social, profesional o familiar (González, 2007). El acontecimiento de la jubilación, es un rompimiento social y se debe de tener especial cuidado, tratando de integrar a los jubilados a la sociedad para beneficiarnos de sus capacidades y de su experiencia.

La amistad es importante por los contactos humanos que evitan el aburrimiento y los sentimientos de privación, depresión, aislamiento y desesperanza. La socialización está basada en factores sentimentales como la calidez, el compartir, ser escuchado y aceptado. Es una necesidad humana el tener a otros con quienes compartir experiencias. Las amistades más antiguas tienen importancia de gran peso por la relación de largo plazo que se ha mantenido, aunque el desarrollo de las nuevas amistades es más importante, pues se construyen por una necesidad de compañía, por interés mutuo, y son un baluarte del aburrimiento (Villa, 2005). Los vínculos de amistad, se constriñen por intereses comunes y por las actividades que se comparten. La red de amigos, es importante para el cuidado de las personas fuera de los límites del hogar (Guzmán & Huenchuan, 2003).

En las amistades, el apoyo es opcional, no es obligatorio, y se cimenta en la reciprocidad y el afecto, la compañía, los consejos, ayuda a practicar empatía y un mayor nivel de moral en la persona mayor (Pérez et al., 2006).

Establecer nuevas relaciones sociales puede traer muchos beneficios en cualquier etapa de la vida, pero con peculiar grado en la tercera edad debido a que son vulnerables a la “soledad”. Esta situación, exige entrenar a las personas en habilidades sociales, con nuevos repertorios flexibles y variados de conductas sociales que puedan modificar y sustituir comportamientos erróneos, por medio de entrenamiento. Este entrenamiento es importante debido a que las conductas exteriorizadas por un sujeto en la interacción social tienen consecuencias, si la conducta es la correcta entonces se obtendrán consecuencias positivas, si son erróneas las consecuencias serán negativas y conjuntamente provocarán malestar que afectará a las siguientes conductas sociales, haciéndolas poco hábiles. Los entrenamientos sociales deben de utilizar técnicas sociales basadas a cada individuo. Los entrenamientos son prolongados, empiezan en sesiones de entrenamiento y siguen en la práctica cotidiana, por lo que se debe de pedir paciencia al paciente. Los psicólogos y otros involucrados en la atención del adulto mayor, tienen que tener en cuenta que la habilidad social, más que una característica del sujeto es una característica de la conducta. Los comportamientos de las personas en determinados contextos, son respuestas definidas y concretas de acuerdo a la situación planteada.

Una opción más, es que las personas de la tercera edad pertenezcan a una asociación de adultos mayores. Ser miembro de una, facilitará el intercambio de información para cuidarse mejor, proporciona compañía y afecto, mejorará las relaciones familiares, al hacer a las personas más independientes.

La habilidad para adaptarse al envejecimiento y al ambiente residencial, puede mejorar, si las personas se sienten importantes para el bienestar del otro en la misma situación formando una relación de amistad, que proporcione valoración mutua, el compartimiento de necesidades, intereses, gustos y roles. Las fuentes de apoyo y su disponibilidad son importantes para la adaptación en el proceso de envejecimiento, para que la persona pueda vivir satisfactoria y dignamente, con autoconfianza y autoestima.

Evaluar las redes sociales es complejo, debido a las diferencias individuales sobre los criterios subjetivos al valorar la eficiencia y la funcionalidad de las redes (Arias, & Solievez, en Arias, 2009). Esto, explica la dificultad por proponer un tipo de red social

ideal para elevar los niveles de bienestar. Desde las características de personalidad, los gustos y las preferencias, se debe de pensar el tipo de suficiencia y funcionalidad de la red.

4.3.2 Redes de Apoyo

De las redes sociales emanan las redes de apoyo, las cuales aumentan la CV por medio de apoyos materiales, instrumentales y emocionales. El apoyo por la red social, es una transmisión de ayuda, afecto y afirmación interpersonal. La transmisión de apoyos puede ser de cuatro tipos: materiales (dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios); instrumentales (cuidado, transporte y labores del hogar); emocionales (afectos, compañía, empatía, reconocimiento y escucha); y cognitivos (intercambio de experiencias, información, consejos) (Guzmán & Huenchuan, 2003).

Los autores Fernández Ballesteros, Izal, Montorio, González y Diaz Veiga (1992, en Arias, 2009) definen apoyo social como la ayuda emocional, instrumental o de otro tipo, que proviene de la relación social estable, la cual tiene la importante función de dar sentido a la existencia, retroalimentar las conductas para mejorar la salud, favorece la ejecución de actividades personales relacionadas con el tiempo que queda de vida en enfermos terminales.

El apoyo social tiene un efecto directo en el bienestar, satisfaciendo las necesidades sociales elementales y ayudando en el afrontamiento de problemas. En la tercera edad, las redes de apoyo, ayudan a enfrentar las adversidades, evitan que las personas se sientan solas o deprimidas, y mejoran la percepción de sí mismos. La percepción subjetiva de la persona, respecto al apoyo social es un indicador de satisfacción (González-Celis 2010). El apoyo social percibido se correlaciona altamente con las relaciones positivas, autoaceptación y propósito con la vida, así mismo, con una mayor percepción en la salud, tanto en hombres como en mujeres. El apoyo social percibido brinda estabilidad emocional, atención y protección de otros, y además permite que el sujeto tenga un mayor control percibido, sentirse productivo y tener un sentido en la vida. Las personas con pareja, tienen mayor bienestar psicológico, una alta percepción de apoyo social, que las personas viudas, solteras o separadas (Vivaldi & Barra, 2012).

Diversas y numerosas investigaciones internacionales remarcan el beneficio de los apoyos sociales en la CV de las personas, sobre todo en los adultos mayores. El apoyo social promueve el bienestar en las personas de la tercera edad, al reducir los sentimientos de aislamiento, y favorece, indirectamente conductas saludables, que aumentan los recursos y alternativas relacionados con la salud y el bienestar, por medio de los apoyos emocionales directos. Sin embargo, como indica Antonucci y Jackson (1987, en Guzmán & Huenchuan 2003) un apoyo en particular, no es el que afecta la CV, si no, la acumulación de comunicaciones de otros individuos que transmiten la idea de que es una persona capaz, valiosa e importante. Estas ideas son validadas e internalizadas por la persona y las ayudan a enfrentar enfermedades, estrés y circunstancias difíciles, con mejores resultados y condiciones. Las relaciones con buena calidad disminuyen los niveles de depresión, reducen la frecuencia de enfermedades y de respuesta inmunológica.

El intercambio en que se provee y se recibe apoyo debe de ser equilibrado, de no ser así, podría afectar la calidad de los vínculos de las redes, con que cuentan las personas mayores. Cuando hay un intercambio recíproco de apoyos, se presentan efectos psicológicos positivos. Cuando se llega a dar más de lo que se recibe, sentimientos de sobrecarga y frustración comienzan a presentarse en la persona, y en caso contrario, cuando se recibe más de lo que se da, se producen sensaciones de dependencia y endeudamiento.

Las distintas fuentes de apoyo son, el estado, la comunidad, los amigos, la familia, y la persona misma. El sistema informal es aquel construido por redes personales y comunitarias sin contar con la guía de un programa de estudios. El apoyo informal de la familia se considera una manera común de apoyo en las personas mayores, especialmente en apoyo emocional y material. El apoyo formal, es el que brinda una institución por medio de la guía de profesionales o voluntarios para garantizar metas.

En las personas de la tercera edad, se ha encontrado que aproximadamente dos tercios de las redes de apoyo están constituidas por miembros de la familia, y la fuente de apoyo más solicitada es un amigo del mismo sexo. El apoyo que mejor predice el bienestar en las personas proviene de un amigo más que de un familiar. Esta fuente de apoyo de los amigos es una de las más importantes y benéficas para la salud y el afrontamiento de problemas y trances de las personas mayores, ya sean viudos o casados. La red de apoyo

tiene la característica de estar conformada por un conjunto limitado de relaciones que pueden o no ser familiares, que provén apoyo de varias maneras, que no siempre son percibidas por la persona, pero en cambio, puede tener acceso a ellas sobre todo en situaciones críticas para solucionar problemas.

Los vínculos que proporcionan mayor satisfacción son los hijos y la pareja. La familia es quien mayor cantidad de beneficios brinda a las personas, dando protección y atención, sobre todo en procesos mentales y físicos, y cuando las personas no cuentan con el apoyo formal. Las personas mayores que conviven con la familia, tienen mejores niveles de salud mental, física y emocional que aquellos que viven solos. Especialmente en los hombres, la pareja es un apoyo fundamental, a causa de que cuentan con una red social más limitada en la ejecución de actividades, que las mujeres. La familia, proporciona apoyo para llevar a cabo tareas diarias, apoyo que en exceso, pueden debilitar poco a poco la habilidad para realizar tareas, aumentar el sentido de dependencia y la autoestima. Las personas mayores reciben todo tipo de apoyo. Las familias ofrecen apoyo emocional (compañía) y material a las personas mayores, y quienes más reciben este apoyo.

El apoyo brindado por la familia, si no es recíproco, o la persona mayor no lo percibe como tal, pueden acarrear para él, costos psicológicos relacionados con la recepción de apoyo. Por ejemplo, cuando la persona de la tercera edad siente que al recibir apoyo debe de pagárselo a la familia, y él no cuenta con los recursos para hacerlo, terminará afectando su bienestar, autoestima, y valía personal. Esta situación, se puede impedir por medio de comunicación y expresiones de cariño. Hay casos en que las personas mayores prefieran recibir apoyo de algún familiar con el que tenga una relación recíproca desde hace muchos años, para que exista equilibrio en las relaciones. Con los familiares generalmente se crean mayores sentimientos de reciprocidad, los cuales son fundamentales para el disfrute de la felicidad y el bienestar, esto sucede a menudo en la relación padre e hijo, y que si se cumple la reciprocidad puede traer efectos muy positivos para padres. La ausencia de este apoyo, puede ser perjudicial para la salud y bienestar de la persona mayor, y para los hijos (Pérez et al., 2006).

La mayoría de los ancianos necesitan de la ayuda de los demás, más que cuando eran jóvenes. Algunos necesitan que les ayuden a trasladarse, a cargar cosas pesadas o que

les lean. Cuando requieren de alguien, generalmente recurren a algún familiar. La familia es un recurso de apoyo importante en la vejez, debido a los cambios de papeles entre los integrantes de la familia por el surgimiento de nuevas necesidades que exige cada etapa (González-Celis, 2010).

Según el nivel socioeconómico las personas mayores valoran de manera diferente el apoyo social, sugieren Guzmán & Huenchuan (2003). Las de nivel bajo, consideran que recibe mayor apoyo del conyugue o la pareja, y en el estrato medio de los hijos. Las diferencias se pueden explicar, a que en el estrato bajo se valora más la compañía, la ayuda material y económica, mientras que en el estrato medio se valora en mayor medida la afinidad con la pareja.

De acuerdo al sexo cambian las necesidades en forma y contenido del apoyo, por ejemplo, los hombres dependen más de la esposa. Los casados disfrutan más de formas de apoyo sólidas que en comparación con los no casados. Los casados sin hijos permanecen más aislados que los no casados sin hijos, debido a que los solteros aprenden a lo largo de su vida estrategias para salir adelante en momentos de crisis, en cambio los casados sobre todo hombres, dependen más de su esposa, la cual lleva el rol de compañera, ayudante incondicional en especial en circunstancias de enfermedad y de crisis (Pérez et al., 2006).

Un estudio realizado para la OMS (Heikkinen, 1989, en Herrero & Gracia 2004), las personas que mantienen una vida socialmente activa, se encuentra asociada con una mayor satisfacción por la vida, y una mejor capacidad funcional, que las personas mayores en situación de institución, las cuales tienen una limitada red social con escasos apoyos sociales que perjudican el autocontrol, la libre elección y hacen que las personas no se sientan responsables de ellos mismos, y del bienestar de los otros, favoreciendo las conductas antisociales. Además se presenta limitaciones en su privacidad, en su capacidad de elección, en necesidades físicas, psicológicas y sociales.

Establecer redes de apoyo para las personas mayores, se puede llevar a cabo en diversos contextos y con distintas redes en donde se participa con diferentes actividades obteniendo cuantiosas aportaciones para la vida, ayudando a vincularse a redes que son importantes para la identificación y el reconocimiento.

El estudio de las redes sociales y del apoyo social, tiene un gran peso para la realización de los programa de intervención en las personas mayores, por la dependencia comienza a incrementar, a causa de las enfermedades que se agravan por la dificultad de acceso a la ayuda y al apoyo. Si en esta etapa, la red de apoyo se reduce, se limitan las fuentes potenciales de apoyo, los individuos se vuelven más vulnerables a situaciones de estrés, los hace más dependientes, y tienen menos recursos sociales, esto incrementa los desórdenes físicos y psicológicos, los sentimientos de dependencia y soledad, reducción de la autoestima y depresión, entre otros.

4.4 Aspectos Psicológicos

La manera en cómo reaccionan los demás ante una persona, reflejan la imagen que presenta, condicionando y adoptando los comportamientos que sabe que esperan de ella. En el caso de la vejez, especifica Gómez (2003), está llena de creencias erróneas y contradicciones, lo que hace que el envejecimiento se vuelva una serie de profecías autocumplidas. Por lo tanto las personas mayores se vuelven víctimas de las ideas generadas por los estereotipos sobre cómo se cree que deberían de comportarse. Las personas mayores internalizan las imágenes sociales del entorno y las proyectan en su imagen personal.

En un estudio con el objetivo de construir un cuestionario de autoreporte sobre las reacciones negativas hacia el envejecimiento en población mexicana, con participantes entre los 15 y 69 años, descubrieron que a mayor edad, menor era la actitud negativa hacia la vejez. Aquellos que contaban con menor escolaridad, tuvieron un menor número de estereotipos negativos. Los solteros y divorciados viudos, expresaron mayor preocupación por envejecer, al deterioro conductual y al abandono, que el grupo de casados. Las personas que no contaban con un trabajo asalariado reportaron mayor temor al deterioro intelectual y al abandono en comparación con los asalariados. Las personas que no profesaban alguna religión revelaban mayor temor al envejecimiento, al deterioro conductual y al abandono. A menor grado de religiosidad mayor era la actitud negativa hacía la vejez (Hernández, Torres, Coronado, Herrera, Castillo, & Sánchez, 2009).

Las actitudes negativas que la sociedad tiene respecto a la vejez, es llamada edadismo o viejismo. Esta denominación fue propuesta por primera vez por Butler (1969, en Moreno, 2010), para nombrar al conjunto de actitudes negativas hacia los adultos mayores. Estas actitudes son estereotipadas socialmente, como prejuicios que mantiene la sociedad respecto a las personas en proceso de envejecimiento, que es asociándola como una etapa de padecimiento, inactividad y soledad. Para el autor estas actitudes negativas hacia los mayores, son motivo de miedo, incapacidad de aceptar y adaptarse al envejecimiento. El viejísimo es una compleja conducta establecida por la sociedad, con el fin de desvalorar de manera consciente o inconsciente la ancianidad.

Las atribuciones hechas por la sociedad sobre las personas mayores, son generadas desde el punto de vista socio-cultural, aunque no siempre son correctas. La construcción negativa incluye el deterioro o involución a partir de cierta edad, de manera rápida. Se cree que la vejez, incluye ciertos rasgos, como la disminución de movimientos físicos, deficiencias mentales, dependencia económica, aislamiento, y bajo estatus social. En la vejez no solo se debe referir a este grupo de edad como pérdidas o deterioros; sino además como una serie de cambios positivos que se vislumbra con la edad. Tanto la edad y la clase social influyen de manera decisiva en las actitudes que la gente tiene hacia los adultos mayores. Se ha encontrado que entre más viejo, más negativamente se es percibido por los demás. Este conjunto de características negativas asignados a los mayores es un estereotipo, el cual se desarrolla de lo social a lo individual, y hasta las falsas creencias. Su función es la de economizar, y simplificar la percepción de la realidad, reduciendo, su complejidad por medio de la categorización.

Los estereotipos, son una manera de resumir la realidad, son creencias referidas a grupos que se crean y comparten dentro de una cultura. Por medio de lo particular, pueden vincular procesos motivacionales, cognitivos, y sociales, por eso tienen alta influencia en los prejuicios y la discriminación (Francos, Villarreal, Vargas, Martínez, & Galiciar, 2010).

Los estereotipos relacionados a la vejez son negativos cuando se les considera como feos, sin valor e inservibles; causan daños en la autoimagen y la autoestima de las personas mayores hasta el punto de sentirse inútiles, sin la esperanza de ser valorados, estimados o queridos. En cambio cuando las personas tienen un buen concepto de sí mismo, buscan la

manera de dar una buena imagen y que sus relaciones sean constructivas. La autoestima determina la imagen y el tipo de relaciones que se tienen con los demás, y la autoevaluación es definitiva en la forma de pensar, en las emociones, deseos, valores y objetivos de cada persona. La autoestima es fundamental para la vida psicológica. Villa (2005) menciona que las pérdidas que trae la jubilación son fuertes golpes a la autoestima, a la identidad y a las convicciones que se tienen para vivir.

En los mayores, los estereotipos generalmente tienen una connotación negativa para la sociedad y para el mismo grupo de personas. Las personas que se perciben como viejos, actúan como viejos. Los estereotipos que vienen con la edad anuncia Meléndez (1996), crean expectativas sobre las capacidades, posibilidades individuales, y cierto nivel de actividad. Las personas que subestiman sus capacidades, poco a poco dejan de realizar actividades positivas, y la creencia de la sociedad de que en la vejez existe escases de actividades en donde la sociedad refuerza la creencia que en la vejez hay pobreza de actividades, queda reforzada, creando un círculo vicioso.

El autoconcepto, también es afectado por las circunstancias negativas tal como la muerte de amigos y de parientes, y de la pareja, hacen que el sistema de soporte funcional disminuya; y si no han encontrado sentido a la vida, entonces cada situación adversa, causa que el autoconcepto sea cada vez más negativo.

Se ha probado que los estereotipos positivos, pueden facilitar la identidad social y facilitar el ajuste a las normas sociales (Gómez, 2003). El autoconcepto positivo, se puede relacionar con la disposición que tenga la persona mayor para ejecutar actividades físicas, que mantengan su autonomía. La poca motivación sobre un objetivo en la vida, indica peligro de deterioro cognitivo en el adulto mayor. El autoconcepto interviene en el bienestar subjetivo en la etapa de la vejez. Su papel determina la organización del comportamiento, siendo una guía de crecimiento e integridad personal. Pérdidas biológicas y psicológicas en la vejez pueden cambiar el autoconcepto señala Vera, Domínguez, Laborín, Batista, & Seabra (2007). En su estudio encontraron, que las personas activas económicamente tienen un mejor autoconcepto, al igual que las personas que se refieren a sí mismas con términos menos negativos. Quienes perciben menos características positivas que negativas en sí mismas y temor a los fracasos, tienen un autoconcepto negativo. A

medida que el adulto mayor tenga mayor control sobre los acontecimientos de la vida y los cambios asociados a la tercera edad, tendrá mayor disposición por alternativas que le permitan adaptarse.

Para superar esta etapa positivamente, ayudará el asumir las pérdidas e integrarlas a una nueva identidad, asegurándose y reafirmando la autonomía personal y la participación social. Aunque si las pérdidas se viven como un rompimiento de su identidad, se generan efectos negativos en la dependencia y pertenencia social. Las personas que creen seguir con su mismo estilo de vida, tienen un mayor autoestima, en cambio, los sujetos que perciben su situación actual inferior a la pasada, tienen un autoestima más baja (Villa, 2005).

El autoconcepto positivo es fundamental para el envejecimiento óptimo, ya que evalúa el rendimiento físico y mental. Evitar las expectativas altas respecto al rendimiento y realización de actividades, puede suprimir situaciones negativas. Aquí la importancia de seleccionar prioridades que mejoren la motivación, la fuerza y el tiempo de ocio disponible. El autoconcepto positivo en la vejez, es mediado por los niveles altos de educación formal logrados.

Los estereotipos que establece cada cultura, al igual que el incremento en la esperanza de vida, así como los modelos de vejez, influyen en la definición e interpretación sobre el proceso de envejecimiento. Con los cambios de la población y las expectativas de vida para la vejez, han provocado cambios importantes en las vidas y en el desarrollo psicológico de las personas. Al cambiar las normas de la edad y su función en las estructuras sociales podremos cambiar conductas relacionadas con la edad con un mayor impacto en la sociedad (Schaie, 2003).

Por otro lado el envejecimiento patológico, conlleva cambios a causa de una enfermedad, como son las enfermedades vasculares, arterioesclerosis, demencias, etc., y no por causa del envejecimiento normal (Acosta et al., 2010).

DISCUSIÓN

La teoría de la actividad elaborada por Tartler (1953, en Hans, 2003), menciona que la única forma para la felicidad y contento con la vida es mantener una actividad y la posibilidad de llevar a cabo una acción útil para los demás. Los que no realicen una acción útil para la sociedad no serían felices. Mientras que para Sánchez (2013), la ejecución de un gran número de interacciones sociales se correlaciona con un nivel elevado de adaptación y satisfacción, conservando al individuo activo efectuando distintos roles, conservándolos y desarrollando nuevos. Sin embargo, Hans (2003) encontró que en los ancianos con CI más alto, que tienen variedad de intereses, un mejor estado de salud, una visión de futuro amplia y la posibilidad de estimulación, se sienten más contentos y satisfechos al disminuir sus roles sociales, y ante el aumento de actividades, reaccionan negativamente.

Otra variable a considerar mencionada por Roberson, (2003, en Walker, 2006) es la remuneración por la actividad laboral, la cual permite que las personas se puedan plantear objetivos, tengan interacción interpersonal, mantengan su posición social y cuenten con un mayor nivel de bienestar. En cambio quienes ya no laboran y no reciben un ingreso, no pueden realizar estas acciones. La economía tiene cierta importancia en el bienestar, pues se encontró que los jubilados cuentan con mayor control personal y disponibilidad de dinero. Acosta et al. (2010) puntualiza que la naturaleza y los mecanismos que fundamentan la relación entre la actividad, el bienestar percibido o satisfacción con la vida, en donde los elementos como la frecuencia de la ejecución y de los tipos de las actividades determinan el grado de la percepción de bienestar.

Los autores mencionan diversas variables a considerar para la adaptación y la actividad en las personas mayores. En este escrito la actividad tiene un papel fundamental en el envejecimiento óptimo, ya que a partir de ella, las personas pueden seguir adaptadas protegiendo su bienestar, sus funciones sociales y psicológicas.

Este trabajo deja abierto un campo con amplias posibilidades para la investigación teórica y sobre todo experimental. Ya que aún falta conocer que actividades en su mayoría realizan las personas mayores de nuestro país, las condiciones en las que las realizan, cuáles son sus expectativas de los roles en la vejez, el nivel de satisfacción que presentan

realizando su actividad actual, y cuáles características de las actividades proporcionan bienestar en la población mexicana. En el caso de la psicología clínica es importante conocer las estrategias de adaptación de las personas mayores, o crear estrategias para insertar a las personas en la sociedad.

CONCLUSIONES

Conforme pasa el tiempo, las personas mayores aumentan su número dentro de las estadísticas de población, y por ende la demanda de atención a sus necesidades que surgen a partir de los cambios biológicos, psicológicos y sociales, que influyen en la valoración de su vida, funcionamiento físico, social y psíquico, que terminan afectando positiva o negativamente su bienestar. Conservar el bienestar en la vejez y la adaptación en el envejecimiento, requiere de la reestructuración de su vida en torno a sus capacidades y limitaciones para establecer metas y crear estrategias que permita cumplirlas. De la misma forma es importante incidir en variables como la salud, la economía, las relaciones sociales, el autoconcepto, la vivienda, la espiritualidad.

El bienestar, es la base del Envejecimiento Óptimo o Exitoso, porque junto con otros elementos de la CV (Satisfacción y felicidad), permiten el ajuste de las personas al envejecimiento. En este trabajo, se concluye que un “Envejecimiento Óptimo” es la adaptación con bienestar y satisfacción en el proceso de envejecimiento, a pesar de los cambios físicos, psicológicos y sociales, que limitan la posibilidad de actividad en las personas. El Envejecimiento Óptimo se presenta cuando las personas se sienten satisfechas al adaptarse a los nuevos cambios vitales, y salvaguarda su autonomía.

Algunos de los cambios que vienen con el envejecimiento y la etapa de la vejez, hacen que las personas se desvinculen y comiencen a efectuar cada vez menos actividades, o que las que ejecute, no sean satisfactorias. La actividad se relaciona con el bienestar, satisfacción y bienestar, y con la adaptación psíquica y social, por lo que es vital que las actividades que realicen las personas mayores, estén acorde a sus gustos y perspectivas. Un envejecimiento activo mejora el bienestar físico, mental, emocional y social a través de la participación, y amplía la esperanza de vida con la mejor salud posible, con funcionalidad, independencia, productividad y CV.

Las variables descritas en el capítulo 4 “Variables de incidencia para un envejecimiento óptimo y adaptado” y que también producen bienestar y satisfacción, son la salud, economía, redes sociales, actividad, autoconcepto, autoeficiencia y autoestima, las

cuales son de gran peso para conseguir el envejecimiento óptimo o exitoso por las consecutivas razones:

Salud: Incidiendo positivamente en ella, conservará las funciones y el bienestar, y facilitará la adaptación al envejecimiento. Cuidar la salud depende de otros factores como el económico, la alimentación, la actividad y las redes de apoyo social.

Economía: Favorece el acceso a la salud, a actividades, y a redes sociales. Beneficia la autonomía, y la CV.

Redes sociales: Brindan identidad social, apoyo emocional y CV, propician la realización de actividades y el cuidado de la salud, ayuda en el afrontamiento de problemas, y en la adaptación. Las redes de apoyo proporcionan recursos materiales, instrumentales y emocionales.

Actividad: Aportan un rol en la sociedad, propósitos para la vida y relaciones interpersonales.

Aspectos Psicológicos:

- Autoconcepto → Eleva la autoestima, favorece la identidad social, el ajuste a las normas, la disposición para llevar a cabo actividades, la autonomía y la adaptación. Se relaciona con actividades y autonomía, e interviene en el bienestar subjetivo de la vejez. Las personas que tienen un buen autoconcepto cuidan su imagen y que sus relaciones sean constructivas.
- Autoeficacia → Cuando los sujetos valoran positivamente sus capacidades las personas continúan realizando acciones. Tener un rol social mejora la imagen de sí mismo de las personas de la tercera edad.
- Autoestima → Determina los pensamientos, emociones, deseos, valores y objetivos, las relaciones y la imagen del individuo.

En el envejecimiento exitoso, también se presentan inevitablemente pérdidas y deterioros que se intentan retrasar o amortiguar por medio de una alimentación adecuada, ejercicio, disfrute de una vida activa, interacción social, apoyo social, productividad, baja

posibilidad de enfermedad y discapacidad, para conservar la capacidad funcional cognitiva, física, y la participación en actividades.

Conseguir la adaptación en el envejecimiento a pesar de las pérdidas y deterioros, aprovechar al máximo los aprendizajes es tarea del modelo SOC, el cual, selecciona las áreas que pueden ser físicas, psicológicas y sociales, que sufren cambios debido al estilo de vida anterior, **optimiza** los recursos utilizados para el cumplimiento de las actividades, maximizan las opciones, y compensa otros recursos. El modelo SOC no solo es un método para rescatar lo que queda, si no también puede ayudar a las personas a cuidar y trabajar, para asistir su salud, sus actividades, su economía, sus relaciones sociales, etc. Las variables mencionadas son elementos que junto con el modelo SOC, servirán para cumplir objetivos, mantener la satisfacción por la vida, el bienestar y la felicidad, como se resume y representa la figura 2.

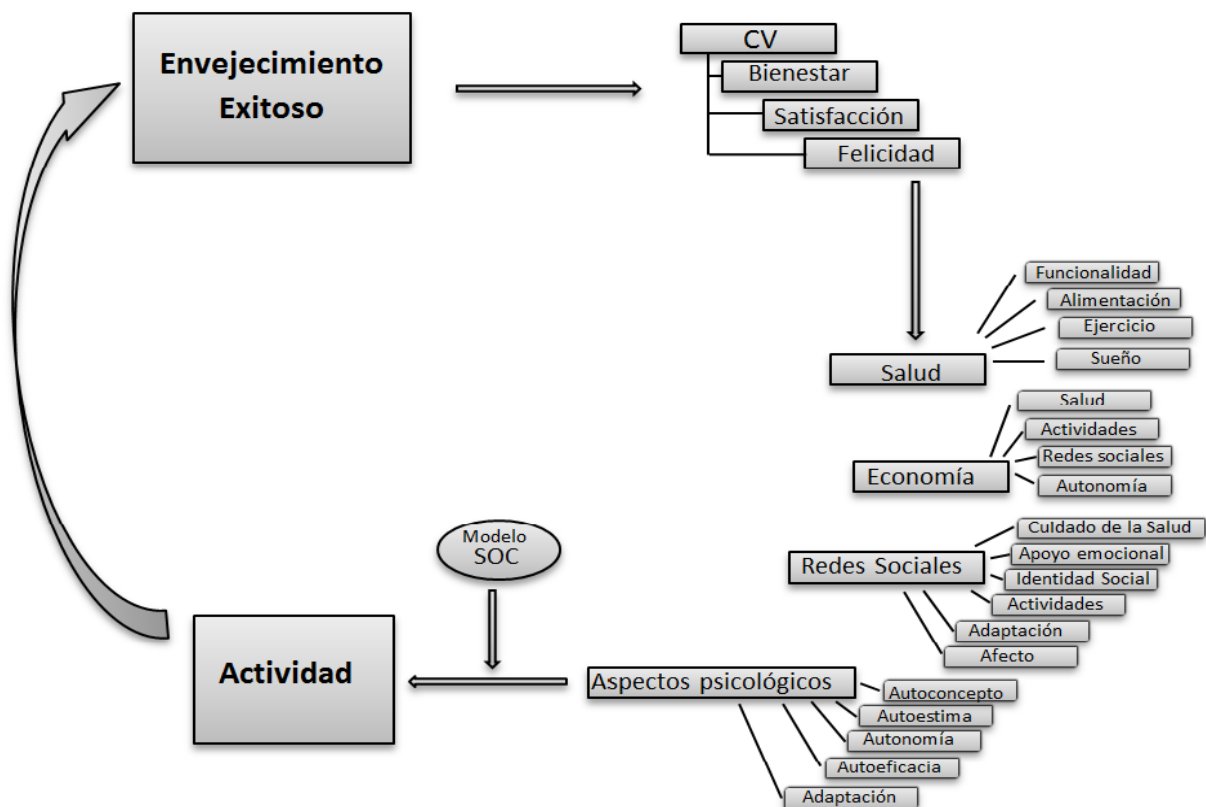


Figura 2. Proceso de la propuesta un Envejecimiento Exitoso.

Para alcanzar el Envejecimiento Óptimo o Exitoso en este trabajo se propone el Modelo Selección Optimización y Compensación (SOC), como herramienta para alcanzar el envejecimiento óptimo o exitoso, por que contempla las pérdidas y las ganancias, seleccionando ciertas áreas o dominios que conserve el individuo para mantener el funcionamiento y así, pueda continuar su desarrollo. La efectividad de la estrategia, dependerá de la habilidad que tenga el sujeto para crear, emplear y desarrollar las limitaciones y pérdidas, para conseguir la adaptación y autonomía de las personas para que siga ejerciendo actividades.

PROPUESTA

Las variables que ayudan a conseguir un envejecimiento óptimo, adaptado, y a su vez originan bienestar y satisfacción (salud, economía, redes sociales, actividad, autoconcepto, autoeficiencia y autoestima), tienen un papel importante en el envejecimiento óptimo o exitoso. Para finalizar el presente trabajo, se presentan algunas acciones a manera de propuestas, que pueden contribuir a un envejecimiento óptimo.

En Salud...

Implementar programas educativos y de promoción de la salud en personas de la tercera edad para conservar la funcionalidad el mayor tiempo posible, y sigan activos y autónomos, a través de la estimulación de actividades intelectuales, recreativas, de fortalecimiento muscular y flexibilidad. También prevenir sobre los efectos secundarios de consumo variado de fármacos y regular su uso. Es importante que estos programas incluyan a las generaciones jóvenes (que serán los viejos del mañana) por medio de clases vivenciales sobre estilos de vida saludables, con temas de alimentación, sueño, actividad física, adherencia terapéutica, y que concienticen sobre la responsabilidad de la propia salud física y psíquica.

Las instituciones de salud o la sociedad autogestora, pueden organizar servicios comunitarios que incluyan formación y orientación para los pacientes y su familia. Las instituciones médicas requieren de capacitación en gerontología para atender a los pacientes con calidad, respetando su autonomía, su dignidad, y que estimule la participación e independencia. Específicamente, en los adultos mayores, las instituciones deben intentar hacer una evaluación integral, un efectivo manejo de las enfermedades crónicas, mejorar el acceso a medicamentos, y regular los cuidados prolongados. No se puede dejar de lado la atención psicológica.

La atención del cuidador es indispensable, porque pueden verse afectadas diversas áreas del funcionamiento del cuidador, como su CV, relaciones familiares y sociales, así como la salud se puede ver mermada o deteriorada. Es vital atender sus necesidades,

brindando información, servicios de respiro, y otros que apoyen su tarea que permitan al cuidador un descanso.

La actividad física en los mayores tiene impactos positivos importantes. Para que las personas mayores realicen ejercicio, es sustancial, además de la motivación, que los espacios estén acondicionados, que sean accesibles en cuestión económica y en distancia. Una solución, es rescatar espacios en las colonias y barrios para la actividad física, no solo de los adultos mayores, si no de la comunidad en general. Acondicionarlos puede ser tarea de los adultos mayores con la ayuda de la comunidad en general, promoviendo la participación para trabajar en beneficio de la sociedad.

Economía...

No es posible regresar al sistema de pensiones de antes, por la estructura económica y política en la que se encuentra inmerso el país, sin embargo hay sectores en donde pueden influir los psicólogos para mantener a las personas mayores (que quieran continuar) en el ámbito laboral, como por ejemplo promover el auto-empleo entre los adultos mayores, o el trabajo voluntario.

Un intento por abrir campo a los mayores en el ámbito laboral es informando a los psicólogos industriales, administradores, directores de empresas y personas relacionadas con la organización y establecimiento de las empresas, sobre los factores del envejecimiento y así puedan tomar mejores decisiones en relación con los procesos y políticas de recursos humanos. Encaminar a la persona a la productividad manteniendo su salud y su creatividad, puede ser una posible solución al aumento demográfico de las personas mayores.

Reconocer el papel del adulto mayor en el desarrollo y en la sociedad, ampliará su participación activa en el mercado de trabajo, en el acceso al conocimiento, educación y capacitación. Fundamentalmente la capacitación y adiestramiento es un derecho laboral y las organizaciones civiles pueden buscar conquistar este derecho para los mayores, y a su vez, aumentar su CV y productividad.

Ampliar la estabilidad laboral de las personas, no detendrá el retiro y sus efectos, por eso es importante que la psicología contribuya en la planeación del término de la vida laboral, tomando en cuenta la salud y la economía, para plantear nuevas actividades y un plan de desarrollo en relaciones personales. En este mismo plan, se puede apoyar y sugerir el auto empleo, que es la alternativa para que las personas mayores se mantengan activas, e insertadas en la sociedad, conservando su economía, su interacción social y el mayor control sobre ellos mismos. Proponer este modelo, requiere de la opinión de las personas de la tercera edad, conocer sus intereses, deseos y habilidades, al igual que las debilidades y potencialidades.

En las residencias y casa de retiro, es vital buscar que las personas sigan siendo útiles para sí mismas y para los demás, por medio de la colaboración de tareas motoras, intelectuales y de apoyo emocional, cuidando que no se sientan utilizadas, pero si útiles, para que aumente la autoestima, su bienestar, y la percepción de su valía para con los demás.

Redes Sociales...

En esta área se recomienda combatir el aislamiento social y promover el desarrollo de nuevas interacciones sociales para crear nuevas redes de apoyo, por medio de la instrucción y facilitando las herramientas. La intervención tiene que considerar la capacidad de afrontamiento y consolidar el lazo familiar como apoyo, fortalecimiento de las redes ya existentes. Con esto se espera que mejore el ajuste y bienestar de las redes sociales de apoyo.

Aspectos psicológicos...

Es de vital importancia, terminar con los estereotipos negativos sobre la vejez, para que no afecte la percepción de las personas mayores y no vivan su última etapa de vida bajo profecías autocumplidas que restrinjan y funden falsas expectativas sobre las capacidades, límites y posibilidades de actividades.

Erradicando los falsos estereotipos, disminuirémos la discriminación que sufren las personas mayores por su edad (viejísimos), además, ayudará a la vivencia de una vejez

plena, saludable, segura y participativa. Para lograr este objetivo, se proponen campañas y programas con los siguientes objetivos: 1) sensibilizar; 2) promover actitudes positivas hacia el envejecimiento; 3) corregir las ideas negativas y sesgadas de la sociedad que desvirtúan el autoconcepto de la gente mayor; 4) alentar a la solidaridad, comunicación y entendimientos con los mayores. El lugar más adecuado para iniciar las campañas y programas con efecto duradero, es en escuelas primarias. La persuasión, la protesta, la organización, las legislaciones, las demandas civiles, la difusión de ejemplos positivos y exitosos de personas que triunfan ante la discriminación, y que son dignos de la admiración, son otras de las alternativas a tomar en cuenta.

Para tener un buen autoconcepto es importante mantener la funcionalidad por medio de actividades que incrementen la movilidad articular y la fuerza muscular; contribuir en la conservación de la independencia, aumentar la autoestima por medio de la estimulación, facilitando la aceptación de sus desventajas, aprovechando sus capacidades y potenciar sus facultades de manera recreativa a través del esparcimiento y la diversión.

Las acciones para preservar la autonomía y lograr un envejecimiento exitoso, desde la psicología, son promover factores que protejan el funcionamiento cognitivo, como los programas de alfabetización y de educación continua, difundir el uso de ejercicios cognitivos en la vejez, mejorar y practicar las habilidades verbales y de comunicación. Propagar el afecto positivo y la participación en actividades que eviten la depresión y la soledad. Instruir sobre afrontamiento al estrés, ansiedad, mejorar la percepción de autoeficacia, el pensamiento positivo y el sentido de control. Impedir el empobrecimiento social, abatir los estereotipos negativos respecto a la vejez, difundir las creencias de eficacia colectiva en los mayores así como la conducta pro-social. El papel de la psicología es importante para el diseño de estas estrategias, a nivel general y particular.

La propuesta de Envejecimiento Óptimo o Exitoso tiene que considerar la participación del personal institucional capacitado, familias y a las comunidades donde viven, promoviendo el mejoramiento de redes familiares, el desarrollo de redes institucionales y comunitarias para mejorar el bienestar físico, mental y social de los adultos mayores, haciendo uso de recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.

Las redes de apoyo comunitario, son importantes para difundir y utilizar la cultura del Envejecimiento Óptimo o Exitoso y proporcionar el desarrollo de acuerdo a sus capacidades de gestión y atención, teniendo en cuenta los derechos, necesidades individuales, familiares y comunitarias en todo el ciclo de vida, dando protección seguridad, acompañamiento y cuidados adecuados.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, C. & García, R. (2007). Ansiedad y depresión en Adultos Mayores. *Psicología y Salud*, 17 (2), 291-300. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29117214.pdf>
- Acosta, C. & González-Celis, A. (2009). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología y Salud*, 19 (2), 289-293. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Christian-Oswaldo-Acosta-Quiroz.pdf>
- Acosta, C. (2010). Envejecimiento exitoso y actividad de la vida diaria: efectos de un curso taller. (Tesis inédita de Doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México, Distrito Federal.
- Acosta, C., Dávila, M., Rivera, M. & Rivas, J. (2010) Actividades de la Vida Diaria y Envejecimiento Exitoso. En Gabriela Ríos C. (Ed.), *Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontología*. 147-156 (148-154). México: Instituto de Geriatria
- Acuña, M. (2012). Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores. (Tesis inédita de doctorado). Universidad nacional autónoma de México, México, Distrito Federal.
- Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología de IMED*, 1 (1), 147-128. Recuperado de <http://www.seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/20/19>
- Barrentes, M. (2006) Género, vejez y Salud. *Acta Bioethica*, 12 (2), 193-197. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n2/art08.pdf>
- Camacho, R., Gámez, C., Flores, A. & Guerrero, G. (2010). Programa de Envejecimiento Activo. Consideraciones sobre el envejecimiento, género y salud. En Gabriela Ríos C. (Ed.), *Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontología*. 393-402 (394-400). México: Instituto de Geriatria.

- Colom, J. (1999). Vejez, representación social y roles de género. *Educació i Cultura*. 12, 47-56. Recuperado de: <http://vivianita.cadiretes.cesca.cat/index.php/EducacioCultura/article/viewFile/75807/9631>
- Consejo Nacional de Población. (2010). Día Nacional del Adulto Mayor. México. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/28_de_agosto_Dia_Nacional_del_Adulto_Mayor
- Dougñas, M. (2010). Depresión en el adulto mayor. Programa de Envejecimiento Activo. Consideraciones sobre el envejecimiento, género y salud. En Gabriela Ríos C. (Ed.), *Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontología*. 339-248 (240-245). México: Instituto de Geriatria.
- Dulcey E. y Uribe, C., (2002). Psicología Del Ciclo Vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 17-27. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf>
- Escoral, S., Rebollo, I., García, L., Colom, R., Adab, F. & Juan-Espinosa, M. (2005). Las aptitudes que se asocian al declive de la inteligencia: evidencias a partir del WAIS-III. *Psicothema*, 15 (1), 19-22. Recuperado de http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/aptitudes-asocian-declive-inteligencia-evidencias-partir-wais-iii/id/1076298.html
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Revista Periféria*, 2 (39), 1-16. Recuperado de <http://revistes.uab.cat/periferia/article/view/149/166>
- Franco, M., Villarreal, R., Vargas, E., Martínez, L. & Galiciar, L. (2010). Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro. *Revista Médica de Chile*, 138, 988-993. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n8/art07.pdf>
- Giró, T. (2005). *Envejecimiento, salud y dependencia*. España: Servicios de publicaciones.
- Gómez, T. (2003). *Heteroestereotipos y autoestereotipos asociados a la vejez en Extremadura*. (Tesis inédita de Doctorado). Universidad de Extremadura. España, Extremadura.
- González, C. (2010). Demografía del Envejecimiento, Problemas, Temas No Cubiertos y Horizontes de Investigación en México. En Gabriela Ríos C. (Ed.), *Perspectivas para el*

desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontología. 295-303 (296-301). México: Instituto de Geriatria.

Gonzales-Celis, A. (2010) Calidad de vida en el adulto mayor. En Gabriela Ríos C. (Ed.), Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontología. 365-378 (366-378). México: Instituto de Geriatria

González-Celis A., Tron R., Chávez M. (2009) Evaluación de calidad de vida a través del WHOQOL en población de adultos mayores en México. México: Universidad Nacional Autónoma de México Facultad De Estudios Superiores Iztacala.

González-Celis, A. (2009). Composición factorial del inventario de depresión de Beck en ancianos mexicanos. *Journal of Behavior, health & Social Issues*, 1(1), 15-28. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2822/282221718002.pdf>

González, M. (2007). Los retos de la tercera edad: Nuevas oportunidades. México: trillas.

Gonzalo, L. (2002a). Manual de Gerontología. España: Ariel.

Gonzalo, L. (2002b), Tercera edad y calidad de vida. Aprender a Envejecer. España: editorial Ariel.

Guzmán, J. & Huenchuan, S. (2003). Redes de apoyo social de personas mayores: Marco teórico conceptual (Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_JMGSHNVMO.pdf

Hans, U. (2003). Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento. España: Herder.

Hernández, M., Torres, M., Coronado, M., Herrera, A., Castillo, P. & Sánchez, A. (2009). Actitudes negativas hacia la vejez en población mexicana: aspectos psicométricos de una escala. En González-Celis, A. (Ed.), Evaluación en psicogerontología. 1-167 (1-16). México. Manual Moderno.

- Herrero, J. & Gracia E. (2004). Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. *Intervención Psicosocial*, 14 (1), 41-50. Recuperado de <http://www.uv.es/lisis/juan/5.pdf>
- Iglesias, J., Bárcena, C., Abella, V., & Galán, I. (2010). Premisas para la elaboración de una herramienta para valorar la calidad de vida en las personas mayores. *Gerokomos*, 21(2), 56-61. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3227583>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). Estadística a propósito del día internacional de las personas de edad. México. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/eda_d10.asp?s=inegi&c=2769&ep=43
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2012). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. México. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2848&ep=103>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2011). El envejecimiento demográfico es irreversible. Comunicado de prensa. México. Recuperado de <http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/sala-de-prensa/inicio-noticias/472-el-envejecimiento-demografico-de-mexico-es-irreversible>
- Juncos-Rabadán, O., Facal, D., Álvarez, M. & Rodríguez, M. (2005). El fenómeno de la punta de la lengua en el proceso de envejecimiento. *Psicothema*, 18 (3), 501-506. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3244.pdf>
- Martínez, J., Jiménez-Beatty, J., Campos, A., Del Hierro, D., Martín, M., González, M. (2007). Barreras organizativas y sociales para la práctica de actividad física en la vejez. *Asociación Española de Ciencias del Deporte*, 9, 13-31. Recuperado de <http://revistamotricidad.es/openjs/index.php?journal=motricidad&page=article&op=view&path%5B%5D=164&path%5B%5D=334>

- Martos, M. (2005). Variables mediadoras en la relación entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional en personas mayores. (Tesis inédita de Doctorado). Universidad de Granada, España, Andalucía. <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/15522039.pdf>
- Millán, J. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. Revista Galena de Economía, 20, 1-13. Recuperado de https://www.usc.es/econo/RGE/Vol20_ex/castelan/art5c.pdf
- Moragas, R. (2004). Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida. España: Herder.
- Moreno, A. (2010). Viejísimo (Ageism). Percepciones de la Población Acerca de la Tercera Edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. Poiésis. Revista Electronica de Psicología Social, (19), 1-10. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/101/75>
- Ocampo, J., Álvarez, O., (2007) Ciclo vital individual: vejez. Revista de la asociación colombiana de gerontología y geriatría, 21 (3), 1072- 1084. Recuperado de: http://acgg.org.co/pdf/pdf_revista/2007/21-3.pdf#page=36
- Osorio, P., Torrejon, M., Vogel, N. (2008). Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. Escuchando a las personas mayores. Revista de psicología, 17 (1), 101-108. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26412982005>
- Pérez, Z. (2010). Deterioro Cognitivo. En Gabriela Ríos C. (Ed.), Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontología. 221-237 (222-223). México: Instituto de Geriatría.
- Pérez, C., Malagon, J. y Amador, L. (2006). Vejez, autonomía o dependencia, pero con calidad de vida. España: Dykinson.
- Polizzi, L. (s/f) ¿Qué vínculos brindan mayor satisfacción en la vejez? Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar de Plata, Republica de Argentina. Argentina. <http://vcongresopsicologia.seadpsi.com.ar/trabajos/52.pdf>
- Ramírez, H. (2002) Acondicionamiento físico y estilos de vida saludables. Colombia médica, 33 (1), 3-5. Recuperado de <http://www.bioline.org.br/pdf?rc02001>

- Ramírez, T. (2010). El efecto de la Migración en el Envejecimiento Demográfico en investigación sobre el envejecimiento y la gerontología. 347-358 (348-352). México: Instituto de Geriátría.
- Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M. y Hernández, M. (2009). Aportes para una conceptualización d la vejez. Revista de educación y desarrollo, 47- 56. Recuperado de: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf
- Sánchez, M. (2013). Fomento de la esperanza y el bienestar en los adultos mayores. (Tesis inédita de Doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México, Distrito Federal.
- Sarabia, C. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. Gerokomos, 20 (4), 205-207. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3098489>
- Schaie, K. & Willis, S. (2003). Psicología de la edad adulta y vejez. España: Pearson Education.
- Stuart-Hamilton I. (2002). "Psicología del envejecimiento". [Versión de google libros]. Recuperado de http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=AwTSZaiMWDcC&oi=fnd&pg=PA225&dq=definicion+de+envejecimiento+psicologia&ots=XFAmjzsUzB&sig=pkJ8hMn7E1nXjigyaxzKPr_Dn1M#v=onepage&q=definicion%20de%20envejecimiento%20psicologia&f=false
- Torres, L. & Villagrán, J. (2010). Consideraciones sobre el envejecimiento, género y salud. En Gabriela Ríos C. (Ed.), Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontología. 359-364 (360-362). México: Instituto de Geriátría.
- Vargas, s. (2011). Capacidad cognitiva y percepción de calidad de vida en las personas mayores entre 54 y 78 años de edad que participaron en actividades recreativas. Revista educación, 35 (1), 1-28. Recuperado de <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/468/457>
- Vera, J., Domínguez, M., Laborín, A., Batista, A. & Seabra, M. (2007). Autoconcepto, locus de control y orientación al éxito: sus relaciones predictivas en adultos mayores del Noroeste

Brasileño. *Psicología USP*, 18 (1), 137-151. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v18n1/v18n1a08.pdf>

Villa C. (2005). *La vida en la Jubilación*. México. Editorial Trillas.

Villagómez, O. (2010). El Envejecimiento Demográfico en México: Niveles, Tendencias y Reflexiones en Torno a la Población de Adultos Mayores. En Gabriela Ríos C. (Ed.), *Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontología*. 305-313 (308-311). México: Instituto de Geriatria.

Villagordoa, J., (2007) Definición de envejecimiento y síndrome de fragilidad, características epidemiológicas del envejecimiento en México. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 15 (1), 27-31. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2007/er071e.pdf>

Villar, F. (2004). Educación y personas mayores. Algunas claves para la definición de una psicología de la educación en la vejez. *Revista Brasileña de Ciencias do Envelhecimento Humano*, 61-76. Recuperado de: http://www.profei.com/Centre_doc_2006/GENERAL/educacion_personas_mayores.pdf

Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, Apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 23-29. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art02.pdf>

Walker., A. (2006). Programa británico de investigación para el incremento de la calidad de vida en la vejez. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 41 (2), 49-56. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878764913001095>