



# TERCERA EDAD

MÚLTIPLES PERSPECTIVAS Y RETOS PARA EL FUTURO



GINA VILLAGÓMEZ VALDÉS • LIGIA VERA GAMBOA  
(COORDINADORAS)





## **Tercera Edad. Múltiples perspectivas y retos para el futuro**

---

Gina Villagómez Valdés • Ligia Vera Gamboa

Coordinadoras

## Tercera Edad. Múltiples perspectivas y retos para el futuro

---

Gina Villagómez Valdés  
Ligia Vera Gamboa  
Coordinadoras

Primera edición 2014  
D.R. Universidad de Colima

Autoras y autores:

Rosa Rivera González  
Elba Covarrubias Ortiz  
Susana Preciado Jiménez  
Mireya Arias Soto  
Gloria María Herrera Correa  
Lizbeth Teresita Marín Piña  
Ramón Ignacio Esperón Hernández  
Nelly Eugenia Albertos Alpuche  
Susana Villasana Benítez.  
Lourdes Cortés Ayala  
Mirta Flores Galaz  
Selmy Velázquez Aldana  
Natalia Cimé Canul  
Zulme Ek Poot

Jennifer Rodríguez Llanes  
Adriana Guillermo Jornez  
Ligia Rosado Alcocer  
Lizbeth Padrón Aké  
Damaris Estrella Castillo  
Héctor Rubio Zapata  
Reyna Cruz Bojórquez  
Pedro Sánchez Escobedo  
Javier Vales García  
Christian Acosta Quiróz  
Ligia Vera Gamboa  
Garbiñe Delgado Raack  
Helga Raack Knodel  
Georgina Rosado Rosado

Diseño de portada e interiores: Carlos Vivas Robertos  
Fotografía de portada: “Vendedora de flores”. Alejandra Díaz Mariscal.

Esta publicación no puede ser reproducida, ni en todo ni en parte, ni registrada en o transmitida, por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnéticoelectroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo, por escrito del editor.

Este libro fue financiado con recursos del Programa Integral de Fortalecimiento Institucional (PIFI) OP/PIFI-2012-06MSU0012O-20-03 asignado al Cuerpo Académico “Grupos Sociales y Trabajo Social” LGAC “Trabajo Social y Grupos Sociales Emergentes” de la Universidad de Colima y la Asociación del Personal Académico de la Universidad Autónoma de Yucatán (APAUADY).

Esta obra se dictaminó con el sistema de evaluación doble ciega por pares.

ISBN: 978-607-7824-87-9



# TERCERA EDAD

## Múltiples perspectivas y retos para el futuro



Gina Villagómez Valdés  
Ligia Vera Gamboa  
(Coordinadoras)



UNIVERSIDAD  
DE COLIMA



2014



## Contenido

PRESENTACIÓN	9
GERONTOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL EN CENTROS DE CONVIVENCIA DE LA TERCERA EDAD EN COLIMA Rosa Judith Rivera González, Elba Covarrubias Ortiz Susana Aurelia Preciado Jiménez y Mireya Patricia Arias Soto	15
EPIDEMIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO EN YUCATÁN Gloria María Herrera Correa, Lizbeth Teresita Marín Piña Ramón Ignacio Esperón Hernández y Nelly Eugenia Albertos Alpuche	35
DISCAPACIDAD Y SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN CHIAPAS Susana Villasana Benítez	53
ESTEREOTIPOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y OPTIMISMO EN ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE MERIDA, YUCATÁN Lourdes Cortés Ayala y Mirta Flores Galaz	73
PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ASPECTOS SOCIALES PRESENTES EN ADULTOS MAYORES DE ASILOS Y ESTANCIAS DE MÉRIDA, YUCATÁN Selmy Alejandra Velázquez Aldana, Natalia de Jesús Cimé Canul Zulme Yasmín Ek Poot, Jennifer del Socorro Rodríguez Llanes Adriana Guillermo Jornez, Ligia Maria Rosado Alcocer Lizbeth Paulina Padrón Aké	103
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, SALUD MENTAL Y ACTIVIDAD FÍSICA EN ADULTOS MAYORES Damaris Estrella Castillo, Héctor Rubio Zapata y Reyna Cruz Bojórquez	117

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL ADULTO MAYOR Pedro Sánchez Escobedo, Javier Vales García y Christian Acosta Quiróz	133
UNA APROXIMACIÓN A LA SEXUALIDAD Y EL VIH/SIDA EN ADULTOS MAYORES DE MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO Vera-Gamboa Ligia	153
DECONSTRUCCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE LA VEJEZ EN UNA RELACIÓN A DISTANCIA Garbiñe Delgado Raack y Helga Raack Knodel	169
DESHACIENDO NUDOS: LA VOZ DE LAS ABUELAS Georgina Rosado Rosado	195
AUTORAS Y AUTORES	207

## PRESENTACIÓN

Reunir trabajos de investigación en torno a un tema de interés público no suele ser tarea fácil, especialmente cuando las personas que integran el colectivo estudian un fenómeno desde diferentes disciplinas, perspectivas teórico-metodológicas, instituciones y regiones. Sin embargo, el esfuerzo de 28 autores y autoras de diferentes disciplinas (medicina, psicología, psiquiatría, demografía, antropología, trabajo social, enfermería, sexología y filosofía) comprometidos con la generación de conocimiento, hicieron que este proyecto editorial se concluyera con éxito. El motivo que nos unió fue publicar resultados de investigación sobre diversos aspectos de la salud, atención y experiencias de la población adulta mayor en diferentes contextos.

En el marco de las actividades de investigación la Unidad de Ciencias Sociales del Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi de la Universidad Autónoma de Yucatán, las coordinadoras de este proyecto, convocamos a colegas de diferentes instituciones (UNACH, UADY, UNAM, UNICOL, ITSON, Ssy) interesados en proporcionar información generada recientemente para ponerla al servicio de la sociedad y colaborar con ello a la visibilización de la situación vulnerable de la población de la tercera edad. También para plantear la necesidad de contribuir, desde diferentes sectores, al empoderamiento de los adultos mayores que potencie una vejez positiva para mejorar sus condiciones de vida. Esto significa abonar al fortalecimiento de su autonomía y toma de decisiones respecto a sus vidas pero con el apoyo y acompañamiento de profesionales en el área, unido al soporte familiar, gubernamental y de la sociedad en general.

Envejecer en nuestro país es aún un tema de investigación que debe ampliarse para incorporar nuevas perspectivas que enriquezcan el conocimiento sobre las condiciones en las que vive la gente mayor. A la fecha, México se enfrenta al crecimiento de este grupo poblacional y no se está preparando lo suficiente para atender las demandas que llegarán. Actualmente, la esperanza de vida de

mujeres y hombres se ha incrementado a 77 y 72 años respectivamente. Los sistemas de atención médica, de pensiones y jubilaciones son cada vez más endebles y dejan sin cobertura a gran parte de la población senecta, particularmente la que se encuentra en condiciones de pobreza extrema. Las políticas públicas sociales son de gran trascendencia para ellos, pero son insuficientes y tienden a ser utilizadas electoralmente, motivo por el cual su acceso es inequitativo para la población que más lo requiere.

En este contexto, las familias desarrollan una serie de estrategias para atender informalmente las necesidades de este grupo poblacional; sin embargo, la pobreza y la organización doméstica en torno al trabajo fuera del hogar, ha reducido el porcentaje de cuidadores en casa, aumentando la situación de riesgo de la gente grande. Por si fuera poco, aun existen diversas prácticas culturales que los discriminan y maltratan, provocando un abandono social en diferentes contextos que aumenta su situación de vulnerabilidad, sobre todo en momentos de enfermedad y/o discapacidad.

Es por ello que, en este libro, presentamos trabajos de investigación sobre diferentes aspectos biomédicos, de atención y experiencias de la denominada *tercera edad*<sup>1</sup>, etapa que se inicia a los 60 años y que atraviesa una serie de problemas y limitaciones que siguen siendo invisibles o “naturales” en la sociedad. Nuestro deseo es que existan menos festejos el día del abuelo y se desarrollen más acciones a favor de sus derechos humanos. Que se amplie la asignación de recursos públicos y que se multipliquen los programas y modificaciones legislativas para transformar el trato que reciben en la esfera pública y privada. Que se profesionalice en esta área a nuevas generaciones de jóvenes de educación superior y sobre todo que se sensibilice a la población en general sobre su situación promoviendo prácticas no discriminatorias y más incluyentes.

El libro está conformado por diez capítulos, en los que están presentes temas que engloban algunas situaciones biomédicas que la población adulta mayor puede experimentar durante esta etapa del ciclo vital, así como algunas estrategias de atención gubernamental y la exposición de experiencias en torno a la vejez. Cada trabajo aporta propuestas sustentadas en la información analizada.

En el primer capítulo *Gerontología y Trabajo social en Centros de convivencia de la Tercera edad en Colima*, Rosa Rivera, Elba Covarrubias, Susana Preciado y Mireya

---

<sup>1</sup> En 1983 la ONU recomendó que la *tercera edad* se iniciara a los sesenta años. Se considera a una población como vieja cuando más de siete por ciento de sus miembros tiene sesenta y cinco años, y más de diez por ciento, sesenta. Con estos datos podemos afirmar que comenzamos el siglo XXI con una población mundial envejecida. Aguilar, M. y M. Pando (2002). “El nuevo envejecimiento en México: un enfoque socioantropológico médico”, *Revista Universidad de Guadalajara* (23).

Arias, sustentan la importancia del trabajo social en el abordaje, atención y estudio de la población adulta mayor. El trabajo muestra los principales problemas que vive la gente grande en esa parte del país. Su importancia radica en que permite evidenciar la falta de programas sociales y Centros de Convivencia que brinden, de manera integral, plena satisfacción de las necesidades de la población adulta mayor, en especial en las zonas rurales donde se manifiesta más fuertemente la vulnerabilidad de la población senecta.

En el trabajo *Epidemiología del envejecimiento en Yucatán*, Herrera, Marín, Esperón y Albertos, presentan un panorama del envejecimiento en la ciudad de Mérida, comparando las principales enfermedades que aquejan a la población mayor en dos periodos diferentes y las principales causas de morbilidad. Asimismo, exponen los resultados de la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) de esta ciudad señalando en sus hallazgos la situación de dependencia y la necesidad de contar con redes sociales de apoyo para la sobrevivencia de la población adulta mayor en la capital yucateca.

En el siguiente capítulo *Discapacidad y servicios de salud de la población adulta mayor de Chiapas*, Susana Villasana documenta un trabajo que visibiliza las condiciones de la población senescente con discapacidad en uno de los estados con más alto índice de pobreza del país. Para su análisis hace una aproximación documental-bibliográfica que da cuenta de importantes consideraciones para la elaboración de políticas públicas. Destaca el incremento de la población adulta mayor, las enfermedades crónico-degenerativas y las condiciones negativas de la discapacidad en su calidad de vida.

El siguiente trabajo de investigación es de Lourdes Cortés y Mirta Flores, quienes presentan el estudio *Estereotipos sobre el envejecimiento y optimismo en adultos mayores de la ciudad de Mérida, Yucatán, México*. Esta investigación, detalladamente sustentada, aporta la visión de los estereotipos sociales y su incorporación en la cotidianidad de la población adulta mayor de la ciudad de Mérida. El trabajo aborda tres variables: Optimismo, autopercepciones de la salud y estereotipos. Su contribución al estudio del envejecimiento es muy importante considerando la realidad demográfica que vive hoy México.

El capítulo *Prevalencia de depresión y aspectos sociales presentes en adultos mayores de asilos y estancias de Mérida, Yucatán* de Velázquez, Cimé, Ek, Rodríguez, Guillermo, Rosado y Padrón, aborda la depresión y su impacto en un grupo de adultos mayores que acuden a estancias y asilos en la capital de Yucatán. Su aportación central son las recomendaciones sobre el fomento de actividades de mayor

interacción social entre la población adulta mayor y la familia en los diferentes tipos de estancias y asilos.

En este mismo campo, la siguiente contribución *Sintomatología depresiva, salud mental y actividad física en adultos mayores* cuyos autores son Damaris Estrella, Héctor Rubio y Reyna Cruz, aborda esta enfermedad a través de su sintomatología en la población adulta mayor teniendo como principal contribución hacer conciencia en la necesidad de incorporar la actividad física como un elemento que mejora a cualquier persona y de manera particular a aquellas mayores de 60 años. De esta forma se contribuye a mejorar la salud emocional y con ello la calidad de vida de la gente grande que padece depresión.

El capítulo *Evaluación e intervención psicológica en el adulto mayor* de Pedro Sánchez, Javier Vales y Christian Acosta, analiza varios aspectos de la intervención psicológica en el adulto mayor. Los autores revisan minuciosamente diversos estudios en los que demuestran los elementos fundamentales que deben considerarse en la atención psicológica de la gente grande. Su aportación principal es la exposición del Inventario de actividades de la vida Diaria del Adulto Mayor (INACVIDIAM), instrumento validado para la población mexicana que permite identificar el estado psicológico del adulto mayor con el que es posible desarrollar estrategias de atención de acuerdo a las necesidades particulares de cada senecto.

En el siguiente capítulo se presenta un breve panorama de la sexualidad en el adulto mayor como un elemento presente en la vida de este grupo de la población incluyendo las prácticas sexuales y su relación con la infección por el VIH/Sida. Es así que a partir de esta revisión se presentan dos historias de vida en un hombre y una mujer de la tercera edad que comparten su vivencia de la sexualidad. Con estos testimonios la autora pretende llamar la atención de las autoridades gubernamentales para generar políticas públicas de salud en referencia al VIH/Sida en la población senescente. La autoría de este trabajo es de Ligia Vera y el trabajo se denomina *Una aproximación a la sexualidad y el VIH/Sida en adultos mayores de Mérida, Yucatán, México*.

El noveno capítulo que presentamos se titula *Deconstrucción y reconstrucción de la vejez en una relación a distancia* de Garbiñe Delgado y Helga Raack. El trabajo trata la relación de una madre adulta mayor con su hija, una migrante europea que reside en América Latina. Esta relación a distancia deconstruye y reconstruye, a través de correos electrónicos y Skype, una relación cada vez más cercana en la que se descubren los significados y representaciones de la vejez abordados con una perspectiva de género. Se trata de un novedoso estudio que revela que la cercanía emocional es posible en situación de migración a través de la tecnología.

Finalmente, Georgina Rosado relata, con lenguaje literario, la historia de sus abuelas en la reseña comentada de su libro *Des haciendo nudos*. En esta síntesis, se escucha la voz de las abuelas en su propio contexto, gracias a la información sobre la época documentada por la autora. La voz de las abuelas refleja una cultura de género donde el empoderamiento femenino tejía diversas formas de resistencia a la tradición en el espacio público y privado.

Como podemos observar en estos trabajos de investigación, los datos obtenidos nos remiten a la necesidad de ampliar los espectros de explicación de las condiciones de vida de la tercera edad para procurar mejores condiciones de vida para quienes llegaron a esta etapa sin las herramientas suficientes para sobrevivir, quedándose en situación de riesgo. Las enfermedades crónico-degenerativas que inciden en su situación de vulnerabilidad, las discapacidades en diversos niveles les restan calidad de vida. Los impactos de la depresión, particularmente, son algunos de los resultados obtenidos en diversos contextos que nos obligan a redoblar esfuerzos en la formación de recursos humanos. Asimismo, se observa la necesidad de reorientar y multiplicar políticas públicas para atender las necesidades más apremiantes y específicas de los senectos más desprotegidos. En particular, la relación afectiva intergeneracional es de suma importancia en la tercera edad, motivo por el cual, desde el campo de las emociones, los dos últimos trabajos muestran la trascendencia de este tipo de cercanía con nuestras madres, padres, abuelos y abuelas.

Por último, es pertinente señalar que la publicación de este trabajo colectivo fue posible gracias al apoyo del Programa Integral de Fortalecimiento Institucional (PIFI) OP/PIFI-2012-06MSU0012O-20-03 asignado al Cuerpo Académico “Grupos Sociales y Trabajo Social” LGAC “Trabajo Social y Grupos Sociales Emergentes” de la Universidad de Colima. También gracias al apoyo del Sindicato del Personal Académico de la Universidad Autónoma de Yucatán APAUADY. Con este texto, esperamos colaborar en la realización de nuevas investigaciones, así como contribuir a la formación de recursos humanos en universidades y centros de atención y capacitación para brindar mejores oportunidades de vida para la gente de la tercera edad. Nuestro objetivo no solo se orienta a visibilizar las condiciones de vida de la gente mayor, sino también, contribuir a su empoderamiento para que logren vivir una vejez positiva que les proporcione mayor autonomía en esta etapa de la vida.

Ligia Vera Gamboa y  
Gina Villagómez Valdés



Foto: Archivo Ramírez Aznar.

# GERONTOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL EN CENTROS DE CONVIVENCIA DE LA TERCERA EDAD EN COLIMA

Rosa Judith Rivera González  
Elba Covarrubias Ortiz  
Susana Aurelia Preciado Jiménez  
Mireya Patricia Arias Soto

## Introducción

En los últimos años la necesidad creciente de información sobre la experiencia de envejecimiento y el acotamiento de los problemas y cambios vitales ha provocado la realización de investigaciones, particularmente en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Colima, dado que hoy en día, hablar de vejez se ha convertido en un tema de interés para estos profesionistas<sup>2</sup>, así como para la población en general.

Esta afirmación que hacemos concuerda con lo señalado por Salas (1999), al hacer referencia a la época de cambios que vivimos y cómo éstos, están produciendo modificaciones importantes a nuestra vida individual y a los diferentes grupos sociales, “todas en lapsos relativamente breves”. Aun más reconocemos que en este siglo XXI, también los abordajes a los temas sociales son vistos desde diferentes enfoques y disciplinas y, en lo que corresponde al estudio de los adultos mayores, los avances científicos se observan en la medicina —al prolongar la vida humana— en el mejoramiento de la calidad de vida y en la composición etaria de la población en un plazo muy breve. Si revisamos las

---

<sup>2</sup> En la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Colima desde 2004 se han realizado sistemáticamente trabajos de investigación sobre este grupo social, desde diferentes perspectivas, con la finalidad de producir documentos que nos permitan tener un cúmulo de información y realizar propuestas metodológicas para la actuación profesional. Existe un cuerpo académico que una de sus líneas es sobre los grupos emergentes y ya se han realizado algunos acercamientos de modelos de actuación que comenzarán a mostrarse muy pronto.

cifras que proporciona el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2008) y las Naciones Unidas, se observa un incremento considerable en la población en los tramos de entre 60 y 65 años de edad de un 9.4%, y considerando los indicadores demográficos del Banco Mundial se muestra en la Tabla 1:

Tabla 1

Indicador	1990	2000	2025	2050
Proporción de mayores	5.62	6.40	12.60	31.5
Ratio de varones	83.25	77.60	79.21	79.61
Ratio de dependencia	9.97	10.70	19.65	40.29
Ratio de envejecimiento	14.79	18.97	54.12	119.42
Ratio de cuidados	121.09	116.85	135.23	241.82
Ratio de transición demográfica	0.81	0.93	1.00	1.05

Fuente: Proyecciones del Banco Mundial, 1994

Datos que nos indican la necesidad de contar con profesionales capacitados, políticas públicas acordes, así como modelos de actuación profesional que provean de procesos metodológicos para una atención multidisciplinaria adecuada para este grupo etario. En Colima, en el *Plan Estatal de Desarrollo 2009-2015*, se establece que los programas sociales que se han implementado *por los tres órdenes de gobierno, han sido insuficientes para erradicar la pobreza alimentaria, de capacidades y patrimonial, lo cual general condiciones de injusticia social e incide directamente en fenómenos como la inseguridad pública, la trata de personas... la desintegración familiar, entre otros graves problemas* (Gobierno del Estado de Colima, 2009: 12). Ahí mismo se señala que estimaciones del INEGI encuentran que 9 de cada 100 habitantes son adultos mayores, por lo que los espacios que se han destinado para la atención de éstos no son suficientes.

En este mismo sentido en el 2010, a partir de un proyecto interinstitucional entre la comunidad europea, el gobierno del Estado de Colima, a través de la Secretaría de Salud y la Universidad de Colima<sup>3</sup>, realizaron varios estudios entre los cuales se generó en la Facultad de Trabajo Social en 2011, un directorio de asilos, instituciones, programas y centros de convivencia para el adulto mayor tanto públicos como privados, encontrándose que existen 22 instituciones para la atención de adultos mayores, 12 centros de convivencia y 10 asilos.

<sup>3</sup> En este proyecto participan los Servicios de Salud del Estado de Colima, las Universidades de Guadalajara y Colima (México), Autónoma de Madrid, Fundación Europea de Yuste (España) y la de Heidelberg (Alemania).

Sin embargo, se confirmó que son muy pocos los trabajadores sociales que se encuentran involucrados en la atención de estas personas y preparados para ello. De ahí las preguntas, ¿Existe un Trabajo Social con experiencia en Gerontología en Colima? ¿Las acciones que realizan en los Centros de Convivencia de la tercera edad en los municipios de Villa de Álvarez y Comala parten de un proceso metodológico adecuado para atender a la población adulta mayor?

Sustentado lo anterior, reconocemos que los estudios que se hacen con respecto a la vejez, no deben incluir solamente la comprensión de los aspectos físicos y sociales de la acumulación de años en una persona, sino que, al contrario, como trabajadores sociales se debe investigar aspectos tales como: calidad de vida, la demografía del adulto mayor, los cambios físicos, psicológicos, sociales, laborales (jubilación), contexto familiar (muerte de la pareja, el nido vacío), así como los derechos de los ancianos; por ello, al momento de determinar este trabajo, se delimitó de tal forma que nos concretarnos en conocer los servicios que reciben los adultos mayores en dos Centros de Convivencia de la Tercera Edad en los municipios de Comala (Centro *Suchitlán*) y Villa de Álvarez (Centro *Nuevo Amanecer*), a fin de identificar el proceso teórico-metodológico que son aplicados para la atención de la población senescente.

## Proceso metodológico

Este trabajo de investigación se basó en el enfoque cuantitativo, con un nivel de la investigación exploratorio con el objetivo de identificar el proceso teórico-metodológico que utilizan los Centros de Convivencia de la Tercera Edad ubicados en los municipios de Comala y Villa de Álvarez del Estado de Colima. Se utilizó el método comparativo constante, con la intención de confrontar la diferencia de atención que brindan los Centros de Convivencia de la Tercera Edad a los adultos mayores en los objetos de estudio seleccionados: “*Nuevo Amanecer*” y “*Suchitlán*”. La muestra fue no probabilística, partiendo de que sería dirigida a los casos representativos de la población de interés, tales como: directivos y personal para la atención de los Centros elegidos, así como los usuarios. Los datos se recabaron teniendo la participación de 20 personas de entre 60 a 85 años que asistieron las primeras dos semanas a los Centros de Convivencia de la Tercera Edad durante el proceso de investigación de campo; así como al 100% del personal que labora en dichas instituciones.

Las técnicas empleadas para la obtención de la información fueron la observación y la entrevista estructurada, recabando la información con los instru-

mentos de medición, que fueron dos guías de entrevista, una dirigida a los adultos mayores y otra hacia el personal y directivos que labora con ellos. El análisis se realizó con estadística descriptiva, a partir de tablas de frecuencias y comparación de variables, con la hipótesis: los Centros de Convivencia de la Tercera Edad no cuentan con bases metodológicas suficientes para atender a los adultos mayores de los municipios de Comala y Villa de Álvarez.

## Desarrollo

### CENTRO *NUEVO AMANECEER* (URBANO):

Se localiza en el municipio de Villa de Álvarez, Colima, con domicilio en la avenida Enrique Corona Morfín esquina Tiburcio Aguilar. Entre las actividades que realiza se encuentra la visita periódica del oftalmólogo para exámenes de la vista, así como la adecuación de lentes con descuentos donde se les da preferencia a los adultos en plenitud; también participan un médico, un psicólogo y un abogado por parte del DIF (estos profesionistas no son exclusivos del Centro). Se ofrecen actividades de baile, cachibol y manualidades. El Centro está integrado por una Coordinadora general de los grupos de la tercera edad y maestros de baile, cachibol, manualidades y mantenimiento físico.

Se atienden a 103 Adultos en Plenitud, que representan al 60% del total de usuarios de éste servicio; de los 103, 85 son mujeres que a su vez constituyen el 82.5%, por lo que los hombres solo agrupan el 17.5%. Datos que al compararlos con los 6,316 habitantes mayores de 60 años en el municipio según resultados del INEGI en su último censo poblacional, representan 6.3%. Esto significa que solo el 2.3% de la población senescente hace efectivo su derecho a este tipo de servicios y la mayor parte de los usuarios se concentra en el Centro “*Nuevo Amanecer*” (Directora DIF, s.f.).

### CENTRO *SUCHITLÁN* (RURAL):

Se encuentra ubicado en la cancha techada de la comunidad rural de *Suchitlán*, Comala, Colima. Fue elegido debido a que existió el interés de conocer las diferencias sobre centros de convivencia de una ciudad y de una comunidad rural. Dentro del centro de convivencia comunitario de *Suchitlán* se atienden a 58 adultos en plenitud. Los servicios que ofrece este centro son: Actividades culturales: convivios, festejos, juegos de mesa, excursiones, paseos, actividades de enseñanza, pláticas de interés para ellos. Actividades físicas: gimnasia aeróbica y cerebral, actividades para el trabajo y ocupación del tiempo libre, manualidades

y bordado. La coordinadora y único personal que realiza todas las actividades antes mencionadas, tiene como metas: *Lograr que se relajen, se distraigan, se sientan útiles, hagan amigos, emplear mejor su tiempo, mejorar su autoestima*. Esta información recopilada de los centros de convivencia de la tercera edad localizados en Villa de Álvarez y Comala nombrados “*Nuevo Amanecer*” y “*Suchitlán*” respectivamente apoya en el conocimiento tanto externo como interno de los dos objetos de estudio.

## Sustento teórico

### TEORÍA DE LA ACTIVIDAD

En principio es importante señalar que para fines de este trabajo se entiende a la teoría de la actividad como aquella que se relaciona con la imagen propia vinculándose a las funciones sociales que la persona desempeña en su vida diaria; por lo que cuando la persona inicia en la etapa de la vejez, se observan cambios que pueden alterarla, por ejemplo, la pérdida de funciones sociales, el retiro del empleo, el nido vacío o la viudez. Por tanto, considerando esta teoría, se debería establecer mecanismos para que la actividad continúe siendo un factor importante en la vida de las personas, y los programas de apoyo debería tomarlo en cuenta, para lo cual existen autores tales como Lemon, Bengston y Peterson 1972 (citados por Sánchez, 2004: 98) quienes probaron que la relación entre el bienestar y la actividad en la edad avanzada dependerá de las acciones que éstos puedan continuar realizando y les permita tener de ocupado su tiempo libre.

En este aspecto, ésta teoría considera que los Centros de Convivencia, pueden ser la base para establecer un programa de actividades acordes a su edad y condición física que les permita un mejor uso de su tiempo libre disponible como leer y hacer manualidades, por mencionar ejemplos; también para realizar actividades físicas que ejerciten su cuerpo: cantar, bailar, calentamiento físico entre otros, siempre y cuando sean adecuadas a sus condiciones personales, puesto que de ello dependerá el bienestar que obtengan en su vida. Es necesario aclarar que el tiempo libre se define como: “aquel que resta luego del trabajo, del descanso y de las actividades necesarias para la vida física y las obligaciones familiares y sociales” (Salvarezza, 1998: 196).

Este tiempo disponible puede llenarse de diversas formas: descanso, ocio, distracción, diversión o bien con actividades de mayor significado individual, grupal y/o social. La cantidad de tiempo libre varía a lo largo de la vida. Durante

la infancia y la adolescencia resulta muy amplia; se reduce al entrar en la población activa, para volver ampliarse cuando las personas ingresan a la adultez mayor, particularmente cuando se encuentran con problemas de salud, o bien a partir de la disposición de mayor tiempo participan en centros de convivencia, o se reúnen en un grupo de amigos para ejercitarse.

Entonces, se podría decir que lo positivo del tiempo libre en las personas de la tercera edad es que descansan las horas que con anterioridad invertían en actividades de trabajo, relaciones satisfactorias, desarrollo personal, conocimiento interior. Sin embargo, en el futuro surgirán otros problemas, debido al incremento de la esperanza de vida y a la presencia de cohortes con mayores limitaciones físicas y psíquicas, por lo que su gama de actividades para el ocio será más restringida y se deberán prever actividades de acuerdo a las limitaciones que el usuario de dichos centros tenga.

Estas actividades se realizan en el tiempo libre del adulto mayor y se caracterizan por su libertad, pues no están sujetas a requisitos rigurosos por lo que las personas mayores deciden el ritmo ubicando el tiempo y espacio acorde a las capacidades de cada uno de ellos, situación que según (Gálvez, 2007: 21) se vive dentro de los centros de convivencia, ya que el instructor a cargo del grupo al momento de realizar determinada actividad, toma en cuenta el tiempo máximo destinado a cada uno de los integrantes para realizarla.

La variedad de actividades ejecutadas durante tiempo libre o el ocupado en los Centros pueden ser: físicas, psicológicas y/o sociales, de igual manera y por su naturaleza, pueden realizar otras actividades: deportivas, educacionales, artesanales, artísticas y, por último también, las personas mayores que asisten a un Centro de Convivencia pueden participar de manera individual, en pequeños grupos o masas, siempre y cuando no choque con obstáculos personales, barreras físicas, de conocimientos o limitación de medios que entorpezcan su desarrollo dentro de los lugares como clubes deportivos, grupos de pensionados y jubilados o, en este caso, en Centros de Convivencia de la Tercera Edad.

La variedad de actividades posibles para personas mayores es prácticamente la misma que para cualquier otra edad, con la característica positiva, de disponer de mayor tiempo y la negativa de menores aptitudes funcionales. La selección de actividades concretas se basa en las posibilidades individuales, en los condicionamientos sociales y en la experiencia previa de las actividades del ocio durante la madurez. Con el paso de los años, los adultos mayores, a diferencia

de los jóvenes, varían sus actividades de ocio; reduciéndose el ocio activo e incrementándose el pasivo (Preciado, Covarrubias y Arias, 2012).

Considerando lo anterior, es posible que surjan interrogantes acerca del personal que se encarga de planear programas específicos para este sector de población o quienes se ocupan de crear programas basados en teorías y métodos que avalen el desarrollo del adulto mayor dentro de un Centro de Día; refiriéndonos específicamente a que en los Centros de Convivencia de la Tercera Edad no cuentan con bases metodológicas pertinentes para atender a los adultos mayores de los municipios de Comala y Villa de Álvarez, por lo que, en este trabajo, se toma como sustento otra teoría para complementar el análisis de esta investigación.

#### ECONOMÍA POLÍTICA DE LA VEJEZ

Otra enfoque que analiza a la vejez desde las condiciones socioeconómicas, es la teoría de economía política de la vejez que expone que el proceso de envejecimiento en sí no es perjudicial a la persona, sino que el problema estriba en las condiciones sociales a las que se tienen que enfrentar los ancianos sin ingresos y carentes de cuidados de salud física, emocional y psicológica, por lo que hace una crítica a los actuales sistemas de apoyo formales.

Sánchez (2004), considera que los sistemas de apoyo formales se agrupan generalmente en dos tipos: aquellos de carácter gubernamental que se refiere a las instituciones con solvento federal o estatal pero de gobierno, pues fueron creadas a partir de políticas públicas y sociales. En este apartado, se encuentran los Centros de día, que son según la modalidad Española: “Servicios socio-sanitarios y de apoyo a familias que funcionan durante el día ofreciendo atención a las necesidades personales básicas terapéuticas y socioculturales de personas mayores, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual” (Paola, Penas y Fernández, 2003: 32).

En México se pueden encontrar dentro de las instituciones nacionales, estatales y municipales encargadas del Desarrollo Integral de la Familia, mejor conocidas como DIF, cuyo objetivo general es: *favorecer condiciones de vida dignas entre las personas mayores dependientes y sus familias, facilitando la continuidad de sus modos de vida y el logro de un nivel de autonomía*. En la modalidad española, un Centro de Día es:

*... una organización mixta (ancianos, profesionales, voluntarios, familiares, técnicos) e intersectorial (donde concluyen distintos sectores de la política social), de carácter privada o pública, destinada a mayores de 60 años. En sus diferentes modalidades puede dirigirse a personas autoválidas o dependientes, desarrolla su acción dentro de una franja horaria estipulada e impulsa un programa de actividades psico-socio-terapéuticas tendiente a optimizar la calidad de vida de los concurrentes (Paola, Penas y Fernández, 2003).*

Las características que los centros de día deben tener según Paola, Penas y Fernández (2003) son: Servicio socio-sanitario: *las necesidades derivadas de la discapacidad y dependencia requieren una activa intervención de los dos sistemas, que deben actuar de manera coordinada.* Servicio de apoyo familiar: *Disponer de una serie de servicios que apoyen a la tarea en cuidados específicos hacia las personas de la tercera edad.* Atención a necesidades básicas, terapéuticas y socio-culturales: *Al brindar un servicio integral de intervención en carencias de higiene, cuidados, alimentación, inserción social, etcétera.* Concurrencia en personas con diferentes grados de dependencia: *Se debe brindar una intervención de acuerdo a la realidad física objetivable y medible, con el objetivo de mantener, promover y facilitar la dependencia.*

Mientras que el segundo tipo de apoyo formal corresponde a las instituciones no gubernamentales o voluntariados, las cuales viven y realizan sus actividades a través de donaciones. Se dice que lo ideal sería que el sistema de apoyo formal al adulto mayor incluyera servicios como: Atención de la persona anciana relativamente sana e independiente. Atención a aquellos que experimentan limitaciones físicas o intelectuales. Y por último, asistencia a los que requieren cuidado institucionalizado o su equivalente.

En relación al sistema de apoyo informal, las personas pueden debilitarse social, física y emocionalmente sino reciben señales de amparo de sus seres significativos que lo hagan sentir seguro y valioso. Los sistemas de apoyo informal son recursos esenciales en la provisión de asistencia afectiva y financiera, ayuda en las tareas de diario vivir (Cantor, 1979, citado en Sánchez, 2004), las dimensiones estructurales del apoyo informal consisten en lo siguiente: el tamaño del número de personas en la red social, la densidad e interrelación entre los miembros de una comunidad, ciudad, la dispersión geográfica.

Aunque en la edad avanzada se produce una disminución en el tamaño de la red social de la persona, el apoyo social no decae necesariamente en esta edad. Un gran número de investigaciones demuestran que la mayoría de las personas mayores manifiestan un contacto frecuente con la familia y otros sistemas informales que pueden ser hermanos, vecinos o amigos del propio adulto

mayor (Cantor, 1979 citado en Sánchez, 2004). Se dice que la mayor parte de las personas ancianas están vinculadas a una red social informal; en la cual la familia cumple una función importante, mientras que los amigos y vecinos se encuentran en segundo lugar, pero no por eso menos importantes, ya que estas redes brindan al anciano un apoyo muy importante. Cabe destacar que los adultos mayores forman redes intrapersonales, con sus iguales y así comparten conocimientos, destrezas, habilidades y gustos, con personas de su misma edad; situación que se presenta en los Centros de Convivencia.

Con todo lo descrito se puede concluir que es de suma importancia que el adulto mayor realice actividades que sustituyan las que hacía antes de llegar a su jubilación, o a la ancianidad; debido a que diversas actividades les otorga bienestar social y satisfacción al reaprender habilidades sociales que le permitan estar en comunicación física, verbal e intelectual con redes informales como un grupo de amigos que tiene quizá esas mismas características pero que por determinadas razones no asisten a algún Centro de Convivencia.

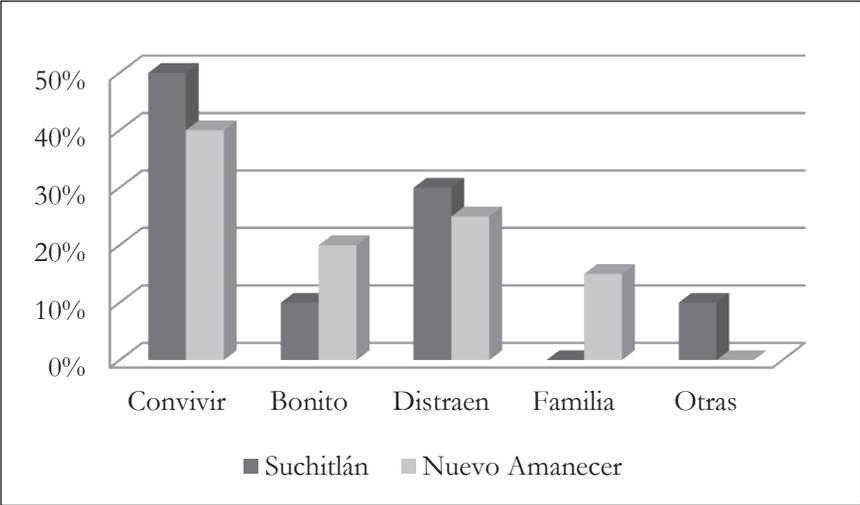
De igual forma, el que un adulto mayor realice una serie de actividades que sean enfocadas a su persona, a su naturaleza y sus capacidades, lo podrá llevar a tener una vida sin depresiones u obstáculos que afecten la calidad y el bienestar que tenía antes de llegar a esta etapa. Por otra parte, también es necesario destacar la importancia que tienen las políticas sociales que susciten cambios en la elaboración de programas enfocados a la protección social.

## Resultados

Los datos de la investigación referente al Trabajo Social en el área Gerontológica en dos Centros de Convivencia de la Tercera Edad, uno ubicado en el municipio de Villa de Álvarez bajo el nombre de “*Nuevo Amanecer*” y el otro localizado en la comunidad rural de *Suchitlán*, Comala, Colima, muestran los siguientes resultados.

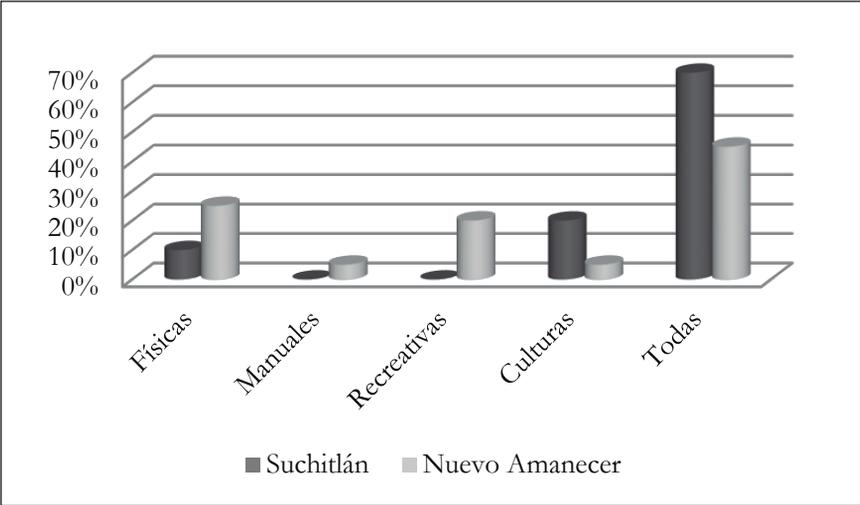
En este primer gráfico se muestra el significado que los adultos mayores le dan al Centro de Convivencia al cual asisten. Aquí se muestra particularmente que aunque la investigación se efectuó en contextos completamente heterogéneos las respuestas fueron similares. Se señala que el Centro es un lugar donde se desarrolla la convivencia, un lugar bonito, un lugar para distraerse incluso como una familia.

Gráfica 1  
Definición de un centro de convivencia



Fuente. Elaboración propia de trabajo de campo realizado en 2007, actualizado 2012.

Gráfica 2  
Tipo de actividades desarrolladas en los Centros



Fuente. Elaboración propia de trabajo de campo realizado en 2007, actualizado 2012.

Ahora bien, cuando la pregunta se hizo con base a las actividades que realizan en el centro, en ambos lugares se observó que dedican tiempo acciones de tipo física, manual, recreativa y cultural (ver Gráfica 2). Los casos consultados en los Centros mencionan la ejercitación de las diferentes partes de su cuerpo, desde cabeza, extremidades y tronco, ya sea de pie o sentados; así mismo señalan realizar dinamismos manuales como tejido y bordado (punto de cruz). Además, pintura en figuras de yeso, cuadros y platos. Las diferencias entre los Centros se distinguen en este tipo de actividades, ya que en el Centro de convivencia comunitario *Suchitlán* predomina el tejido de bufandas, gorros y chales, mientras que en *Nuevo Amanecer* realizan costuras para servilletas y pintura en figuras de yeso, actividad que no realiza *Suchitlán*, debido según los consultados al costo de los materiales.

En lo referente a las actividades recreativas, los dos Centros realizan viajes foráneos, aunque su ejecución es más frecuente en el Centro *Nuevo Amanecer*, así como la asistencia a concursos deportivos de cachibol, encuentros nacionales con otros grupos de tercera edad y concursos estatales en canto y danza.

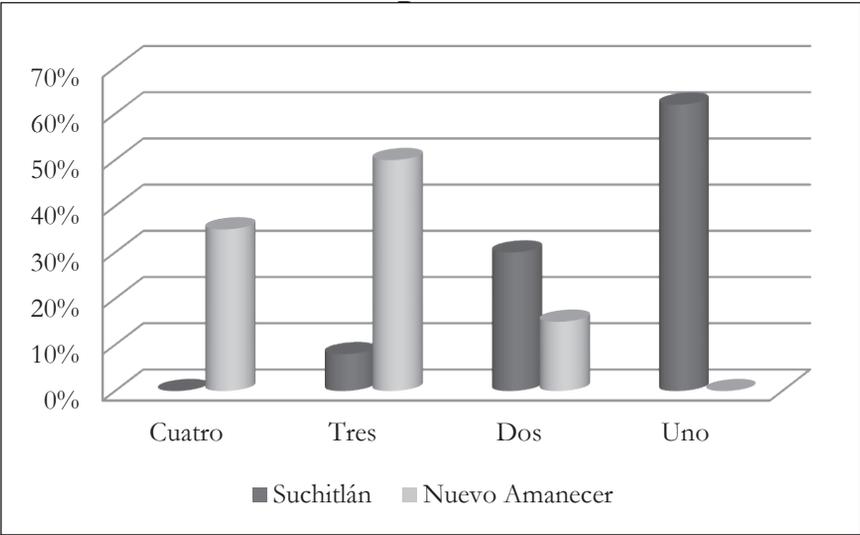
En el aspecto cultural e ideológico, se menciona que en *Suchitlán* les dan a conocer temáticas acerca de enfermedades o complicaciones físicas de acuerdo a su etapa vital. Además, en el Centro ubicado en la ciudad de Villa de Álvarez, los entrevistados asisten a conferencias de diferente índole como: salud, asesoría jurídica y asistencial. Las diferencias entre los Centros de convivencia se registran en los días y horarios de funcionamiento, no en el tipo de servicios que proporcionan.

Se comprobó que la práctica de estas actividades tienen libertad de ejecución, pues no están sujetas a requisitos rigurosos por lo que las personas mayores deciden el ritmo; ubicando el tiempo y espacio acorde a las capacidades de cada uno de ellos, aunque también se evidencia que los adultos mayores no desarrollan expresión artística, 35% del total de los entrevistados, prefiere realizar actividades que no les produzca mayor esfuerzo, por lo que el 75% restante desempeña las otras actividades.

Un aspecto que nos llevó a la reflexión, es que la mayor parte de las actividades son de tipo recreativas a diferencia de otros Centros de Convivencia que se ubican en contextos urbanos en México, en donde también realizan acciones de carácter económico-sociales. La variedad de actividades realizadas durante el tiempo libre u ocupado en los Centros son: físicas, psíquicas o sociales, así como deportivas, educacionales, artesanales y/o artísticas. Esto depende de

las destrezas y habilidades de cada persona mayor. Los datos obtenidos en los Centros demuestran que 70% del total de población entrevistada, realiza las actividades antes referidas, mientras que el 30% restante prefieren desarrollar habilidades intelectuales.

Gráfica 3  
Número de profesores por Centro



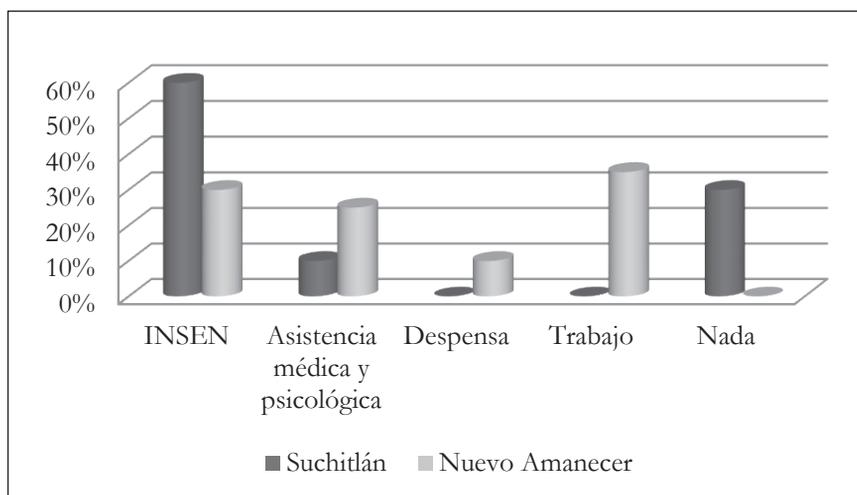
Fuente. Elaboración propia de trabajo de campo realizado en 2007, actualizado 2012.

La Gráfica 3 es muy interesante pues al preguntarles cuanto maestros/profesores tenía para realizar las actividades las respuestas fueron muy diferentes, por ejemplo en Suchitlán la mayoría respondió que solo uno, sin embargo, hubo quienes respondieron que dos y tres, y esto se asocia con que el mismo profesor se encarga de dos o tres de las actividades que cada persona realiza ahí, sin olvidar que este Centro de Suchitlán se encuentra en una comunidad rural, por tanto, se pueden ver ciertas limitantes, a diferencia del Centro “Nuevo Amanecer” que se ubica en una zona urbana, en donde se observó que participaban 9 profesores, así como también que las personas realizan actividades variadas, lo cual refleja una mayor cantidad de recursos disponibles. Una interpretación que se puede ofrecer también a la diferencia de profesores que participan en los centros, está relacionado con la ubicación de los Centros.

Asimismo, los entrevistados de Suchitlán refirieron estar conformes con las horas, los días y maestros que tenían asignados, pues con el tiempo que tienen para dedicarle al Centro es suficiente, ya que muchos de ellos aun continúan realizando actividades laborales, o bien lo dedican al hogar como: atender al marido, hacer de comer, laborar en el campo, entre otras. En cambio en el Centro Nuevo Amanecer, las condiciones de los usuarios a éste fueron distintas, pues muchas de las personas estaban jubiladas, y por tanto el tiempo que anteriormente dedicaban a su trabajo, ahora lo disponía para asistir al Centro de Convivencia, en donde encontraron actividades que por mucho tiempo dejaron de hacer por falta de tiempo. En lo mencionado anteriormente, se puede percibir que aun cuando la pregunta fue el número de profesores/facilitadores para las actividades en el centro, las diferencias se observan en dos aspectos: las actividades que se realizan, y las condiciones por las cuales asisten las personas a estos lugares.

Gráfica 4

Oferta de Servicios en los Centros dirigidos a personas de la tercera edad

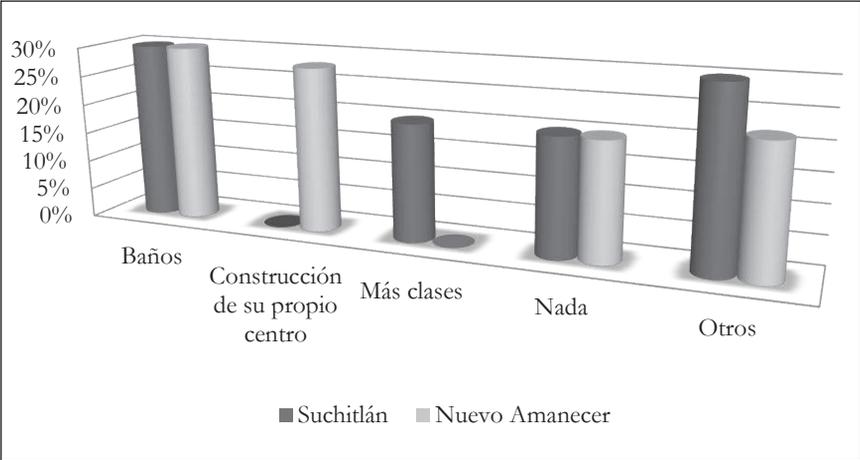


Fuente. Elaboración propia de trabajo de campo realizado en 2007, actualizado 2012.

En la Gráfica 4, aun cuando no está relacionada la pregunta directamente con lo expuesto anteriormente, se pueden ver con mayor claridad estas diferencias. Mientras que en el Centro de Suchitlán, las personas hicieron referencia a que los servicios que les ofrecen en ese lugar se orientan básicamente al trámite de la credencial del INSEN, la mayor parte no advierte o le da importancia a

otros servicios que se ofrecen en el lugar. Caso contrario se observa en Nuevo Amanecer, en donde los servicios se distribuyen en la gestión de la credencial del INSEN, asistencia médica y psicológica, entrega de despensas, así como el contar con una bolsa de trabajo. Aquí se comienzan a observar grandes diferencias en los Centros y aun cuando no existe suficiente evidencia de campo, consideramos que éstas tienen una gran relación con su ubicación geográfica, así como la visión que tiene quien se encuentra frente a este tipo de establecimientos, o incluso su relación con las presidentas del DIF.

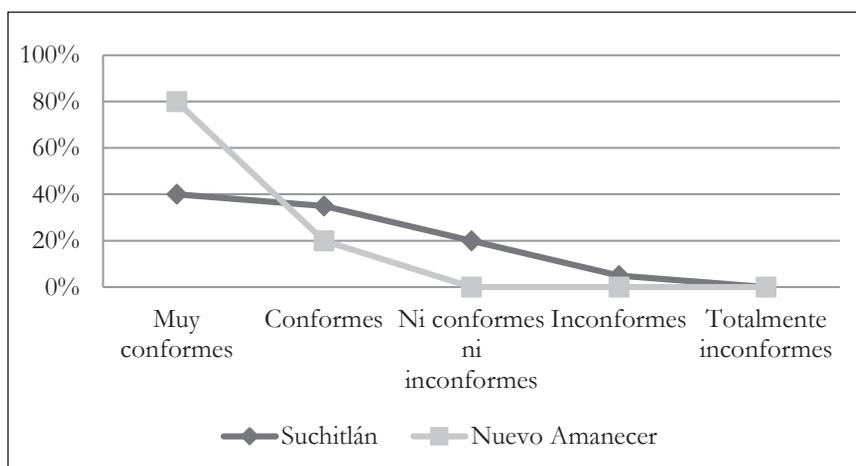
Gráfica 5  
Servicios que agregaría al Centro?



Fuente. Elaboración propia de trabajo de campo realizado en 2007, actualizado 2012.

Los servicios que no tienen los Centros de Convivencia fueron expresados por las personas de la Tercera Edad entrevistadas, quienes respondieron tal y como se muestra en la Gráfica 5. Algunas de las respuestas fueron similares entre un Centro y otro, como la necesidad de tener una construcción única y exclusiva (un Centro de Convivencia de la Tercera Edad).

Gráfica 6  
Nivel de conformidad con el Centro de Convivencia



Fuente. Elaboración propia de trabajo de campo realizado en 2007, actualizado 2012.

Por último se realiza el análisis comparativo en relación al nivel de conformidad que los usuarios de las estancias de día tienen (ver Gráfica 6). Encontrando diferencias en los Centros, si tomamos en cuenta las gráficas representativas anteriores, podemos destacar que los adultos mayores carecen de información que les ayude a evaluar el proceso que llevan dentro de esta estancia, ya que éstos mencionan estar satisfechos y conformes con lo que desarrollan ahí. Aunque no se tomó énfasis en los niveles de satisfacción comparados con otros usuarios de algún país o estado; se puede decir, que la sociedad al no tomarle importancia a este sector de población, por obiedad se vuelve, vulnerable. Los programas, intervenciones y actividades que estén enfocadas particularmente a cada población, deben tomar en cuenta su contexto económico, político, ideológico-cultural y social.

## Conclusiones

En nuestro país, gracias a los avances de la medicina, se ha incrementado la esperanza de vida de la población, pero no en la misma proporción los espacios de atención dirigidos a los adultos mayores. Por tanto, en la actualidad este sector de población enfrenta graves deterioros físicos y mentales, pérdida de relaciones familiares e interpersonales, debido a que carecen tanto ellos como

sus familiares de información y preparación para cuidar y proteger su entorno biopsicosocial.

Es por ello que, un Centro de Día para Adultos Mayores es un valioso apoyo para aquellas personas que viven solos, o aquellos que cuentan con familia pero que, debido a sus propias ocupaciones, los dejan solos la mayor parte del día, expuestos a riesgos físicos y emocionales que propician el deterioro de sus funciones físicas y mentales.

Un Centro de Día es también de gran importancia para las personas mayores que no han pensado qué hacer con su vida futura, ya que en éste se imparten a través de conferencias y talleres, conocimientos de autocuidado, ejercicio; se reflexiona en relación a cómo mejorar la calidad de vida y la convivencia familiar y se orienta para que la persona se interese más por su salud que por su enfermedad.

En conclusión se puede afirmar que, un Centro de Día es un espacio en el cual el adulto mayor permanece unas horas y disfrutar de la compañía de otros adultos mayores, es asistido y estimulado tanto física, como social y mentalmente, realizando actividades físicas, deportivas, educacionales, artesanales, artísticas, recreativas, sociales, entre otras; lo cual estimula las capacidades y habilidades de la persona, permitiéndole sentirse productivo en esta etapa de su vida.

La investigación realizada sobre el Trabajo Social en el área Gerontológica en dos Centros de Convivencia de la Tercera Edad ubicados en la ciudad de Villa de Álvarez y Comala del estado de Colima obtuvo resultados satisfactorios, al cubrir el objetivo general planteado al principio de la investigación, que fue: *conocer los servicios que reciben los adultos mayores de los Centros de Convivencia de la Tercera Edad, a fin de identificar el proceso teórico-metodológico que utilizan éstos.*

Los servicios que se brindan a los usuarios de estas estancias de día, cumplen con menos de la mitad de los requerimientos de lugares atendidos profesionalmente, pues no cuentan con servicio socio-sanitario, servicio de apoyo familiar, concurrencia en personas con diferentes grados de dependencia, atención a necesidades básicas y terapéuticas; así como carecer de servicios profesionales, familiares y voluntarios.

Asimismo, se comprobó que si bien los servicios que ofrecen los dos Centros de Convivencias no cumplen con los establecidos por otras modalidades de diferentes países, los adultos mayores que acuden, sí mantienen relación grupal e individual con gente de su misma edad, también realizan actividades que les

permiten distraerse y ocupar parte de su tiempo libre. De esta forma, comparten y ponen en práctica todas aquellas enseñanzas adquiridas en el Centro al cual asisten en su vida cotidiana, ya sea con su grupo primario o secundario.

En relación a la comprobación de la hipótesis planteada, que fue: los Centros de Convivencia de la Tercera Edad no cuentan con bases metodológicas para atender a los adultos mayores de los municipios de Comala y Villa de Álvarez, Colima, se descubrió que el personal no hace uso de fundamentos teóricos para su quehacer, puesto que solo se apoyan en la experiencia, intuición y observación para la atención de este importante sector de población. Asimismo, no utilizan estrategias metodológicas, y su desempeño es únicamente con base en los criterios de los maestros para realizar cualquier cambio, tomando como elemento evaluador la respuesta que el grupo de la tercera edad proporciona en las actividades replanteadas o mejoradas, situación que no es fehaciente, pues los adultos mayores desconocen lo que en realidad debería de ofrecerles un Centro de esta naturaleza.

De igual forma, el personal carece de preparación relacionada a la gerontología; debido a que su profesión no se enfoca a la atención de este importante sector de población, consideran su trabajo como una labor social. Si bien es cierto que se cubre la ejecución de actividades encaminadas a la ocupación del tiempo libre, recreación y ocio, no se tienen programas que permitan el verdadero desarrollo de habilidades, destrezas, conocimientos, recreo y ocio; por otra parte, no se cuenta con apoyos formales enfocados simple y sencillamente a este grupo de personas, así como personal con el perfil idóneo, no es lo mismo que una auxiliar de contabilidad o un licenciado en educación especial atienda a un adulto mayor a que un profesional formado por más de cuatro años en el área de Trabajo Social y por qué no, gerontológico, el cual conozca las necesidades del senecto.

Como ya se mencionó, el apoyo formal que se ofrece a los usuarios es limitado, pues no logra cubrir sus demandas de atención médica y psicológica así como de educación, ni la atención completa a las personas con alguna dependencia (discapacidad física). De la misma manera, no tienen una construcción exclusiva como *Centro de Convivencia*, lo que ocasiona la no ejecución adecuada de sus actividades y la convivencia entre todo el grupo.

Es aquí donde las políticas sociales y públicas necesitan ser examinadas, porque las estadísticas no mienten, advierten el incremento de población mayor de 60 años en nuestro país y aún no estamos preparados para los acontecimientos

de este fenómeno, debido al poco interés de las tres órdenes de gobierno o las autoridades de los diferentes niveles de gobierno por incrementar estas estancias de día, si bien no se pretende con esto afectar el trabajo desarrollado en estos Centros, sí es necesario pensar en la extensa magnitud de modificaciones pertinentes que es necesario incorporar para atender de manera adecuada el proceso de envejecimiento de un adulto mayor que hace uso de este tipo de apoyos formales proporcionados por el mismo gobierno.

## Bibliografía

- Banco Mundial (1994). *Averting the old age crisis*. Recuperado el 8 de octubre en: <http://siteresources.worldbank.org>
- DIF-Estatal Colima (2009). “Centro de Convivencia de la Tercera Edad”. Parque Regional Metropolitano “Griselda Álvarez”. Recuperado el 12 de marzo de 2012, de <http://www.meteorastudio.com/difcolima/micrositios/3eraedadparque/3eraedadparque.html>
- Gálvez, R. (2007). *Adultos mayores: El desarrollo de habilidades sociales en los centros de convivencia*. Tesis para obtener el título de licenciado en Trabajo Social. Asesora Dra. Susana Aurelia Preciado Jiménez. Colima, Colima, México: Universidad de Colima. Facultad de Trabajo Social.
- Gobierno del Estado de Colima (2009). *Plan Estatal de Desarrollo 2009-2015*. Colima.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2008). *II Censo de Población y Vivienda, 2005 para el Estado de Colima*. Colima: INEGI.
- Paola, Jorge, L. Penas y M. Fernández (2003). *Construyendo el Trabajo Social con adultos mayores*, Buenos Aires: Espacio.
- Preciado, S., Covarrubias, E., y Arias, M. (2012). *Modelo de atención para el cuidado de adultos mayores institucionalizados desde Trabajo Social*. Estados Unidos de Norteamérica: Palibrio.
- Salas, E. (1999). “El adulto mayor y las problemáticas derivadas”. Recuperado el 12 de marzo de 2012, de Aprendiendo a envejecer: [http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/emma\\_2.htm](http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/emma_2.htm)
- Salvarezza, L. (1998). *La vejez: una mirada gerontológica actual*. Argentina: Paidós.
- Sánchez, D. (2004). *Trabajo Social y Vejez*. Buenos Aires: Hvmánitas.



Foto: Alejandro Poot Molina.

# EPIDEMIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO EN YUCATÁN

Gloria María Herrera Correa  
Lizbeth Teresita Marín Piña  
Ramón Ignacio Esperón Hernández  
Nelly Eugenia Albertos Alpuche

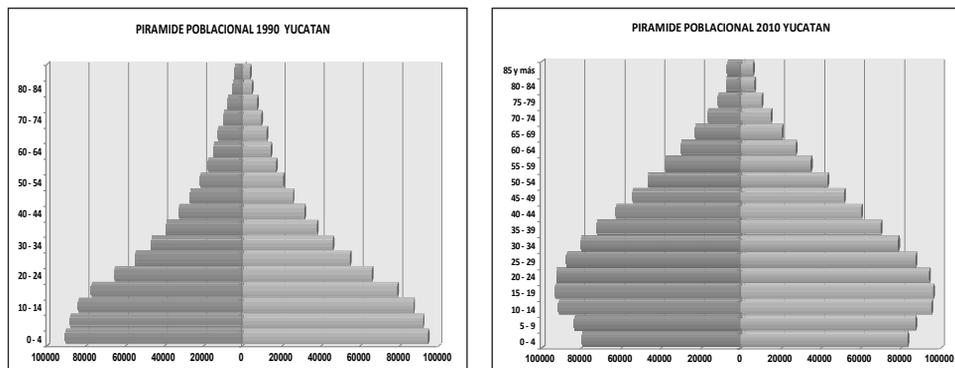
## Introducción

El propósito del capítulo es presentar un perfil epidemiológico del envejecimiento en Yucatán, es decir una descripción de los factores que se relacionan con la salud y la enfermedad en los adultos mayores, aportando información que amplíe el conocimiento existente sobre dicho fenómeno.

Indicadores demográficos como la disminución de la tasa de natalidad, fecundidad y de mortalidad en Yucatán han contribuido en gran medida a cambios en la estructura por edad y sexo en la que el envejecimiento demográfico se expresa como un incremento relativo y absoluto de la población en edades avanzadas

De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO) en la década de los 90's, Yucatán representó la Entidad Federativa con el mayor porcentaje (7.5%) de población de 60 y más años de edad (106,158), ubicándose en primer lugar a nivel nacional; en el 2000, en el 4°. lugar con un porcentaje de 7.8 y en el 2010 en el 5°. lugar con un porcentaje de población adulta mayor de 9.3% (181,978), casi el doble de la cantidad de adultos mayores registrados en los 90's, esto como resultado del incremento de la esperanza de vida promedio del yucateco, pasando de 69 años en los 90's a 75 años en el 2010.

## Antecedentes



Fuente: Partida, 2005.

## El envejecimiento y el adulto mayor

El envejecimiento es un proceso evolutivo normal, universal, acumulativo e irreversible, constituido por componentes biológicos, físicos, psíquicos, sociales, culturales y ambientales. Es la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo, que conducen a un deterioro del funcionamiento en general y a la muerte. También ha sido considerado como una etapa de mayor vulnerabilidad, ya que disminuyen las probabilidades de supervivencia y la capacidad de reserva del individuo.

Es importante, tener en cuenta que los cambios funcionales del envejecimiento no deben ser considerados como enfermedad, ya que envejecer es algo tan natural como el paso del tiempo y se trata de una etapa o estado de la vida de la persona. Alonso (2007), señala que el envejecimiento humano es la suma de dos tipos de envejecimiento: el primario que corresponde al proceso responsable del conjunto de cambios observados conforme avanza la edad y no relacionados con alguna patología y el secundario, el que se produce como resultado de eventos aleatorios que ocurren a lo largo de la vida y que interaccionan con el primero, entendidos estos, como los problemas de salud, de carácter crónico y la adaptación para conservar la homeostasis interna y se relaciona con los hábitos y estilos de vida de cada persona.

La Organización Panamericana de la Salud entiende el envejecimiento como una etapa del desarrollo humano y como un proceso que envuelve factores de índole biológica, psicológica y socio cultural. Las etapas del ciclo vital humano,

pueden clasificarse en adultez joven, media o madura y mayor. De aquí el concepto de adulto mayor. La OMS considera como adultos mayores a los de 60 años y más en países en vías de desarrollo, y de 65 años y más a los que viven en países desarrollados.

Algunos autores hablan de dos tipos diferentes de envejecimiento: el individual y el demográfico o poblacional. El individual ya definido anteriormente, y el demográfico que se refiere al aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total, lo que resulta de una gradual alteración del perfil de la estructura por edades, cuyos rasgos clásicos (una pirámide con base amplia y cúspide angosta) se ha ido desdibujando para darle una fisonomía rectangular y tender, posteriormente, a la inversión de su forma inicial (una cúspide más ancha que su base).

En el pasado, el adulto mayor era casi un milagro, se consideraba un privilegio llegar a esa edad y hablaba de la fortaleza y del vigor de los que lo lograban. Esta situación era similar en la mayoría de los países del mundo. Sin embargo, los nuevos estilos de vida, alimentación, los progresos sociales y en general los avances de la ciencia que caracterizan nuestra época, han contribuido en forma importante a aumentar la longevidad, donde su mayor valor predictivo está representado por la “esperanza de vida”, la cual puede calcularse para todas las edades y se define como el “número de años que quedan por vivir a partir de una edad dada”.

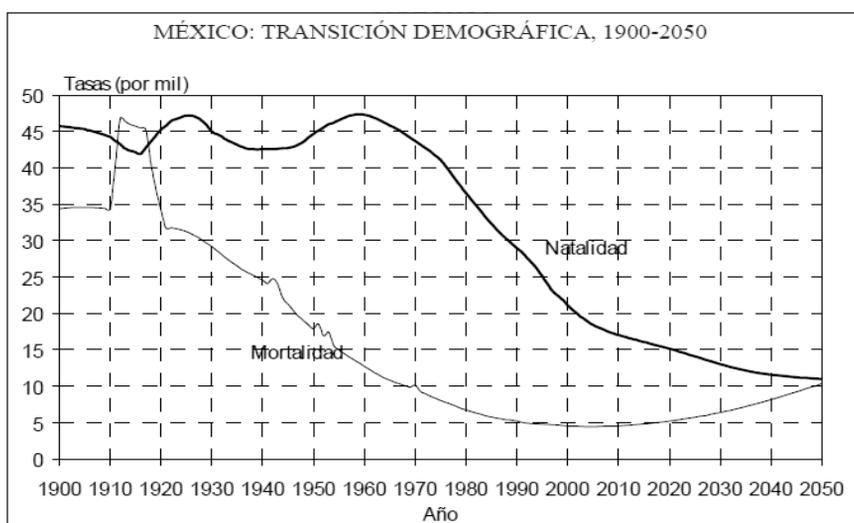
La tendencia al envejecimiento de la población es casi irreversible y es poco probable que vuelvan a darse las poblaciones jóvenes del pasado como consecuencia del proceso de transición demográfica que el mundo está viviendo. Para el año 2050 se estima, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que el número de personas de más de 60 años aumentará de 600 millones a casi 2,000 millones; esto significa que pasará de un 10 % a un 21%. Antes de que pasen 50 años, habrá en el mundo, por primera vez en la historia, más personas mayores de 60 años que menores de 15, mientras que en la actualidad una de cada 10 personas tiene más de 60 años; en el año 2050 la proporción será una de cada cinco.

## Envejecimiento demográfico en México

La transición demográfica alude al paso de los altos niveles de natalidad y de mortalidad sin control, a bajos niveles controlados. México ha seguido el patrón de este típico proceso. Durante los años 1910 a 1921 hubo un irregular

comportamiento demográfico derivado de la lucha armada de la Revolución. Al término de la cual la esperanza de vida se situaba en 32.9 años, provocando incluso que el número de habitantes se redujera de 16.2 millones a 16 millones. Una vez restaurada la paz, inició la primera etapa de transición demográfica, caracterizada por una tasa de mortalidad de rápido descenso y tasa de natalidad ascendente hasta 1960; en esta etapa ocurre el incremento más impresionante, ya que entre 1942 y 1960, aumentó de casi un año de vida media (0.95) por cada año calendario. Figura 1.

Figura 1.



Fuente: Partida, 2005.

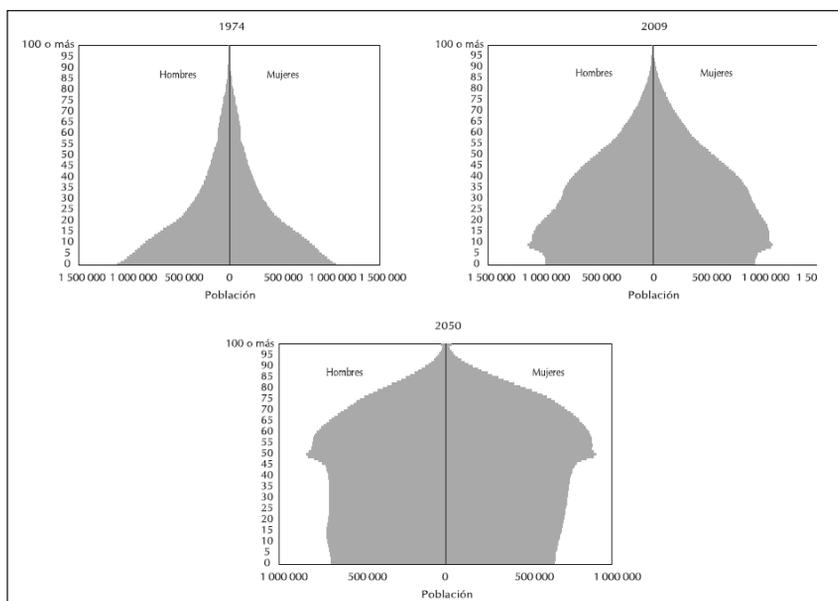
La segunda fase inició en 1970, México era entonces, el país latinoamericano con menor tasa de mortalidad (10.5 muertes por mil, alrededor de 500 mil fallecimientos anuales) y el séptimo con mayor tasa de natalidad (43.2 por mil, es decir, 2.5 millones de nacimientos al año), con una esperanza de vida de 64 años en promedio.

Los altos niveles del crecimiento natural generaron un rejuvenecimiento inédito de la población, que comenzó a presionar el sistema productivo y económico, particularmente a partir de la segunda mitad de la década de los sesenta. La notable preocupación por los procesos de empobrecimiento, marginación y exclusión social de un creciente segmento de la población estimuló la reflexión sobre la nueva relación entre la población y el desarrollo, y se llegó a

la conclusión de que el espíritu poblacionista, y en particular pronatalista debía modificarse.

Se logró construir una planeación que implicaba que la tasa de crecimiento disminuyera de 2.92% anual a menos de 1%. El descenso de la fecundidad, sumado a la disminución de la mortalidad, resultado de una nueva cultura de cuidado y atención de la salud, inauguró el proceso de transición demográfica en México, que ha modificado paulatinamente la estructura por edad de la población, con una clara tendencia hacia el envejecimiento.

Figura 2  
Pirámides poblacionales 1974, 2009, 2050



Fuente: Partida, 2005.

En 1974 el grupo de personas de 60 años y más representaba apenas 6.3% de la población, actualmente en México existen 8.1 millones de personas de 60 años y más edad que representan el 7.3% del total de la población y se espera que para el 2050 uno de cada 4 mexicanos sea un Adulto Mayor y gran parte de este grupo se encuentra en una situación crítica. La esperanza de vida al nacer de un mexicano es de 75 años en promedio (77.6 en mujeres y 73.1 en hombres). Tales estimaciones nos llevarán a la tercera etapa del proceso, que tendrá lugar durante la primera mitad del presente siglo (donde la natalidad y la mortalidad

convergen). Figura 2. En cuanto a demografía por entidad federativa, en todas se advierte un paulatino envejecimiento los cuales representan distintas situaciones dentro de la variada gama del conjunto de las 32 entidades federativas.

## De qué se enferman los adultos mayores de Yucatán

Entre las principales afecciones de este grupo etario registradas en el Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica 2010, (Tabla 1), están en los primeros lugares las infecciones: respiratorias, de vías urinarias, intestinales, las úlceras, gastritis y duodenitis; las enfermedades crónicodegenerativas se posicionan a partir del cuarto lugar de las diez primeras causas de morbilidad, entre ellas: la hipertensión arterial sistémica, diabetes Mellitus no insulino dependiente, el asma, la gingivitis y enfermedades periodontales, las enfermedades isquémicas del corazón y la enfermedad cerebro vascular, aquí se puede constatar la transición epidemiológica, evidenciado por la coexistencia tanto de las enfermedades infecciosas como de las crónicodegenerativas. En las Tablas 2 y 3 se muestra la distribución de las principales causas de morbilidad por género.

Tabla 1.

Principales causas de Morbilidad en Población General de 60 años y más, Yucatán 2010

Orden de Frec.	Causa	Población de 60 a 64 años		Población de 65 años y más		Población de 60 años y más	
		Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1	Infecciones Respiratorias Agudas	18,128	<b>314</b>	32,179	<b>739.8</b>	50,307	<b>276.4</b>
2	Infecciones Intestinales por otros organismos	3,459	<b>60</b>	8,295	<b>190.7</b>	11,754	<b>64.5</b>
3	Infecciones de Vías Urinarias	3,773	<b>65.4</b>	7,652	<b>175.9</b>	11,425	<b>62.7</b>
4	Úlceras, Gastritis y Duodenitis	1,539	<b>26.7</b>	3,149	<b>72.3</b>	4,688	<b>25.7</b>
5	Hipertensión Arterial	1464	<b>25.4</b>	2,912	<b>66.9</b>	4,376	<b>24.0</b>
6	Diabetes Mellitus No Insulinodependiente	1,213	<b>21.0</b>	1,925	<b>44.2</b>	3,138	<b>17.2</b>
7	Asma y Estado Asmático	583	<b>10.1</b>	1,348	<b>30.9</b>	1,931	<b>10.6</b>
8	Amibiasis Intestinal	482	<b>8.3</b>	1,103	<b>25.3</b>	1,587	<b>8.7</b>
9	Otras Helmintiasis	347	<b>6.0</b>	867	<b>19.9</b>	1,214	<b>6.6</b>

*Continúa*

Orden de Frec.	Causa	Población de 60 a 64 años		Población de 65 años y más		Población de 60 años y más	
		Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
10	Gingivitis Enfermedad Periodontal	491	<b>8.5</b>	689	<b>15.8</b>	1,180	<b>6.4</b>
11	Enfermedad Isquémica del Corazón	165	<b>2.8</b>	667	<b>15.3</b>	832	<b>4.5</b>
12	Conjuntivitis	271	<b>4.7</b>	475	<b>10.9</b>	746	<b>4.0</b>
13	Neumonías y Bronconeumonías	146	<b>2.5</b>	517	<b>11.8</b>	663	<b>3.6</b>
14	Enfermedades Cerebrovasculares	96	<b>1.6</b>	519	<b>11.9</b>	615	<b>3.3</b>

Fuente: Sistema Único de Información en Vigilancia Epidemiológica 2010. Tasa: Por 1,000 habitantes (60 a 64, 65 y más, 60 y más) CONAPO 2010

Tabla 2.

Principales causas de Morbilidad en Población Masculina de 60 años y más, Yucatán 2010

Orden de Frec.	Causa	Población de 60 a 64 años		Población de 65 años y más		Población de 60 años y más	
		Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1	Infecciones Respiratorias Agudas	6,780	<b>248.9</b>	14,022	<b>241.6</b>	20,802	<b>243.9</b>
2	Infecciones Intestinales por otros organismos	1,292	<b>47.4</b>	3,383	<b>58.3</b>	4,675	<b>54.8</b>
3	Infecciones de Vías Urinarias	1,223	<b>44.9</b>	3,092	<b>53.2</b>	4,315	<b>50.6</b>
4	Hipertensión Arterial	658	<b>24.1</b>	1,257	<b>21.6</b>	1,915	<b>22.4</b>
5	Úlceras, Gastritis y Duodenitis	568	<b>20.8</b>	1,284	<b>22.1</b>	1,852	<b>21.7</b>
6	Diabetes Mellitus No Insulinodependiente	498	<b>18.2</b>	778	<b>13.4</b>	1,276	<b>14.9</b>
7	Asma y Estado Asmático	177	<b>6.4</b>	473	<b>8.1</b>	650	<b>7.6</b>
8	Amibiasis Intestinal	170	<b>6.2</b>	453	<b>7.8</b>	623	<b>7.3</b>
9	Gingivitis y Enfermedad Periodontal	215	<b>7.8</b>	315	<b>5.4</b>	530	<b>6.2</b>
10	Otras HelminCIAS	109	<b>4.0</b>	360	<b>6.2</b>	469	<b>5.5</b>

*Continúa*

Orden de Frec.	Causa	Población de 60 a 64 años		Población de 65 años y más		Población de 60 años y más	
		Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
11	Enfermedad Isquémica del Corazón	98	<b>3.5</b>	351	<b>6.0</b>	449	<b>5.2</b>
12	Enfermedades Cerebrovasculares	54	<b>1.9</b>	296	<b>5.1</b>	350	<b>4.1</b>
13	Conjuntivitis	127	<b>4.6</b>	217	<b>3.7</b>	344	<b>4.0</b>
14	Neumonía Bronconeumonía	59	<b>2.1</b>	244	<b>4.2</b>	303	3.5

Fuente: Sistema Único de Información en Vigilancia Epidemiológica 2010. Tasa: Por 10,001 hombres (60 a 64, 65 y más, 60 y más) CONAPO 2010.

Tabla 3.

Principales causas de Morbilidad en Población Femenina de 60 años y más, Yucatán 2010.

Orden de Frec.	Causa	Población de 60 a 64 años		Población de 65 años y más		Población de 60 años y más	
		Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1	Infecciones Respiratorias Agudas	11,348	<b>373.4</b>	18,157	<b>273.7</b>	29,505	<b>619.1</b>
2	Infecciones de Vías Urinarias	2,560	<b>84.2</b>	4,560	<b>68.7</b>	7,110	<b>149.1</b>
3	Infecciones Intestinales Por Otros Organismos	2,167	<b>71.3</b>	4,912	<b>74.0</b>	7,079	<b>148.5</b>
4	Úlceras, Gastritis y Duodenitis	971	<b>31.9</b>	1,865	<b>28.1</b>	2,836	<b>29.3</b>
5	Hipertensión Arterial	806	<b>26.5</b>	1,655	<b>24.9</b>	2,461	25.4
6	Diabetes Mellitus No Insulinodependiente	715	<b>23.5</b>	1,147	<b>17.2</b>	1,862	<b>19.2</b>
7	Asma y Estado Asmático	406	<b>13.3</b>	875	<b>13.1</b>	1,281	<b>13.2</b>
8	Amibiasis Intestinal	312	<b>10.2</b>	650	<b>9.7</b>	962	<b>9.9</b>
9	Otras Helmintiasis	238	<b>7.8</b>	507	<b>7.6</b>	745	<b>7.7</b>
10	Gingivitis y Enfermedad Periodontal	276	<b>9.8</b>	374	<b>5.6</b>	650	<b>6.7</b>
11	Conjuntivitis	144	<b>4.7</b>	258	<b>3.8</b>	402	<b>4.1</b>
12	Enfermedad Isquémicas del Corazón	67	<b>2.2</b>	316	<b>4.7</b>	383	<b>3.9</b>

Continúa

Orden de Frec.	Causa	Población de 60 a 64 años		Población de 65 años y más		Población de 60 años y más	
		Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
13	Neumonías y Bronconeumonías	87	<b>2.8</b>	273	<b>8.2</b>	360	<b>3.7</b>
14	Otitis Medias Aguda	120	<b>3.9</b>	159	<b>4.8</b>	279	<b>2.8</b>
15	Enfermedades Cerebrovasculares	42	<b>1.3</b>	223	<b>6.7</b>	265	<b>2.7</b>

Fuente: Sistema Único de Información en Vigilancia Epidemiológica 2010. Tasa: Por 1000l mujeres (60 a 64, 65 y más, 60 y más) CONAPO 2010

Con lo citado anteriormente en relación a la evolución del envejecimiento y la tendencia del proceso en los años venideros, se hizo necesario conocer la situación de salud y bienestar en los adultos mayores de la ciudad de Mérida, Yucatán. Esto es muy importante, teniendo en cuenta que el adulto mayor pertenece a una población sumamente vulnerable ante los múltiples problemas sociales, económicos y de salud. Se llevó a cabo una primera etapa de la investigación denominada Encuesta-SABE Yucatán, que fue realizada de diciembre 2003 a julio de 2004 y una segunda fase, de octubre 2010 a abril de 2011, en la que se aplicó la misma metodología que en la primera con el fin de obtener los datos actualizados y poder conocer la evolución del proceso.

## Metodología

En ambas etapas se seleccionó una muestra representativa aleatorizada de adultos mayores de Mérida, Yucatán. En la primera etapa se analizaron los datos de 1798 de 1800 adultos mayores entrevistados y en la segunda 1322 de un total de 1324, en ambos casos fue mayor el número de mujeres entrevistadas; todas las variables estudiadas fueron analizadas por grupos de edad y por género. La variable edad se agrupó en seis categorías, por quinquenios: 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, y 85 y más años de edad. En la Tabla 4, se muestra la distribución por edad y género de los encuestados en cada una de las encuestas.

Tabla 4.

Distribución de los adultos mayores entrevistados en las encuestas SABE, de acuerdo a su grupo etario y género.

Grupo de edad	SABE 2003-2004 <i>n</i> =1798				SABE 2010-2011 <i>n</i> =1322			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	<i>Na.</i>	%	<i>Na.</i>	%	<i>Na.</i>	%	<i>Na.</i>	%
60 – 64	140	29.8	330	70.2	143	41.4	202	58.6
65 – 69	112	31.3	246	68.7	102	35.3	187	64.7
70 – 74	109	29.8	257	70.2	85	33.6	168	66.4
75 – 79	77	32.8	158	67.2	68	35.8	122	64.2
80 – 84	68	31.2	150	68.8	59	42.1	81	57.9
85 y más	57	37.7	94	62.3	46	43.8	59	56.2
Total	563	31.3	1235	68.7	503	38.0	819	62.0

Fuente: Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), 2003-2004 y 2010-2011. Mérida, Yucatán.

### La encuesta aplicada

La Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), es una iniciativa continental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dirigida a conocer el efecto del envejecimiento sobre múltiples aspectos del estado de salud. La ciudad de Mérida, Yucatán, México, fue una de las sedes designadas por la OPS para llevar a cabo el proyecto en el 2003. Los resultados de carácter descriptivos, son de suma importancia dada la de información relativa al estado de salud y de enfermedad de este grupo de edad y que permite evaluar las relaciones que existen entre las variables estudiadas y la condición de salud del adulto mayor. En el cuadro siguiente, se muestran las variables estudiadas, lo que nos da una idea de la magnitud de la información generada en ambas encuestas.

**Encuesta SABE Yucatán:  
Salud, Bienestar y Envejecimiento**

Categorías de Análisis			
2003		2010	
Indicadores	Categorías	Indicadores	Categorías
I. Perfil sociodemográfico	Alfabetismo, escolaridad y compañía en la vivienda.	Socio demográficos	Estado civil, Alfabetismo, Escolaridad, Compañía en la vivienda.
II. Estado cognoscitivo	Memoria y cognición	Estado de salud	Estado cognitivo, HAS, DM, EPOC, Enfermedad cardiaca, EVC.
III. Enfermedades crónicas	HTA, DM, EPOC, Enfermedades cardíacas, EVC, Enfermedad articular, Osteoporosis y Cáncer.		Artritis, reumatismo y artrosis, osteoporosis.
IV. Funcionalidad Física y Discapacidad	Actividad física, Hábito de ejercicio, Elaboración de manualidades, Dependencia para las ABVD y AIVD, Incontinencia urinaria y fecal.  Calidad de la visión, audición y problemas dentales.		Detección de Ca de mama, de CaCU y de próstata. Enfermedad psiquiátrica, depresión. Realización de ejercicios y de manualidades. Incontinencia urinaria y fecal. Caídas.
V. Accidentes Caseros	Caídas.		Precepción de la visión y de la audición.
VI. Adicciones	Alcoholismo y Tabaquismo.		Dificultad para comer por problemas dentales. Consumo de alcohol y tabaco.
VII. Enfermedades psíquicas.	Depresión y Enfermedades psiquiátricas.		Nutrición. Memoria. Dependencia para ABVD y AIVD. Flexibilidad y equilibrio.
HTA = hipertensión arterial. DM = Diabetes mellitus. EPOC = Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. EVC = Enfermedad vascular cerebral. ABVD = Actividades básicas de la vida diaria. AIVD = Actividades instrumentales de la vida diaria.			HAS = Hipertensión arterial sistémica. CaCU = Cáncer cervicouterino.

## Resultados y comentarios

Cuando a los adultos mayores se les preguntó sobre como percibían su salud, encontramos que entre la aplicación de la primera y la segunda encuestas hubo una diferencia significativa, cabe mencionar que esta pregunta tenía cinco opciones de respuesta y para construir ésta se agruparon las respuestas: excelente, muy buena y buena. Sin embargo se observa que en el autoreporte de enfermedad no hay diferencia estadística, a pesar de que en algunas enfermedades si se encuentran diferencias significativas, Tabla 5. Vale la pena mencionar que solamente en el caso de depresión se hizo la evaluación al momento de la entrevista, en los demás casos fue por auto-referencia.

Tabla 5.

Comparativo entre la percepción de salud y la presencia de enfermedades, en las muestras de adultos mayores estudiados

Variable	2003-4 <i>n</i> =1798 (%)	2010-11 <i>n</i> = 1322 (%)	Diferencia (%)	Comparativo (Z)
Autopercepción de buena salud	53.3	36.6	-16.7	9.25**
Sin autoreporte de enfermedad***	22.3	20.12	-1.91	1.47
Diabetes Mellitus	16	30.8	-14.8	9.82**
Hipertensión	37.5	48.3	-10.8	6.04**
Enfermedad cardíaca	12.8	11.6	1.2	1.01
Osteoporosis	12.3	16.2	-3.9	3.11**
Enfermedad articular	28.4	31.1	-2.7	1.63
EPOC	7	7.6	-0.6	0.64
EVC	5.5	4.5	1	1.26
Depresión	10.1	15.6	-5.5	4.60**
* $p < 0.05$ , ** $p < 0.01$ .				
***Enfermedades listadas en la tabla.				

Este resultado llama la atención, ya que permite proponer algunas interrogantes que han de ser analizadas, tales como: en el lapso de 10 años, entre una y otra encuesta, ¿los adultos mayores reconocen mejor la enfermedad que padecen y esto los hace percibir su salud como no tan buena? O ¿Es que los adultos

mayores de la segunda muestra viven sin compañía en la vivienda o sus redes de apoyo social son más pobres?

Entre las enfermedades que reportaron padecer los adultos mayores encuestados están la hipertensión arterial, la diabetes Mellitus y la osteoporosis; todas ellas son prevenibles, por lo que será necesario fortalecer los esfuerzos para educar mejor a la sociedad, sobre estas patologías crónicas que se inician generalmente antes de llegar a la tercera edad. En la Tabla 6, se muestra que tanto en el hábito tabáquico como en el relacionado al consumo de alcohol hubo diferencias significativas entre las dos muestras que se analizaron.

Tabla 6.

Comparativo entre la presencia de factores que afectan potencialmente la salud en las muestras de adultos mayores estudiados.

Variable	2003-4	2010-11	Diferencia	Comparativo
	<i>n</i> =1798	<i>n</i> = 1322		
	(%)	(%)	(%)	(Z)
Consumo de alcohol	4.6	28.4	-23.8	18.56**
Hábito de fumar	5.4	26.7	-21.3	16.73**

Lo observado en relación a estos factores que pueden actuar como causa de enfermedad, es de llamar la atención ya que entre una y muestra transcurrió un periodo de 10 años, ¿será posible que en este lapso los adultos mayores informen con más libertad respecto a sus hábitos? O ¿Es que por la década en la que vivieron su adolescencia, había mayor libertad y estos hábitos vinieron a formar parte de su estilo de vida?

La Tabla 7, muestra cual fue la diferencia respecto a la situación en torno a las medidas preventivas que se pueden aplicar, como medios de prevención o de detección oportuna de algunas enfermedades como el cáncer de mama o de cuello cervicouterino y el de próstata.

Tabla 7.

Comparativo en la situación de medidas preventivas tomadas por los adultos mayores estudiados en ambas encuestas.

Variable	2003-4	2010-11	Diferencia	Comparativo
	<i>n</i> =1798	<i>n</i> = 1322		
	(%)	(%)	(%)	(Z)
Autoexploración de la mama (CAMa)	52.9	64.9	-12	6.71**
Papanicolau (CACu)	43.8	39.4	4.4	2.46*
Revisión de la Próstata (CAPros)	26	32.8	-6.8	4.14**
* $p < 0.05$ , ** $p < 0.01$ .				

Estas diferencias entre lo observado en la primera y la segunda encuesta, nos habla de los esfuerzos que el sector salud en general, están realizando para que los programas de prevención se amplíen al grupo de adultos mayores y es posible que los medios de comunicación, puedan estar jugando algún papel sobre la difusión, de la necesidad de acudir o participar en los programas de prevención que ofrece el sector salud.

Un elemento importante, que se considera en el grupo de adultos mayores, se refiere a las variables que se relacionan con su independencia y así en la encuesta SABE se investigó sobre las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que incluyen: el comer, desplazarse de una habitación a otra, levantarse y vestirse por sí solo y se encontró una diferencia significativa entre las dos encuestas como se observa en la Tabla 8. En esta misma tabla se muestra el comparativo de otras variables que se asocian con la pérdida de independencia, entre las que también se encontró diferencias significativas.

Tabla 8.  
Comparativo entre las variables relacionadas con la dependencia de los adultos mayores estudiados.

DEPENDENCIA				
Variable	2003-4	2010-11	Diferencia	Comparativo
	<i>n</i> =1798 (%)	<i>n</i> = 1322 (%)	(%)	(Z)
Dependencia ABVD	13.4	20.3	-6.9	5.15**
Incontinencia Urinaria	13	26.8	-13.8	9.74**
Incontinencia fecal	3.3	7.6	-4.3	5.38**
Problemas de visión	16	25.7	-9.7	6.68**
Caídas	31.2	39.7	-8.5	4.93**
Problemas dentales	8.2	15.8	-7.6	6.60**
* $p < 0.05$ , ** $p < 0.01$ .				

La dependencia relacionada con las ABVD y las otras variables presentadas, hablan de una discapacidad funcional o neuromotora, que impide a quien la padece realizar sus actividades de la vida diaria de manera independiente y se ha propuesto que puedan existir diversos factores que precipiten la aparición de esta discapacidad. Al mismo tiempo, su presencia podría explicar, el porqué de la necesidad de las redes sociales de apoyo para el grupo de adultos mayores. Éste se considera entre los vulnerables, que requiere una atención especial desde el punto de vista de su salud, en el ámbito de la prevención y atención oportuna de los factores que los puedan llevar no solamente a discapacidad sino a padecer alguna enfermedad. Por lo tanto las acciones estarán encaminadas hacia la prevención muy temprana, desde la infancia, ya que desde el mismo momento de nacer estamos envejeciendo y esto no lo podemos evitar.

## Bibliografía

- Alonso P., Janso F., Díaz A., Carrasco M., Tania O. (2007). “Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor”. *Rev Cubana de salud pública*. 33: 1-10.
- Barrera, M., Donolo, D. (2009). “Diagnóstico diferencial de envejecimiento patológico. Desempeño en el Addenbrookes Cognitive Examination (ACE)”. *Rev pensamiento psicológico*. 5(12): 45-58
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)- División poblacional de la CEPAL (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Chile: Naciones unidas.
- Díaz W., García Y., Linares T., Rabelo G., Díaz H. (2010). “Envejecimiento e invalidez. Nuevos retos para la sociedad cubana”. *Revista cubana de salud y trabajo* 11(1): 38-46.
- Nezer, I. (2009). “El envejecimiento, aspectos bioéticos, políticos, económicos y sociales”. *Gac Méd Caracas*. 17(2): 130-137.
- Partida, V. (2005). “La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México”. *Papeles de población*, UAM. 45: 9-27.
- Partida, V. (2008). *Proyecciones de la población de México, de las entidades federativas, de los municipios y de las localidades 2005-2050*. México: CONAPO.
- Resultados de la encuesta Salud, bienestar y envejecimiento. SABE Yucatán.[http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/portada\\_manuales.html](http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html)
- Resultados de la encuesta Salud, bienestar y envejecimiento. SABE Yucatán II. <http://www.cenavece.gob.mx/>
- Romo, R, Sánchez M.(2009). *El descenso de la fecundidad en México, 1974-2009: a 35 años de la puesta en marcha de la nueva política de población*. México: CONAPO.
- Villagómez, P. (2009). *Evolución de la situación demográfica Nacional, a 35 años de la ley general de población de 1974*. México: CONAPO.
- Zea M., López M., Valencia C., Soto J., Aguirre D., Lopera F., *et al.* (2008). “Self-assessment of quality of life and aging of Alzheimer development risk adults”. *Invest .Educ Enferm*. 26(1): 24-35.

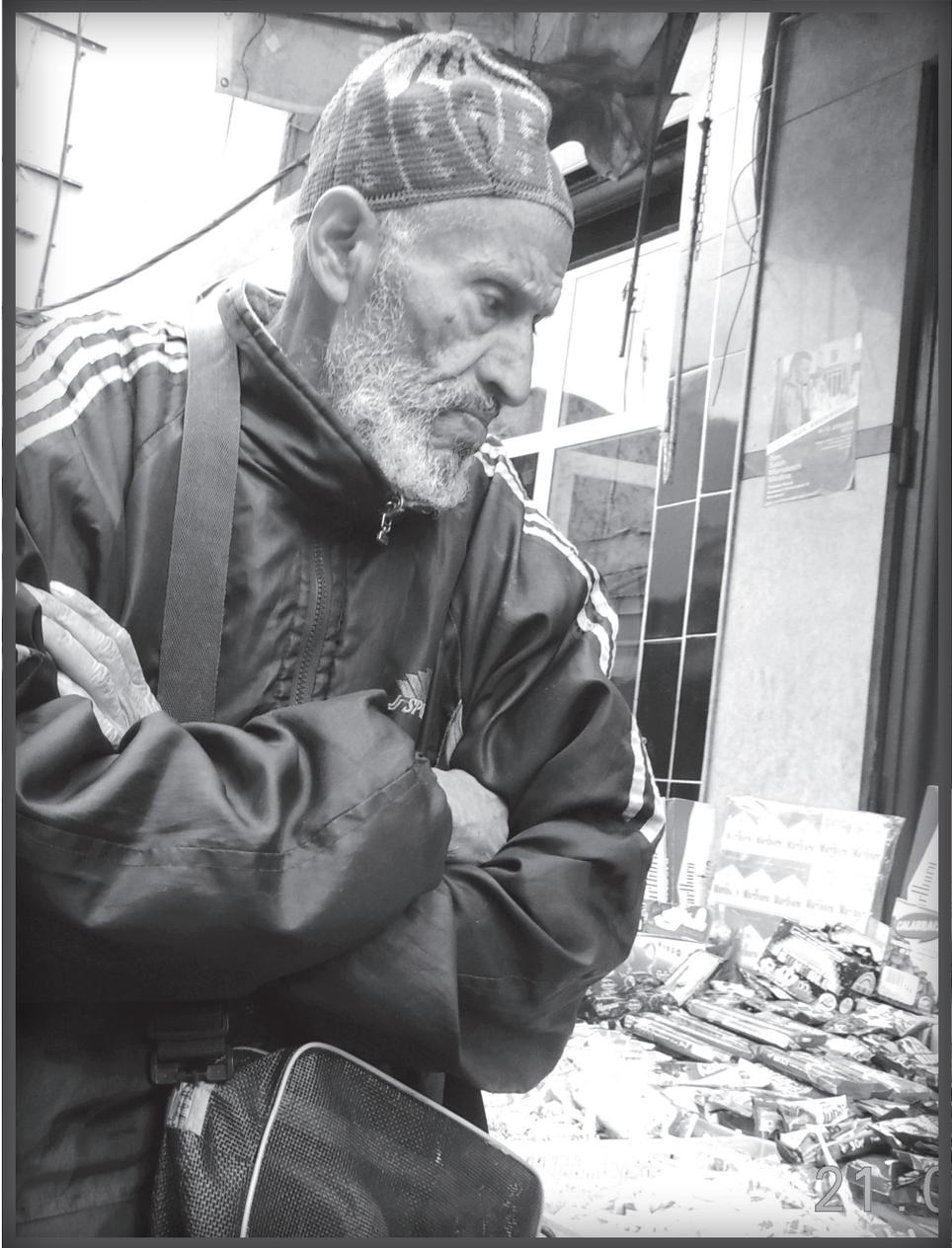


Foto: Gina Villagómez. Marrakech, Marruecos.



Foto: Gina Villagómez. Estambul, Turquía.

## **DISCAPACIDAD Y SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN CHIAPAS**

Susana Villasana Benítez

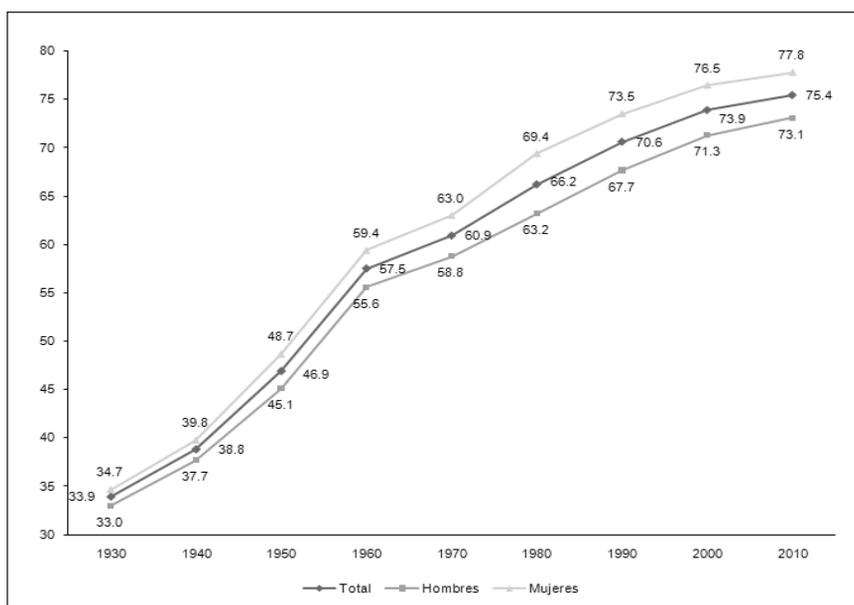
### **Introducción**

Varios autores han explicado que el proceso de envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico mundial. El cambio en la transición demográfica y epidemiológica ha influido en el envejecimiento de la población, principalmente, factores como el descenso de la fecundidad, descenso de la mortalidad, aumento en la esperanza de vida al nacer y la revolución sanitaria del siglo XX, han propiciado la prolongación de la vida (Tuirán, 1999; Ham-Chande, 2003; CEPAL-UNFPA, 2009, entre otros).

La presencia de más población anciana en el mundo tiene sus consecuencias e implicaciones sociales profundas, entre ellas se destaca la ampliación del período de vejez, entre 30 y 40 años, estilos de vida medicalizados que requieren largos tratamientos de enfermedades crónico degenerativas, conformación de un grueso de población que exige sistemas de seguridad para el retiro, feminización del envejecimiento, entre otros cambios (Villasana, 2011: 62-63).

La situación demográfica en México nos muestra que la esperanza de vida al nacer pasó de 33.9 años en 1930 a 38.8 años en 1940 y se fue incrementando en las décadas siguientes hasta llegar alcanzar 70.6 años por vivir en promedio en 1990. En los recuentos demográficos 2000 y 2010, los años por vivir se incrementaron en promedio a 73.9 y 75.4 respectivamente, ampliándose la brecha entre hombres y mujeres con una diferencia de 4.7 años de más esperanza de vida entre las mujeres (INEGI, 2012: 7), ver Gráfica 1.

Gráfica 1  
Esperanza de Vida al Nacimiento por sexo México, 1930-2010



Fuente: INEGI. *Indicadores Sociodemográficos, 1930-1998*.- CONAPO. México Demográfico, Breviario 1988. CONAPO Proyecciones de la Población de México, 2005-2050.

La incidencia del proceso globalizador afecta también a los viejos y los hace partícipes de nuevas formas de vivir ese tramo de edad, lo que plantea la necesidad de conocer la problemática y brindar atención especializada a ese sector de la población, sobre todo, cuando se llega al último tramo del ciclo de vida individual en condiciones de salud y trabajo poco favorables.

El objetivo de esta indagación es presentar un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas relacionadas con discapacidad y servicios de salud de la población de 60 y más años de edad en el país y en el estado de Chiapas.

### Población adulta mayor

En México, en el año 2010, los adultos mayores sumaron en total 10.05 millones. En Chiapas, éstos contabilizaron 345,481 personas y representaron el 7.20% de la población total de la entidad, porcentaje que se ubica por debajo de la media nacional de adultos mayores: 8.95% (cuadro 1).

Cuadro 1

Población total y adultos mayores de 60 y más años en México y Chiapas. 2010

	<b>Población total</b>	<b>Población de 60 y más años de edad</b>	<b>Porcentaje</b>
México	112,336,538	10,055,379	8.95
Chiapas	4,796,580	345,481	7.20

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico.

Las diferencias por sexo fueron las siguientes:

En México 47 de cada cien adultos mayores eran hombres y 53 mujeres, observando una diferencia por sexo importante en el porcentaje de hombres y mujeres, en cambio la diferencia por sexo de los adultos mayores en Chiapas es poco significativa, cercana a 50 hombres y ligeramente mayor a 50 mujeres, situación que se refleja en la relación hombre/mujer o índice de masculinidad, en el país fue de 87 hombres por cada cien mujeres y en Chiapas 99 hombres por cada cien mujeres (Cuadro 2).

Cuadro 2

Población total y adultos mayores de 60 y más años según sexo.

México y Chiapas, 2010

	<b>Pob. de 60 y más años de edad</b>	<b>Hombres de 60 y más años de edad</b>	<b>%</b>	<b>Mujeres de 60 y más años de edad</b>	<b>%</b>	<b>Índice de masculinidad</b>
<b>México</b>	10,055,379	4,679,538	46.54	5,375,841	53.46	87.4
<b>Chiapas</b>	345,481	171,489	49.64	173,992	50.36	98.6

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico.

El peso porcentual que representan las personas de 60 y más años de edad de los conteos y censos de población en México y Chiapas, entre 1990 y 2010, es de un crecimiento acelerado y se observa claramente en el Cuadro 3:

Cuadro 3  
Población de 60 y más años. México y Chiapas.  
1990 a 2010 (Porcentaje)

	1990	1995	2000	2005	2010
<b>México</b>	6.1	6.5	7.1	8.1	9.0
<b>Chiapas</b>	4.7	5.0	5.4	6.5	7.2

Fuente: INEGI. XI Censo general de población y vivienda 1990. INEGI. I Conteo de población y vivienda 1995. INEGI. XII Censo general de población y vivienda 2000. INEGI. II Conteo de población y vivienda 2005. INEGI. Censo de población y vivienda 2010.

Tal crecimiento de adultos mayores ha modificado la forma de vivir, percibir y atender la vejez, situación que se agrava al referirnos a las condiciones de vida de la población anciana que habita en regiones de pobreza extrema, lo que hace prioritario afrontar los problemas sociales y de salud derivado de ello. Para el caso de Chiapas, se ha mantenido a la zaga de las demás entidades federativas en el país, según los índices de marginación que sintetizan la carencia de servicios públicos, educativos, de vivienda e ingreso menor a dos salarios mínimos. En el año de 1990 alcanzó el más alto índice de marginación, 2.3605, en comparación con las demás entidades federativas de la República Mexicana; el conjunto de indicadores reveló que Chiapas tenía un grado de marginación “muy alto”.

En 1995, el cálculo del índice de marginación no mostró un cambio significativo en la entidad Chiapas volvió a ocupar el grado más alto de marginación en el país de 2.36 no obstante la gran cantidad de recursos asignados para obras de infraestructura y programas de desarrollo social; lugar que para el año 2000 se mantuvo con un índice de 2.2507; en el año 2005 decreció una posición ocupando el segundo lugar después de Guerrero, con un índice de marginación de 2.32646, y en el año 2010 persistió en el segundo lugar con un índice de 2.31767 (CONAPO, 1996; 2001; 2006; 2010).

La situación de los municipios de Chiapas según el grado de marginación se ha modificado ligeramente, de los años 2005 a 2010 observamos que el número de municipios con “muy alto” grado de marginación creció añadiendo a la lista un municipio más; el número de municipios con “alto” grado decreció y 24 municipios alcanzaron la categoría de “medio” grado de marginación mejorando sus condiciones de servicios públicos, vivienda y educación; en los grados de marginación “bajo” y “muy bajo” no hubo cambios (Cuadro 4).

Cuadro 4.  
Número de municipios de Chiapas según grado de marginación municipal.  
México, 2005 y 2010

Grado de marginación	Número de municipios (n=118)		Porcentaje	
	2005	2010	2005	2010
<b>Muy alto</b>	47	48	39.8	40.7
<b>Alto</b>	64	39	54.2	33.1
<b>Medio</b>	5	29	4.2	24.6
<b>Bajo</b>	1	1	0.8	0.8
<b>Muy Bajo</b>	1	1	0.8	0.8

Fuente: Villasana, 2010:35. CONAPO, 2010.

## Vejez y diversidad étnica

En estudios anteriores dimos a conocer que la investigación social en México dedicada a los estudios de vejez, especialmente en sociedades rurales e indígenas, ha sido campo de interés de la antropología y la etnología, ya sea jugando el papel central en las investigaciones donde el viejo forma parte activa en las instituciones sociales o jugando un rol protagónico en las actividades de la vida diaria, como informante clave de la organización social comunitaria (Reyes y Villasana, 2010: 336).

Se reconoce que la vejez ha sido estudiada desde la perspectiva social y no sólo médica, que los aportes etnográficos nos ofrecieron expresiones de la vejez en contextos indígenas específicos; así también, se mostró que aunque el proceso de envejecimiento de la población es un fenómeno global, la vejez es heterogénea y distingue las diferencias sociales y culturales que hay que considerar al diseñar políticas públicas o acciones que incidan en el nivel de vida de la población vieja (Reyes y Villasana, 2010: 336).

Los indicadores que se encuentran en el *Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores indígenas de México*<sup>4</sup>, muestran que en el año 2000 los adultos mayores indígenas en el país, con un rango de edad de 60 y más años, representaron el

<sup>4</sup> En el diagnóstico se presentan datos estadísticos que permiten conocer el perfil sociodemográfico de los adultos mayores indígenas (hombres y mujeres). Define la población de estudio en el contexto del hogar indígena conformado por hablantes y no hablantes de lengua nativa; analiza el impacto del envejecimiento en la organización social y expresiones culturales de los pueblos indios.

7.6% del total de la población que habita en hogares indígenas, peso porcentual por arriba del nacional que fue 7.3%<sup>5</sup> (Villasana y Reyes, 2006: 14).

Acercarse al conocimiento del perfil sociodemográfico de una población en el que destaca la diversidad cultural requiere primero identificar los distintos grupos sociales que la conforman y encontrar alguna variable que nos acerque a esas diferencias.

En los censos de población en México se han utilizado diversos criterios para identificar a los grupos indígenas, como el uso de indumentaria, el tipo de alimentación basada en el consumo de maíz, la pertenencia étnica o declarar hablar alguna lengua indígena a partir de un rango de edad, siendo este último criterio el más común. Así, el reconocer hablar alguna lengua indígena ha sido, hasta el momento, el indicador más operativo y práctico (INEGI). Con éste, se han registrado grupos de hablantes de lenguas autóctonas que representan a un sector de habitantes en el país culturalmente distintos y que por inferencia, de la condición de habla, se reconoce como población indígena.

En trabajos anteriores he caracterizado a Chiapas como una entidad federativa con una arraigada historia prehispánica y colonial, cuya diversidad cultural y lingüística es muy marcada, es decir, se reconoce la existencia de grupos de población originaria que se distingue entre sí además de la lengua que hablan, por sus rasgos culturales como la indumentaria, las creencias, las tradiciones y las formas de organización social.

Los principales grupos indígenas que habitan en Chiapas son tzeltales, tzotziles, choles, tojolabales, zoques, mames y lacandones, siendo éstos algunos de los grupos que representan a las diversas sociedades indias que han ocupado, de tiempo atrás, el vasto territorio chiapaneco, área geográfica en el que se sobrepone los municipios de “muy alta” y “alta” marginación según los indicadores del Consejo Nacional de Población.

Hoy día varios pueblos indígenas han llegado a aumentar su población anciana y en este contexto de nueva ruralidad donde las condiciones de salud y nivel de vida los ubica en zonas de pobreza extrema la situación se complica, sobre todo cuando el sujeto se vuelve improductivo en términos laborales, vive solo, es viudo, habita en zonas de alta marginación y está limitado en alguna de sus facultades (movimiento, auditiva, mental, entre otras).

<sup>5</sup> En esta información el cálculo de los porcentajes sólo consideró la población total con edad especificada dando un porcentaje de 7.3%, a diferencia del cuadro: Población de 60 y más años. México y Chiapas. 1990 a 2010, en el cual los cálculos se realizaron considerando a la población total sin edad especificada dando un porcentaje de 7.1%, razón por la cual los porcentajes del año 2000 difieren.

En síntesis, el diagnóstico pone en evidencia que en el año 2000 la población adulta mayor indígena del país, tenía el siguiente perfil: diez de cada cien adultos mayores indígenas (10.5%) sufría al menos una discapacidad; setenta y cinco de cada cien (75.5%) declaró no tener servicio médico de alguna institución de salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX); sesenta y dos de cada cien (62.4%) no cuenta con alguna ocupación remunerada, y de los treinta y ocho de cada cien adultos mayores indígenas con alguna ocupación (37.6%) más de la mitad sobrevive con menos de un salario mínimo (Villasana y Reyes, 2006: 31-35).

## Discapacidad y/o limitación en la actividad

El tema *Discapacidad* se aborda dentro del Censo de Población 2010 a través de las variables “Limitación en la actividad y Causa de la limitación en la actividad” (INEGI, 2010b). El término *Discapacidad* en el Censo comprende *las deficiencias en las estructuras y funciones del cuerpo humano, las limitaciones en la capacidad personal para llevar a cabo tareas básicas de la vida diaria y las restricciones en la participación social que experimenta el individuo al involucrarse en situaciones del entorno donde vive* (INEGI, 2010b).

Se define la discapacidad entendida como *Limitaciones en la actividad*: dificultades que una persona puede tener en la realización de tareas de la vida diaria; y se distingue el concepto *Población con limitaciones en la actividad* como: Personas que tienen alguna dificultad al realizar actividades básicas de la vida diaria como caminar o moverse, ver, escuchar, hablar, atender su cuidado personal, poner atención o aprender (INEGI, 2010b).

En el trabajo de Pérez (2010), *Discapacidad, Derecho y Políticas de Inclusión*, el autor explica el modelo social de la discapacidad, a la letra dice:

*... la cuestión de la discapacidad ha pasado de ser un ‘problema personal’ sobre el que es necesario ‘intervenir para rehabilitar’, para centrar el foco transformador en el entorno social de la persona con ‘capacidades diferentes’ o diversidades.*

Esta “nueva visión”, conocida como modelo social, plantea necesidades para las que es preciso ofrecer nuevas respuestas. Se trata de tender hacia una nueva sociedad que no discrimine a las personas por su funcionalidad, o por el modo en que éstas se relacionan con el entorno. La discapacidad por tanto, no es un atributo de la persona, sino el resultado de un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales están originadas o agravadas por el entorno social. Por consiguiente, la solución exige la acción social, y la sociedad tiene la responsabilidad colectiva de realizar las modificaciones necesarias en el entorno para faci-

litar la plena participación en todas las esferas de la vida social de las personas con discapacidad (Jiménez Lara, 2007, 193; citado en Pérez, 2010: 13-14).

A principios de los ochenta, los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía se construían a partir de las situaciones de salud-enfermedad de la persona (OMS, 1983). En su versión más moderna, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud OMS (OMS, 2001) ofrece como piezas clave para la descripción de la discapacidad, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación relacionadas con el entorno en que se desenvuelve la persona.

La discapacidad, por tanto, pasa de ser una cuestión de configuración personal, a una construcción social basada en la interacción entre la persona y su contexto, es más, en el grado y nivel en que el diseño del entorno precipita la inclusión o exclusión de las personas” (Pérez, 2010: 14).

Conforme aumenta la edad se incrementa el número de limitaciones. En México, en el censo 2010, las personas declararon tener una o más limitaciones en la actividad, cerca de 15 de cada cien de la población total y 19 de cada cien de adultos mayores (60 y más años), en Chiapas los porcentajes fueron menores al promedio nacional (Cuadro 5).

Cuadro 5  
Porcentaje del número de limitaciones.  
México y Chiapas. 2010

	1 limitación	2 o más limitaciones
<b>México</b>	85.5	14.5
<b>México 60 y más años</b>	81.1	18.9
<b>Chiapas</b>	87.0	13.0
<b>Chiapas 60 y más años</b>	84.1	15.9

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010

Asimismo, conforme aumenta la edad, el riesgo de sufrir alguna discapacidad es mayor, ya sea por accidente o deterioro físico y/o mental. En el país, en el año 2010, sólo el 4.0% de la población total sufría alguna limitación en la actividad al momento de realizar sus actividades cotidianas y los adultos mayores reportaron 20.7% en esa condición. Es decir, por cada cien personas hay 4

con algún impedimento físico y/o mental pero, a partir de los 60 años, por cada cien adultos mayores, hay cerca de 21 con limitación en la actividad, observándose una situación similar según diferencia por sexo: aumento del porcentaje de personas adultas mayores con alguna discapacidad tanto en hombres como en mujeres, y mostrando una relación hombre/mujer de menos hombres con limitación. Visto así, en el país hay 9.9 hombres por cada 10 mujeres con alguna limitación, entre los adultos mayores la relación disminuye a 8.3 hombres con alguna limitación por cada 10 mujeres, siendo mayor el número de mujeres con limitación (Cuadro 6).

Cuadro 6.  
Población total y adultos mayores de 60 y más años en México por sexo según condición de limitación en la actividad. 2010

	México	Con limitación	Sin limitación	No especificado
Población total	112,336,538	4,527,784	105,646,736	2,162,018
%		4.0	94.0	1.9
Hombres total	54,855,231	2,257,951	51,506,807	1,090,473
%		4.1	93.9	2.0
Mujeres total	57,481,307	2,269,833	54,139,929	1,071,545
%		3.9	94.2	1.9
<hr/>				
Población de 60 y más años	10,055,379	2,078,540	7,919,240	57,599
%		20.7	78.8	0.6
Hombres de 60 y más años	4,679,538	939,870	3,714,328	25,340
%		20.1	79.4	0.5
Mujeres de 60 y más años	5,375,841	1,138,670	4,204,912	32,259
%		21.2	78.2	0.6

Fuente: INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*: Tabulados del Cuestionario Básico. Cuadro 06\_02B\_ESTATAL.xls Población total por entidad federativa, sexo y grupos quinquenales de edad según condición y tipo de limitación en la actividad.

En el caso de Chiapas sólo el 2.6% de la población total en la entidad sufría alguna limitación en la actividad, así, por cada cien personas hay cerca de 3 con

algún impedimento físico y/o mental pero, a partir de los 60 años, por cada cien adultos mayores hay 17 con limitación en la actividad, no hay diferencias significativas según sexo, la situación es similar a la nacional: aumento del porcentaje de personas adultas mayores con alguna discapacidad tanto en hombres como en mujeres; sin embargo la relación hombre/mujer en la entidad es elevada, 10.4 hombres por cada 10 mujeres y entre los adultos mayores la relación disminuye a 9.5 hombres con alguna limitación por cada 10 mujeres, siendo mayor el número de mujeres con limitación (Cuadro 7).

Cuadro 7.

Población total y adultos mayores de 60 y más años en Chiapas según condición de limitación en la actividad. 2010

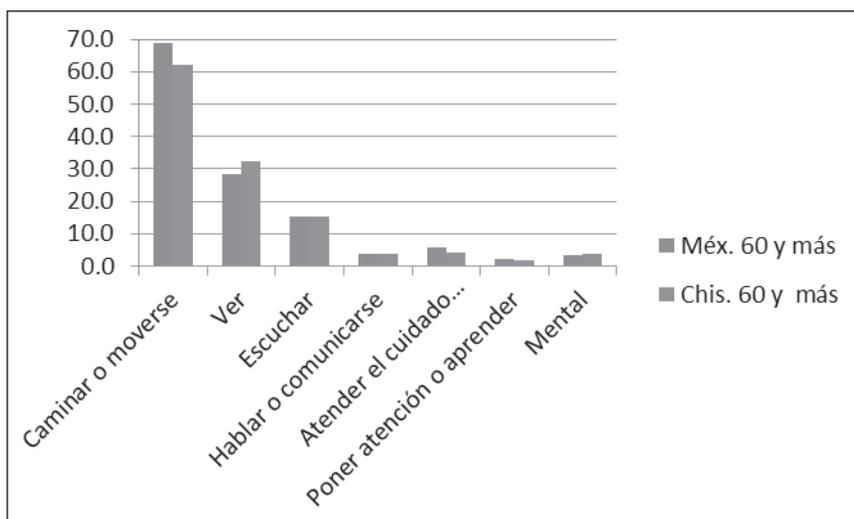
	Chiapas	Con limitación	Sin limitación	No especificado
<b>Población total</b>	4,796,580	126,512	4,581,082	88,986
%		2.6	95.5	1.9
<b>Hombres total</b>	2,352,807	64,525	2,244,494	43,788
%		2.7	95.4	1.9
<b>Mujeres total</b>	2,443,773	61,987	2,336,588	45,198
%		2.5	95.6	1.8
<b>Población de 60 y más años</b>	345,481	58,809	284,872	1,800
%		17.0	82.5	0.5
<b>Hombres de 60 y más años</b>	171,489	28,687	141,993	809
%		16.7	82.8	0.5
<b>Mujeres de 60 y más años</b>	173,992	30,122	142,879	991
%		17.3	82.1	0.6

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico. Cuadro 06\_02B\_ESTATAL.xls Población total por entidad federativa, sexo y grupos quinquenales de edad según condición y tipo de limitación en la actividad.

Los tipos de limitación registrados en el Censo de Población y Vivienda (2010) fueron: caminar o moverse, ver, escuchar, hablar o comunicarse, atender el cuidado personal, poner atención o aprender y limitación mental. Siendo la

limitación de movimiento la más común entre la población del país y Chiapas, seguido de la limitación visual y auditiva (Gráfico 1).

Gráfico 1  
Adultos mayores según tipos de limitación.  
México y Chiapas, 2010 (porcentaje).



Fuente: Censo de Población y Vivienda, 2010.

La frecuencia del tipo de limitación en la actividad registrada en la población total de México y Chiapas fue la siguiente: de cada cien personas con alguna limitación cerca de 54 tiene limitación al caminar o moverse, en Chiapas fueron cerca de 50 por cada cien; entre la población geronte del país son cerca de 70 adultos mayores por cada cien y en Chiapas 62 viejos y viejas con limitación al caminar.

Las dificultades visuales se presentaron en el país en cerca de 29 personas, no hay diferencias significativas entre la población total de México y Chiapas con ese padecimiento. Las diferencias se observan en el porcentaje de adultos mayores en Chiapas con 32 de cada cien con dificultad visual.

La limitación de escuchar se presenta con el mismo peso porcentual en ambos ámbitos geográficos, 11 por cada cien con limitación tiene problemas auditivos, entre los adultos mayores este padecimiento se registró en un porcentaje mayor 15 de cada cien.

En cuanto hablar o comunicarse de cada cien personas con limitación en el país 9 presentaron esa condición y en Chiapas el porcentaje fue mayor, 11 por cada cien personas con limitación; entre la población adulta mayor de México y Chiapas el porcentaje con limitación de habla fue menor, cerca de 4 personas por cada cien.

La atención al cuidado personal y el poner atención o aprender fueron limitaciones con menor frecuencia, en ambos casos ligeramente mayor entre la población total del país con alguna limitación; y en los casos de limitación mental fueron cerca de 10 personas por cada cien, siendo ligeramente mayor en Chiapas (Cuadro 8).

Cuadro 8.  
Población en México y Chiapas con limitación en la actividad según tipo de limitación. 2010.  
Comparativo población total/60 y más

	Caminar o moverse	Ver	Escuchar	Hablar o comunicarse	Atender el cuidado personal	Poner atención o aprender	Limitación mental
<b>Méx.</b>	2,437,397	1,292,201	498,640	401,534	229,029	209,306	448,873
%	53.8	28.5	11.0	8.9	5.1	4.6	9.9
<b>Méx. 60 y más</b>	1,435,296	589,930	316,810	78,469	119,593	46,547	67,543
%	69.1	28.4	15.2	3.8	5.8	2.2	3.2
<b>Chis.</b>	62,897	36,526	13,906	14,341	5,454	4,288	13,288
%	49.7	28.9	11.0	11.3	4.3	3.4	10.5
<b>Chis. 60 y más</b>	36,466	19,033	8,929	2,185	2,371	940	2,121
%	62.0	32.4	15.2	3.7	4.0	1.6	3.6

Nota: La población total con alguna limitación es en México 4,527,784 (60 y más es 2,078,540) y en Chiapas 126,512 (60 y más es 58,809). El total de tipos de limitación y la suma porcentual son mayores debido a que hay personas con 2 o más limitaciones. Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

Sin fines comparativos, dado que son dos conceptos diferentes los utilizados en los censos de población: discapacidad<sup>6</sup> en el año 2000 y discapacidad desde

<sup>6</sup> Limitación o ausencia de la capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para un ser humano, como consecuencia de una deficiencia física o mental. Se consideran 5 tipos de discapacidad: motriz, auditiva, del lenguaje, visual y mental (Glosario Inegi, 2000 [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)).

el enfoque de limitaciones en la actividad<sup>7</sup> en el 2010<sup>8</sup>; sino a manera de ilustración, observamos que en el año 2000 cerca del 90% de los adultos mayores indígenas declaró no tener discapacidad, lo que no significa que estén sanos, debido a las enfermedades crónico degenerativas que causan impedimentos físicos y se consideran “normales”, “propios de la edad”; y el 10% declaró tener una o más discapacidades.

En Chiapas entre las discapacidades de los adultos mayores indígenas destacó la visual (de 35% a 40%), siendo los tojolabales los de mayor porcentaje; en segundo orden de importancia está la discapacidad de movimiento donde destacó el grupo chol; el tercer lugar de discapacidad lo registró la auditiva, siendo los zoques los de mayor porcentaje (29%). La discapacidad de brazos y manos con menos de 10% la tuvieron los adultos mayores tojolabales; la discapacidad mental se registró en mayor porcentaje (12.18%) en los hogares tzeltales, y la mudez fue la discapacidad menor al 3% en todos los grupos (Villasana, 2011: 68-74).

## Discapacidad y derechohabencia a servicio médico<sup>9</sup>

En el censo del año 2010 se registró información que muestra a Chiapas con 2.8% de la población total que reúne ambas características: es derechohabiente y tiene alguna limitación en la actividad, a diferencia de la población nacional cuyo porcentaje con ambas características fue mayor (4.2%).

Según el INEGI: “En México, el derecho a la salud es de enorme trascendencia en el contexto de los derechos sociales establecidos en la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*; junto con la educación, la vivienda y el empleo forman los componentes básicos del bienestar de la población” (INEGI, 2010a: 26).

<sup>7</sup> Término genérico que comprende las deficiencias en las estructuras y funciones del cuerpo humano, las limitaciones en la capacidad personal para llevar a cabo tareas básicas de la vida diaria y las restricciones en la participación social que experimenta el individuo al involucrarse en situaciones del entorno donde vive. (Glosario INEGI, 2010 [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)).

<sup>8</sup> El tema de Discapacidad para el Censo 2010 se enmarca en un contexto internacional en donde se plantea un nuevo paradigma. Hay una evolución conceptual a partir de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (Cif), aprobada en 2001 por parte de la Organización Mundial de la Salud (Oms), que propone un nuevo enfoque para la recopilación de datos estadísticos sobre la discapacidad. La CIF se basa en un enfoque biopsicosocial que incorpora conceptos desde una perspectiva biológica, individual y social, en donde el funcionamiento de un individuo es el resultado de la interacción entre su condición de salud (trastorno o enfermedad) y los factores contextuales (ambientales y personales) que le rodean (Inegi, 2010a: 23). Los cambios conceptuales en el diseño de la pregunta del Censo 2010, a partir de la adopción de la Cif, hacen que la información no resulte comparable con la del censo de 2000, dado que la base conceptual anterior fue la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (Ciddm), publicada por la Oms en 1980 (Inegi, 2010a: 24).

<sup>9</sup> Condición de derechohabencia a servicios de salud: *Situación que distingue a la población en derechohabiente o no de servicios médicos en instituciones de salud públicas o privadas.* (Inegi, 2010a: 38).

Sin embargo, el comparativo -México y Chiapas- respecto a limitación y tipo de derechohabiente fue de un peso porcentual similar y no se observaron diferencias significativas, en todos los tipos de limitación dos terceras partes de personas con alguna limitación eran derechohabientes y una tercera parte no ejerce ese derecho a la salud. Quizá podemos advertir que tanto la limitación de hablar o comunicarse y la limitación mental los porcentajes en Chiapas de tipo de limitación y derechohabiente fueron menores (poco más del 50%) en comparación con los datos del país (Cuadro 9).

Cuadro 9.

Población total en México y Chiapas con limitación en la actividad según tipo de limitación y derechohabiente. 2010

	<b>Caminar o moverse</b>	<b>Ver</b>	<b>Escuchar</b>	<b>Hablar comu- nicarse</b>	<b>Atender el cuidado personal</b>	<b>Poner atención o aprender</b>	<b>Mental</b>
México	2,437,397	1,292,201	498,640	401,534	229,029	209,306	448,873
Derecho habiente	69.5	68.7	66.4	62.0	69.2	64.6	60.2
No derecho habiente	30.3	31.1	33.4	37.7	30.5	35.2	39.4
No específic.	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.4
Chiapas	62,897	36,526	13,906	14,341	5,454	4,288	13,288
Derecho habiente	63.9	63.5	59.9	53.1	61.3	58.2	51.8
No derecho habiente	35.8	36.3	39.9	46.5	38.4	41.5	47.9
No específic.	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3

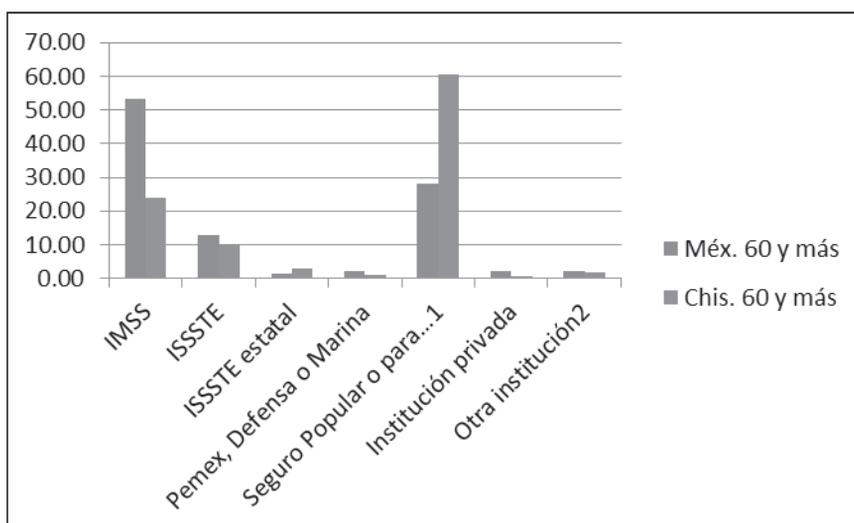
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010.

Los importantes aportes de Pérez, explican que: *La integración de los sistemas sanitario y social es un reto permanente. Las personas con discapacidad y sus familias en muchas ocasiones, precisan de ambos tipos de atención de manera continuada, por lo que una acción concertada en este ámbito facilitaría mucho la inclusión de las personas con trastornos del desarrollo, enfermedades crónicas (mentales u otras) o degenerativas, entre otras* (Pérez, 2010: 43-44).

Según el tipo de derechohabencia en población adulta mayor tanto en México como en Chiapas, observamos que en términos porcentuales dos terceras partes de la población adulta mayor en Chiapas (60.3%) es derechohabiente del Seguro Popular. La adscripción al Instituto Mexicano del Seguro Social fue mayor en México (53.4%).

La pertenencia a servicio médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado entre los gerontes de Chiapas fue una décima parte, las demás derechohabencias mostraron porcentajes menores al 3% (Gráfico 2 y Cuadro 10).

Gráfico 2.  
Adultos mayores con limitación y tipo de derechohabencia.  
México y Chiapas, 2010 (porcentaje)



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. *Incluye al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que coordina la Secretaría de Salud (SSA). Incluye instituciones de salud públicas o privadas.*

Cuadro 10.  
Población de 60 y más años en México y Chiapas derechohabiente según tipo de institución. 2010

	IMSS	ISSSTE	ISSSTE estatal	Pemex, Defensa o Marina	Seguro Popular	Institución privada	Otra institución
México	3,830,258	920,712	89,360	142,356	2,019,980	149,008	144,851
%	53.4	12.8	1.2	2.0	28.14	2.1	2.0
Chiapas	53,150	22,850	6,718	1,927	134,346	1,801	4,343
%	23.9	10.3	3.0	0.9	60.3	0.8	2.0

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010.

La falta de servicios médicos y sociales en la vejez en contextos indígenas pone al descubierto la cara de la pobreza extrema cuando se alcanzan edades avanzadas sin mayores soportes. En el año 2000, menos del 17% de los habitantes en hogares indígenas tenía derecho a servicio médico, destacando los tojolabales con el mayor porcentaje de adultos mayores derechohabientes (16.8%) y los tzotziles con el menor porcentaje (8.1%).

La mayoría de los adultos mayores derechohabientes en los hogares indígenas tenían servicio médico del Instituto Mexicano del Seguro Social (Imss), siendo los hogares choles y tojolabales los que registraron mayor porcentaje de derechohabiencia (87.4% y 89.2% respectivamente), y cerca de una cuarta parte de los adultos mayores indígenas declaró ser derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), destacando los tzeltales y tzotziles (21.4% y 26.8% respectivamente). Las otras derechohabiencias fueron escasas y menores al 5% (Villasana, 2011: 67-68).

## Consideraciones finales

Dado el auge del fenómeno de la transición demográfica, el estudio de la vejez es un campo de investigación relativamente nuevo, que cobra cada vez mayor importancia en diversos escenarios tanto académicos como en la instrumentación de políticas públicas.

Hasta ahora, en buena medida la investigación de la vejez, al menos en el plano social, se ha hecho en forma aislada y poco se ha trabajado en forma colegiada, en redes académicas o entre academia y política pública, aunque ya empiezan a aparecer publicaciones especializadas desde varias perspec-

tivas teóricas y metodológicas y en el año 2010 se creó la Red Temática de Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social (Red Esds/Conacyt) con un carácter multidisciplinario.

La discapacidad es un problema de salud pública y se requieren programas de prevención y atención derivados de estudios de carácter multidisciplinario: social, médico, sociodemográfico, urbanismo, entre otros. Al respecto cabe destacar que los pueblos indígenas no cuentan, hasta ahora, con modelos de atención geriátrica y gerontológica que consideren los aspectos socioculturales de la etnia.

Es muy importante destacar la necesidad de fortalecer la línea de investigación de la vejez femenina en diferentes contextos, pues este sector de la población es el mayoritario, el más pobre, el menos alfabetizado, al que culturalmente se le ha adjudicado el rol de cuidadora de los miembros de la familia. Cada vez es mayor el número de hogares cuyas jefaturas son femeninas, algunas jefaturas por mujeres ancianas, y otro tanto por mujeres que viven solas y viudas.

Finalmente, se presentan recomendaciones generales de política pública para atender al sector envejecido haciendo énfasis en el logro del bienestar de este grupo social:

- *Realizar una política educativa que dignifique el papel del adulto mayor.*
- *Un programa integral de atención visual afeción presentada con mayor frecuencia en adultos mayores indígenas en el año 2000.*
- *Un programa integral de atención motriz limitación de mayor frecuencia en México y Chiapas en el año 2010.*
- *Programa de hospitales sobre ruedas de atención geriátrica.*
- *Atención a los Derechos Humanos principalmente centrada en el despojo, el abuso recurrente hacia los adultos mayores.*
- *Equidad en la diversidad tanto étnica como funcional (interacción entre una persona con discapacidad y su ambiente).*

## Bibliografía

- Cárdenas, Rosario (2011). “Discapacidad: características, necesidades y perspectivas”, Coyuntura demográfica, núm. 1, noviembre 2011, pp. 43-46. En línea: <http://www.somede.org/coyuntura-demografica/articulos/cardenas-20111108.pdf>  
<http://www.somede.org/coyuntura-demografica/flipping/numero1/#/44/zoomed>
- CEPAL-UNFPA (2009). El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas.
- Consejo Nacional de Población, Conapo (1996). Índices de marginación, 1995. Extraído el 30 de agosto de 2008 desde [http://www.CONAPO.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=278&Itemid=19](http://www.CONAPO.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=278&Itemid=19)
- Consejo Nacional de Población, Conapo (2001). Índices de marginación, 2000. Extraído el 30 de agosto de 2008 desde [http://www.CONAPO.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=128&Itemid=206](http://www.CONAPO.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=128&Itemid=206)
- Consejo Nacional de Población, Conapo (2006). Índices de marginación, 2005. Extraído el 30 de agosto de 2008 desde [http://www.CONAPO.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=126&Itemid=204](http://www.CONAPO.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=126&Itemid=204)
- Consejo Nacional de Población, Conapo (2010). Índices de marginación, 2010. Extraído el 30 de abril de 2011 desde [http://www.CONAPO.gob.mx/es/CONAPO/Indices\\_de\\_Marginacion\\_2010\\_por\\_entidad\\_federativa\\_y\\_municipio](http://www.CONAPO.gob.mx/es/CONAPO/Indices_de_Marginacion_2010_por_entidad_federativa_y_municipio)
- González Romo, Adrián; Benito Ramírez Valverde, Julio Boltvinik Kalinka y Alfonso Macías Laylle (2006). “Pobreza y población objetivo de PROGRESA en cuatro municipios indígenas de la Sierra Norte de Puebla”, Papeles de Población, enero-marzo, núm. 047. Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 115-153.
- Ham-Chande, Roberto (2003). El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica, México: Miguel Ángel Porrúa, El Colegio de la Frontera Norte.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2010<sup>a</sup>). Síntesis Metodológica y conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010. INEGI, México.
- (2010b). Censo de Población y Vivienda 2010. Glosario. En línea: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/glosario/Default.aspx?ClvGlo=CPV2010&s=est&c=27432>
- (2012). “Estadísticas a propósito del día mundial de la población”, noticias 11 de julio de 2012. En línea: <http://www.inegi.org.mx/>
- Pérez Bueno, Luis Cayo (2010). Discapacidad, Derecho y Políticas de Inclusión. España: Ediciones cinca. Colección cermies, núm. 45.
- Reyes Gómez, Laureano y Susana Villasana Benítez (2010). “Los estudios sociales de vejez en población indígena”. En: Envejecimiento humano una visión transdisciplinaria, pp. 335-347, México: Instituto de Geriatria, Gobierno Federal.

- Tuirán, Rodolfo (1999). “Desafíos del envejecimiento demográfico en México”. En: *Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades*, págs. 17-22. México: Senado de la República LVII Legislatura, Comisión de Población y Desarrollo - Consejo Nacional de Población – Cámara de Diputados LVII Legislatura, H. Congreso de la Unión.
- Villasana Benítez, Susana (2003). “La población indígena de Chiapas en el año 2000. Una exploración de los datos censales”. *Anuario de Estudios Indígenas IX*, pp. 355–375, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas: Instituto de Estudios Indígenas-UNACH.
- Villasana Benítez, Susana y Reyes Gómez, Laureano. 2006. *Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores indígenas de México*. México, CDI-PNUD.
- Villasana Benítez, Susana (2010). “La población indígena de Chiapas y su situación de marginación”. En: Villasana, Jiménez, Reyes, Vargas y Capote (Compiladores). *Las dimensiones sociales de la pobreza: análisis y perspectivas*, pp. 24-42 (libro digital) México.
- Villasana Benítez, Susana (2011). “Diversidad en población indígena envejecida de Chiapas”. En: Laureano Reyes Gómez y Susana Villasana Benítez (Editores) *Gerontología social. Estudios de Argentina, España y México*. Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, México, pp. 61-77.

## Fuentes estadísticas

- INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico:
- Cuadro 01\_02B\_ESTATAL.xls. Población total por entidad federativa, sexo y grupos quinquenales de edad según tamaño de localidad
  - Cuadro 06\_02B\_ESTATAL.xls. Población total por entidad federativa, sexo y grupos quinquenales de edad según condición y tipo de limitación en la actividad.



Foto: Alejandro Poot Molina.



Foto: Hansel Vargas.

# ESTEREOTIPOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y OPTIMISMO EN ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE MERIDA, YUCATÁN

Lourdes Cortés Ayala

Mirta Flores Galaz

## Introducción

En los últimos años cada vez más individuos alcanzan edades avanzadas lo que no ocurría hace algunas décadas. Por ello el concepto de una etapa de desarrollo humano denominada “vejez” es relativamente nueva y reciente; antes del siglo XX la mayoría de los individuos fallecían antes de cumplir 65 años. Los avances en la medicina, nutrición, en el ejercicio y en el estilo de vida han contribuido a aumentar la esperanza de vida una media de treinta años más desde 1900 (Santrock, 2006). Pese a ser una etapa reciente, durante mucho tiempo se ha aceptado que los ancianos son individuos en continuo deterioro y no se ha prestado atención a las dimensiones positivas del envejecimiento (Holstein & Minkler, 2003, Phelan *et al*, 2004).

La presencia de estereotipos negativos sobre las personas mayores y el envejecimiento parecen empañar la posibilidad de vivir una vejez plena y satisfactoria. Por ello el interés de este trabajo consiste en revisar brevemente los conceptos de vejez y envejecimiento, las diversas etapas que conforman este lapso del ciclo vital mostrando su diversidad, para después analizar el *ageism* (ancianismo) como un estereotipo negativo hacia la vejez y su impacto en las percepciones y autopercepciones de los adultos mayores. Por último, se analiza el concepto de envejecimiento exitoso, las variables asociadas a su prevalencia, especialmente el optimismo y su impacto en el envejecimiento satisfactorio. En la segunda parte se presentan los resultados de un estudio de corte cuantitativo realizado con personas mayores de la ciudad de Mérida en el que se exploran los estereotipo-

tipos negativos hacia la vejez, la presencia del optimismo y la percepción de su perfil de salud.

## Vejez y envejecimiento

Envejecer es parte del ciclo vital tan natural como nacer, crecer o reproducirse. Sin embargo, la vejez es un período de edad al que se le trata con un doble estándar: todo el mundo quiere vivir muchos años pero nadie quiere llegar a viejo. La connotación misma de la palabra “viejo” es peyorativa ya que alude a lo inservible, a lo deteriorado, a aquello de lo que hay que deshacerse. Incluso históricamente la vejez ha sido tratada de manera estereotipada como el invierno de la vida, contrastándola con el fuego y el ardor de la juventud (Beauvoir, 1980).

Las primeras definiciones sobre la vejez estuvieron fuertemente influenciadas por perspectivas médicas y biológicas y marcaron la tendencia en los estudios pioneros sobre la vejez donde ésta es concebida como “un estado en el cual la disminución de la capacidad funcional, física y mental, se ha hecho manifiesta, mensurable y significativa” (García, 2003: 94-95). Mucho más adelante, en los años sesenta el proceso de envejecimiento se asocia por primera vez con la problemática social. El gerontólogo alemán Rudinger señala que la gerontología o estudio de los procesos de envejecimiento humano, deben estar en “estrecha vinculación con la historia” (García, 2003).

Durante los últimos años del siglo XX los aportes de la Psicología del Desarrollo permiten que la vejez pase de ser un concepto rígido, a relativizarse a la luz de los conocimientos psicológicos y sociales donde se incluyen ya elementos subjetivos, de tipo psicológico o social, como variables influyentes del envejecimiento y no sólo los aspectos biológicos (Craig, 2006). Se enfatiza que la vejez se presenta no solo a nivel personal sino también en función de la cultura; los cambios biológicos solamente toman sentido en función de una sociocultura determinada y en la medida en que dificultan la experiencia social en el propio contexto sociocultural (Nicol, 2001).

## Etapas del envejecimiento

Los estudios sobre Psicología del Desarrollo han enfatizado que la población de ancianos en cualquier ciudad o país no es un grupo de edad homogéneo sino que son tan diferentes entre sí como cualquier otro sector de la población.

Asimismo, si la vejez comienza a los 60 años (de acuerdo con el criterio legal), la esperanza de vida es de 73 a 75 años —en promedio— y se puede vivir hasta los 100 años, esto supone que este período de la vida es de los más largos e incluso puede abarcar hasta 50 años de vida. Consecuentemente, los ancianos pueden constituirse en subgrupos de edad, con características físicas y psicológicas diferentes (Baltes & Smith, 2003). Burnside (1979) en Craig, (2006), propone clasificar esta etapa de la vida en cuatro grupos: ancianos jóvenes (60 a 69 años), ancianos de mediana edad (70 a 79 años), ancianos viejos (80 a 89 años) y ancianos muy viejos o senectos (90 a 99). Charness y Bosman (1992) distinguen entre el anciano joven (60 -74 años) y el anciano (75 en adelante). Otros expertos añaden la categoría de anciano mayor (85 años en adelante) como fase distinta a las anteriores (Baltes, 2000).

En términos generales, mucha gente al cumplir 60 años (anciano joven) está en excelentes condiciones físicas y psicológicas por lo que puede seguir con su vida cotidiana sin grandes cambios; en la séptima década, la más importante tarea del desarrollo es mantener íntegra la personalidad, en cambio, es posible que al octogenario le resulte más difícil adaptarse e interactuar con el ambiente ya que requieren ayuda para mantener los contactos sociales y culturales. Cabe mencionar que quienes llegan a esta edad son a menudo personas más sanas, ágiles y activas incluso que la gente más joven lo cual se debe a que han sobrevivido a enfermedades y problemas que causan la muerte a sexagenarios y septuagenarios (Craig, 2006).

Además, aunque la vejez constituye un fenómeno enmarcado en la dimensión cronológica y en los cambios biológicos también está íntimamente vinculada con las propias percepciones y creencias así como a las expectativas sociales de la sociocultura en que se vive, y es ahí en donde surgen los estereotipos sobre la vejez.

## Estereotipos

Los estereotipos sociales representan generalizaciones sobre el grado en el que los miembros de un grupo poseen determinados atributos comunes (Hilton & von Hippel, 1996). Los estereotipos aparecen en contextos ambientales muy diversos y se ponen de manifiesto en una diversidad de procesos cognitivos y motivacionales. De acuerdo con el modelo tripartita de las actitudes, los estereotipos representan básicamente “el componente cognitivo de las actitudes de prejuicio” (Devine, 1989: 5) mientras que para Jost y Banaji (1994) son “creen-

cias despectivas sobre grupos sociales, en un sistema caracterizado por la separación de la gente dentro de roles, clases, posiciones o estatus” (p. 3). También pueden considerarse como “categorías que la gente emplea para organizar su mundo social” (Shih, Ambady, Richeson, Fujita & Gray, 2002: 638).

Aunque los estereotipos constituyen importantes heurísticos para el funcionamiento cotidiano, en muchos casos también desembocan en prejuicios, que constituye el componente afectivo de la actitud y se caracteriza por la evaluación negativa de un grupo social. Esta evaluación negativa generalmente se relaciona con la discriminación o conducta parcial o negativa en el tratamiento a las personas en virtud de su pertenencia a un grupo o categoría social. El uso de los estereotipos conlleva ciertos errores ya que: a) se basa en el *absolutismo fenoménico*, donde se exageran las semejanzas intragrupo desestimando el grado de coincidencia entre grupos; b) se desestima el papel del ambiente en las semejanzas intragrupo; y c) el hecho de considerar que todo el grupo tiene unas características comunes lleva al olvido de las diferencias individuales. La investigación también ha mostrado que los procesos atributivos sobre grupos sociales son más simplificados que la conducta de los individuos y por tanto más resistentes al cambio (Levine & Campbell, 1972).

## Ageism (ancianismo) y Estereotipos sobre la vejez

El término *ageism* (traducido como *ancianismo*) acuñado por Butler se define como “un proceso de estereotipia y discriminación sistemática contra las personas por el hecho de ser viejas, de la misma forma que el racismo y el sexismo se originaron por el color de la piel y el género” (Butler, 1969: 22). Hausdorff, Levy y Wei, (1999: 1346) se refieren a este término como “generalizaciones preconcebidas sobre las personas mayores basadas solamente en la edad”. Asimismo, Butler (1987: 22) afirma que “el *ageism* influye en las conductas de sus víctimas ya que los viejos tienden a adoptar definiciones negativas sobre la vejez y a perpetuar así una variedad de estereotipos que se dirigen contra ellos mismos, reforzando las creencias sociales”.

De acuerdo con Zandi, Mirlé y Jarvis (1990) los estereotipos hacia la vejez tienen un componente esencialmente negativo en numerosas sociedades humanas. Debido a ello, resulta relevante el significado personal que las personas mayores le dan a los cambios que experimentan con la edad. Por ejemplo, el grado en que los sujetos perciben tales cambios como controlables o por el

contrario, los consideran como normativos e inevitables, les pueden llevar a adoptar actitudes muy distintas ante los mismos.

Los estereotipos de la vejez se refieren a falsas creencias de signo negativo y generalmente despectivo que actúan en un grupo cultural determinado (Fernández-Ballesteros, 1992; 2001), por lo que llevan a la exclusión de los ancianos de muchas actividades de la sociedad (Warner & Willis, 2003). Para Ander-Egg (2009) la imagen social acerca de lo que es ser viejo se ha construido sobre la base de prejuicios, tabúes y estereotipos que es necesario superar. Algunos de los principales estereotipos y mitos sobre la vejez propuestos por Ander-Egg (2009) se presentan en el Cuadro 1.

Cuadro 1.

<i>Todos los viejos se asemeja</i>	Las personas tienen en común la categoría social, pero las personas son muy diversas. Cada persona envejece de manera diferente.
<i>Relacionar la vejez con la fragilidad y la decadencia</i>	Es obvia la existencia de deterioros y declives así como una mayor fragilidad en la salud, o una mayor proporción a ciertas enfermedades propias de la edad. Pero vejez no puede significar deterioro ni disminución de las ganas de vivir, ni limitación para mantener una relación física y emocional gratificante con el entorno o la circunstancia en que se desarrolle su vida.
<i>Inutilidad, como si no tuvieran nada que aportar a la sociedad.</i>	Algunas personas de esta etapa de la vida son improductivos, pero ésta es una generalización desmentida por ciertos de personas que siguen siendo útiles y haciendo aportes muy significativos en edades avanzadas (Ander-Egg, 2009).
<i>Asociar el proceso de envejecimiento con el declive cognitivo</i>	Un cuarto prejuicio es el declive cognitivo. De todos los cambios o deterioros de la vejez, los de la mente tienen las más graves consecuencias. Pero este deterioro cognitivo se explica por factores que no son intrínsecos al proceso de envejecimiento. Entre los factores ajenos se puede mencionar una alimentación insuficiente en los primeros dieciocho meses de vida. En otros casos, el no haber tenido una educación suficiente, o que haya sido deficiente, en ciertas circunstancias, el hecho de vivir en un contexto familiar y social poco estimulante es una causa de pérdida de la capacidad mental.
<i>Considerar la vejez como el fin de la sexualidad y de las posibilidades de enamorarse</i>	Este prejuicio ha causado la atrofia sexual de muchos adultos mayores, especialmente entre las mujeres. Hablar de que un anciano o anciana se enamore o que tenga relaciones sexuales o deseos de hacer el amor es un tema tabú. La posibilidad de actividad sexual y de enamorarse no acaba con el paso de los años. En los años de la vejez, esto debe seguir siendo una realidad. La sexualidad prolongada en la ancianidad es fuente de salud y de felicidad e influye positivamente en el sistema nervioso, el sistema cardiaco y en el sistema respiratorio.

Fuente: Estereotipos negativos sobre la vejez (Ander.Egg, 2009).

Palmore (1990: 19) por su parte, enumera nueve estereotipos que reflejan los principales prejuicios sociales (o expresiones de *ancianismo*) que existen hacia las personas ancianas: “enfermedad, impotencia, fealdad, deterioro cognitivo, enfermedad mental, inutilidad, soledad pobreza y depresión” que coinciden básicamente con los descritos más recientemente por Thornton (2002). Numerosos estudios muestran el impacto del *ancianismo* o los estereotipos hacia la vejez en diversos contextos psicosociales, que van desde las prácticas discriminatorias en las instituciones para ancianos (Salari & Rich, 2001), hasta las actitudes y expectativas negativas por parte de los profesionales que los atienden, como médicos y psicólogos (Bernabei *et al.*, 1998; Greene, Hoffman, Charom, & Adelman, 1987).

Palmore (1990, 2001) comenta que, entre los factores que contribuyen al *ancianismo* está el valor que la sociedad actual otorga a todas las representaciones de la juventud, énfasis que puede afectar no solo la forma en que las personas ancianas son percibidas sino también la forma en que ellos mismo se perciben a sí mismos (Sánchez, 2004) ya que si el aspecto externo juega un papel importante en la auto-valoración, los cambios en la apariencia externa ocasionados por el envejecimiento pueden afectar la autoestima, que se verá devaluada con el paso de los años. Este fenómeno es una pequeña muestra del impacto que el *ancianismo* produce en las personas mayores en áreas muy diversas de su funcionamiento. Por tanto, resulta importante considerar el significado personal que las personas mayores dan a los cambios que van experimentando a medida que avanza el tiempo.

## Percepciones y actitudes hacia la propia vejez

La mayoría de los estudios muestran que aún en la vejez la gente evalúa su vida y a sí mismo de una forma favorable; por ejemplo, investigadores como Baltes (2000), Diener y Shuh (1998) y Mroczek y Kolarz (1998) entre otros, han encontrado que la mayor parte de los ancianos mantiene un alto grado de satisfacción con su realidad vital.

Levy, Slade y Kasl (2002) encuentran en su estudio que la *actitud hacia la propia vejez* es uno de los elementos que parecen tener un mayor impacto en una variedad de facetas vitales de los adultos mayores y mostraron que el declive en la salud funcional de las personas que tenían una actitud positiva hacia la vejez era menor significativamente que el de quienes mantenían una percepción negativa. También encontraron que las autopercepciones positivas en relación

con la vejez se asociaban con mayor longevidad de los sujetos. Los resultados fueron encontrados tanto para hombres como para mujeres e independientemente de si tenían mejor o peor salud funcional, de la edad, status económico o de si informaban de problemas de soledad.

Asimismo, diversas investigaciones han encontrado que muchas personas mayores, aunque se consideran a sí mismas como miembros de la categoría de *personas viejas*, tienden a percibirse bajo una perspectiva más favorable que la que otorgan al resto de las personas de su edad, algo así como percibirse uno mismo como una excepción respecto a la mayoría (Bultena & Powers, 1979; Thomas, 1981). Esto tiene que ver con la *edad subjetiva*, ya que se ha mostrado que existe una discrepancia entre la edad cronológica de las personas y la edad con la que se perciben. Heckhausen, Dixon y Baltes (1989) encontraron que las personas ancianas y las de mediana edad se percibían a sí mismas más jóvenes respecto a su edad cronológica. Así también, una menor edad subjetiva se relacionaba significativamente con un buen estado de salud y un alto grado de vida independiente. Stuart-Hamilton (2002: 154), afirma que “cuanto más pobre sea la imagen que las personas mayores tienen de los otros de la misma edad, más baja es la consideración en que se tienen a sí mismos, así como que es fácil que la propia imagen y los estereotipos “se autorrefuercen, creando un círculo vicioso”.

## Envejecimiento exitoso o satisfactorio

La pregunta que se han hecho los estudiosos del desarrollo humano respecto a la vejez como etapa del ciclo vital, es si puede ser vivida en forma plena y satisfactoria, lo que ha sido llamado de diferentes formas: *envejecimiento exitoso, satisfactorio, activo, positivo u óptimo*, pero que remite a la búsqueda de cómo el individuo puede envejecer de la mejor manera (Baltes & Baltes, 1993; Havighurst, 2003). Los estudios contemporáneos de Psicología del Desarrollo Humano, desde la perspectiva de *life-span*, evidencian que el desarrollo no termina con la adolescencia o la edad adulta, ya que desde una perspectiva psicológica, el ser humano sigue presentando transiciones entre su organismo biológico y su ambiente sociocultural hasta el último de sus días. Sin embargo, numerosas culturas identifican a la vejez con la edad, las enfermedades y dificultades, y en algunos casos con la acumulación de experiencia, conocimientos, sabiduría y pericia (Hernández, Maldonado, Meza, Ortega, & Ramos, 2009). Ciertamente, deben tenerse en cuenta las diferencias individuales ya que cada individuo se desarrolla en diferente tiempo y circunstancia, pero, ¿debe caracterizarse la

vejez como un periodo en el que prima el deterioro y el declive? ¿Puede el envejecimiento ser exitoso, activo, saludable o satisfactorio?

Una de las primeras teorías interesadas en explicar las mejores formas de envejecer fue la teoría de la desvinculación propuesta por Cumming y Henry (1961) quienes afirmaron que la vejez implica un retraimiento gradual de la persona mayor de la sociedad y que los adultos ancianos desarrollan una mayor preocupación por sí mismos, reducen sus vínculos emocionales con los demás y muestran menor interés en los aspectos sociales. Aplicar estas estrategias contribuye a tener una mayor satisfacción en la vida, proponen los autores. Esta visión perdió terreno debido a las fuertes críticas que generó. En contraste, Neugarten, Havighurst y Tobin (1964) propusieron la teoría de la actividad en la que se afirma que un estilo de vida activo contribuye al envejecimiento exitoso. Las investigaciones al respecto han hallado pruebas que apoyan esta teoría pues se ha demostrado que cuando los adultos mayores se mantienen activos, con altos niveles de energía, envejecen de manera más positiva y muestran un mayor grado de felicidad que los ancianos que se desvinculan de la sociedad (Haber & Rhodes, 2004; Warr, Butcher & Roberts, 2004).

Dos importantes estudios, de carácter longitudinal, han contribuido al entendimiento de la vejez considerando que el principal proceso en el que se basan es en *los cambios* que conlleva envejecer y que afectan a todas las áreas de la vida. Los resultados del *Estudio Berlín* de Mayer y Baltes (Baltes, & Lindenberger, 1997) ilustran sobre el cambio de los recursos cognitivos, emocionales, mentales, corporales y sociales a los 70 años, teniendo en cuenta que la población anciana es un grupo poco homogéneo y muy diverso. Schaie (1996), dirige desde 1956 el *Seattle Longitudinal Study* (SLS) cuyo objetivo radica en la interacción de los cambios en el rendimiento intelectual y los estilos conductuales en la edad adulta. Ambos estudios se interesan por los aspectos funcionales del bienestar o envejecimiento exitoso (satisfactorio) en esta edad (Izquierdo, 2005).

Para poder entender el bienestar durante la vejez es importante distinguir entre el envejecimiento *normal*, el *patológico* y el *envejecimiento exitoso*. El envejecimiento *normal* se refiere a todos aquellos cambios que se consideran típicos o normativos a lo largo del tiempo, sin enfermedades crónicas, que sería lo contrario del envejecimiento *patológico*. El *envejecimiento exitoso* o *satisfactorio* ocurre cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida (Havighurst, 2003). Es una experiencia subjetiva que

involucra a las necesidades individuales y el contexto concreto del desarrollo del individuo (Shaie, 1996).

Los estudios y teorías sobre el envejecimiento exitoso intentan describir los caminos que deben seguir los adultos mayores para cumplir con las exigencias de su edad y llegar a un alto grado de satisfacción con la vida. La *satisfacción con la vida* es el constructo central (Baltes, 1990) aunque no existe unanimidad entre autores sobre lo que debe hacerse para lograrla. Paul Baltes y sus colegas (Baltes, 2003; Baltes & Baltes, 1990; Baltes & Smith, 2003) proponen un modelo de desarrollo de la vida adulta en el cual envejecimiento satisfactorio (exitoso o positivo) está relacionado con tres factores fundamentales: la selección, la optimización y la compensación. La *selección* consiste en la reformulación de metas y establecimiento de preferencias; la *optimización* se entiende como la adquisición, llegado el caso, o el perfeccionamiento de, medios, recursos y conductas que ayudan a conseguir las metas previstas. La *compensación* se dirige a la recuperación y mantenimiento del nivel funcional o del estatus bio-psico-social vigente hasta el momento. Con esto se procura movilizar sobre todo los recursos, habilidades y capacidades que han permanecido latentes en el repertorio conductual de la persona. Según los autores, el uso de estos tres procesos permite un nivel funcional estable, una autoimagen positiva y un estado satisfactorio.

El concepto de *envejecimiento satisfactorio* también fue propuesto por la OMS en 1990 y suponía el envejecimiento saludable, centrado en la salud; sin embargo ha evolucionado hacia un concepto más integrador, como el *envejecimiento activo o exitoso* (OMS, 2002; Zamarron, 2007) definido como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen. Asimismo, el *envejecimiento exitoso* se basa en el concepto de *bienestar subjetivo* entendido como el grado de satisfacción que experimentan las personas cuando hacen una valoración o juicio global de sus vidas (García Rodríguez, 2007).

## Variables relacionadas con el envejecimiento exitoso

Diversos estudios han podido operacionalizar e identificar variables concretas relacionadas con el envejecimiento exitoso. Entre los constructos psicosociales estudiados se encuentra la medición de variables como las creencias de autoeficacia percibida, el estado de ánimo, y los cambios en el desempeño cognitivo y locus de control (Adamson, Hunt & Ebrahim, 2003; Bowling & Dieppe, 2005; Whitfield, *et al* 2000; Vaillant & Mukamal, 2001).

Asimismo, la OMS (2002) ha establecido los factores influyentes para el envejecimiento activo o exitoso que incluyen componentes poblacionales (ambientales, económicos, sociales y sanitarios), elementos comportamentales (estilos de vida, hábitos), variables personales (genéticas y biológicas) y variables psicosociales como los estilos de afrontamiento, la autoeficacia, el control interno, el comportamiento prosocial, y el pensamiento positivo u optimismo (Blanco, 2010).

En cuanto a la edad, los estudios reportan datos contradictorios porque la edad no es el único factor determinante de los procesos de desarrollo, estabilidad o declive sino que la edad interactúa con circunstancias culturales, sociales y personales. De acuerdo con Baltes (1998), las principales dificultades en la vejez son los problemas de salud, las pérdidas sociales y una mayor discrepancia entre las metas y las posibilidades de alcanzarlas. Otros datos muestran que las personas de más edad (respecto de las más jóvenes), las mujeres (respecto de los hombres) y las personas que pertenecen a posiciones sociales medio baja y baja presentan una puntuación significativamente más baja en la satisfacción con la vida, y también consideran que a medida que se van teniendo más años, se vive peor (Sarabia, 2009).

Sin embargo, la edad avanzada puede ofrecer una excitante oportunidad para el crecimiento personal, dado que las investigaciones han puesto de manifiesto que los fenómenos de plasticidad cerebral y el potencial de creatividad continúan desarrollándose durante la senescencia. Además, cuando se le plantea nuevos retos a la mente, sin importar la edad, el cerebro responde en forma positiva, mediante procesos bioquímicos y neuropsicológicos que permiten la terminación de la tarea o el logro del objetivo propuesto (Gaviria & Gaviria, 2008). Por otra parte, una autoestima positiva, un sentido de autoeficacia o control personal percibido y un positivo punto de vista en la vida están asociados con la salud psicológica, mientras que la baja autoestima, y un punto de vista pesimista en la vida están asociados con depresión y ansiedad. Así, parece ser que el optimismo resulta un factor importante en el envejecimiento satisfactorio (Taylor & Brown, 1988; Mazadiego, *et al.*, 2011)

## Optimismo y envejecimiento exitoso

Scheier y Carver (1993) han aislado una característica de la personalidad a la que llaman *optimismo disposicional*. Estos investigadores han encontrado que esta característica de personalidad se relaciona positivamente con medidas de autoestima. El optimismo disposicional es definido como “la tendencia a creer que uno

conseguirá en la vida más resultados positivos que negativos” (Scheier & Carver, 1993: 26). Por lo tanto, es un aspecto que aparece relacionado con la esperanza ante el futuro, actitud que es importante en cualquier etapa de la vida. En este sentido, una orientación hacia el futuro más próximo es considerada para la gran mayoría de personas mayores como uno de los presupuestos para el dominio de los problemas cotidianos. Además, el optimismo sobre el propio futuro refleja el grado en el cual uno cree en las propias habilidades de control y de capacidad para afrontar las situaciones graves de la vida (Scheier & Carver, 1987).

Aunque Lennigs (2000) sostiene que el optimismo, como orientación hacia el futuro, es relativamente poco importante en las personas ancianas, porque ellas están más orientadas al presente de forma adaptativa, Scheier y Carver (1993) señalan que el optimismo no parece decaer en la vejez, excepto en las personas muy mayores que están experimentando problemas de salud o en algunas áreas funcionales. Un estado mental positivo se ha asociado con un mejor estado de salud y con un afrontamiento exitoso ante la depresión, mientras que un estado de ánimo negativo se ha asociado a la enfermedad y a la muerte.

Desde el punto de vista de la salud, Scheier y Carver (1993) han encontrado que para las personas optimistas es más fácil comprometerse en hábitos de fomento de la salud, e incluso el optimismo constituye un factor de protección contra la depresión. Hay un creciente número de estudios sobre los efectos positivos del optimismo sobre la salud y el bienestar psicológico; parece que las expectativas positivas pueden apartar al paciente de las consecuencias psicológicas negativas que acompañan a la enfermedad (Carver & cols., 1994; Garofalo, 2000; Taylor, 1983). El optimismo se ha relacionado con mayor bienestar, mejor ajuste y salud en general en diversos grupos poblacionales (Londoño, 2009). Finalmente, se puede resaltar que al estar el optimismo relacionado con las creencias en la propia eficacia (Scheier & Carver, 1987; 1993), las diferencias que existen en los sujetos mayores en esta dimensión pueden aportar una mayor comprensión ante las actitudes y expectativas que se mantienen hacia la vejez en esta época de la vida. Por lo tanto el optimismo es una variable que parece importante tener en cuenta en los estudios que se propongan investigar sobre distintos aspectos del envejecimiento.

Asimismo, los estudios con personas de edad avanzada proponen la evaluación de la salud en relación con determinados aspectos de calidad de vida. El término “calidad de vida” representa un amplio rango de dimensiones de la experiencia humana, ya que abarca desde sentimientos de felicidad y logro vital,

a necesidades biológicas básicas. La calidad de vida ha sido considerada como una interacción dinámica entre condiciones externas al sujeto y las percepciones internas de dichas condiciones (Noro & Aro, 1996). Uno de los instrumentos de medida que se está empleando cada vez con mayor frecuencia para evaluar estas autopercepciones de salud es el Perfil de Salud de Nottingham (NHP; Hunt, McEwen & McKena, 1986), escala que explora varias dimensiones relacionadas con problemas físicos, médicos y sociales. Su empleo con personas de edad avanzada es coherente, puesto que las limitaciones en las habilidades funcionales son comunes entre esta población y representan un factor de riesgo de institucionalización (Noro & Aro, 1996).

## Estudio con adultos mayores de la ciudad de Mérida

A partir de lo anterior, y considerando la importancia que la literatura revisada muestra que tienen las actitudes negativas hacia la vejez (*ancianismo*) y el optimismo en el envejecimiento exitoso, se llevó a cabo un estudio cuyo objetivo general fue conocer los estereotipos sobre el envejecimiento, la presencia de optimismo y las autopercepciones de salud en una muestra de adultos mayores de la ciudad de Mérida, Yucatán, así como también establecer las diferencias por sexo y grupo de edad, además de la relación entre estas variables.

## Método

### PARTICIPANTES

En el estudio participaron 98 adultos mayores, 41 hombres y 57 mujeres, con un rango de edad de 60 a 93 años, seleccionados en forma no probabilística. Todos eran yucatecos y vivían en la ciudad de Mérida.

### INSTRUMENTOS

Los participantes respondieron a los siguientes instrumentos:

1. *Cuestionario de datos sociodemográficos*. Este cuestionario solicita información sobre edad, sexo, ocupación, escolaridad, forma de convivencia, personas con las que vive y/o cuida, percepción general del estado de salud así como el tipo y frecuencia de actividades sociales, religiosas y físicas en las que participa.
2. *Cuestionario sobre estereotipos negativos del envejecimiento (CENVE)*. Para poder conocer los estereotipos sobre la vejez se les administró a los participan-

tes el *Cuestionario sobre estereotipos negativos del envejecimiento* (CENVE). Este cuestionario está constituido por quince ítems, trece de ellos tomados del cuestionario de Montorio e Izal (1991), y otros dos, adaptados del cuestionario de Palmore (1988) y está conformado por tres factores: I. *Salud*, II. *Motivacional-social* y III. *Carácter-personalidad*, con cinco ítems cada uno, cuyo formato de respuesta sigue un modelo tipo Likert de cuatro intervalos (muy en desacuerdo, bastante en desacuerdo, bastante de acuerdo, muy de acuerdo). Puntuaciones altas indican un elevado grado de creencia en los estereotipos negativos de la vejez, mientras que puntuaciones bajas indican poco nivel de creencia en tales estereotipos negativos.

3. *Escala de Optimismo disposicional*. Para medir el optimismo se utilizó la *Escala de Optimismo disposicional* (Life Orientation Test-LOT) de Scheier, Carver y Bridges (1994) adaptada al castellano por Fernández y Bermúdez (1999). La medida de optimismo disposicional en esta versión se obtiene a través de seis ítems, tres de los cuales están redactados en sentido positivo y los otros tres en sentido negativo. Se han incluido también los cuatro ítems de control que aparecen en la versión original de la escala. Estos ítems puntúan según una escala de respuesta tipo Likert con cinco posibilidades: muy en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo, muy de acuerdo. La puntuación total de optimismo disposicional, que oscila entre 0 y 24, se obtiene sumando todas las puntuaciones, una vez recodificadas las frases redactadas en sentido negativo. La puntuación más elevada corresponde a un mayor grado de optimismo.
4. El perfil de salud se midió a través de la escala *Perfil de salud de Nottingham* (NHP, de Hunt, McEwan & McKena, 1986). Esta escala explora varias dimensiones relacionadas con problemas físicos, médicos y sociales. Consta de 38 ítems que se responden con una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (1 = casi nunca, 2 = algunas veces, 3 = la mayor parte del tiempo, 4 = todo el tiempo). Los ítems miden seis dimensiones de la salud: energía, dolor, reacciones emocionales, aislamiento social, sueño y movilidad. Puntuaciones más altas significan que se perciben mayores problemas de salud en las diversas áreas.

## Procedimiento

Los instrumentos fueron administrados en forma individual por miembros del equipo de investigación, en sus hogares o bien en sitios públicos donde

era posible tomar asiento para poder responderlo apropiadamente. A quienes accedieron a participar se les explicó el objetivo del estudio y se les garantizó que sus respuestas serían anónimas y confidenciales. A algunos participantes las preguntas les fueron leídas. El tiempo promedio de aplicación fue de 45 minutos.

## Resultados

### CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Los resultados relativos a los datos sociodemográficos mostraron que 51.5% de los participantes estaba casado, 28.9% era viudo, 7.2% divorciado, 7.2% declaró ser soltero y 5.2% vivía en unión libre. Respecto a la actividad laboral, el 44.9% se dedicaba a labores del hogar, 22.4% tenía un trabajo remunerado, 20.4% era pensionado o jubilado, y 12.2 % respondió estar desempleado. La mayoría de los participantes (64.3%) vive en su casa con algún familiar, generalmente el cónyuge, 24.5% vivía en casa de un familiar y el 11.2% vivía solo. De todos, el 13.3 % respondió tener a su cargo a un familiar con alguna discapacidad, 10.2% aún tenía a su cargo a un hijo y 14.3% tenía a su cargo al menos a un nieto.

Así también, la mayoría tiene un nivel básico de escolaridad; una tercera parte se percibe con un mejor estado de salud que el de sus pares y también una tercera parte se siente con menos años que los que cronológicamente tienen (ver Tabla 1). Así también, una importante mayoría de los adultos mayores responde que nunca participa en agrupaciones de adultos mayores, ni en actividades de voluntariado social, y únicamente una quinta parte responde participar en alguna asociación o club social. En contraste, la mayoría de los participantes asiste con frecuencia a actividades religiosas (ver Tabla 2). Respecto a la actividad física, cerca de la mitad de los adultos mayores del estudio realizan algún tipo de ejercicio físico (ver Tabla 3).

Tabla 1.  
Frecuencias y porcentajes obtenidos para el nivel de estudios, la percepción del estado de salud y la percepción de la edad, para la muestra total.

<b>Nivel de estudios</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin primaria	25	25.5
Primaria	47	48
Secundaria o técnica	15	15.3
Bachillerato	5	5.1
Licenciatura	5	5.1
Posgrado	1	1
<b>Percepción del estado de salud</b>		
Mejor que el de la mayoría de personas de mi edad	31	31.6
Similar al de la mayoría de personas de mi edad	58	59.2
Peor que el de la mayoría de las personas de mi edad	9	9.2
<b>Percepción de la edad</b>		
Con menos años que los que tengo	33	33.7
Con los mismos años que tengo	47	48
Con más años de los que tengo	18	18.4

Tabla 2.  
Frecuencias y porcentajes obtenidos para el nivel de participación en club de adultos mayores, voluntariado social, club o asociación social y actividades religiosas para la muestra total.

<b>Participación en un club de mayores</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Frecuentemente (2/3 veces por semana o diariamente)	9	10
De vez en cuando (una o dos veces al mes o menos)	4	4.4
Nunca	77	85.6
No respondió	8	7.8
<b>Participación en voluntariado social</b>		
Frecuentemente (2/3 veces por semana o diariamente)	3	2.9
De vez en cuando (una o dos veces al mes o menos)	5	4.9
Nunca	82	80.3
No respondió	8	7.8

*Continúa*

Participación en club o asociación social		
Frecuentemente (2/3 veces por semana o diariamente)	19	18.6
De vez en cuando (una o dos veces al mes o menos)	10	9.8
Nunca	62	60.7
No respondió	7	6.8
Participación en actividades religiosas		
Frecuentemente (2/3 veces por semana o diariamente)	40	39
De vez en cuando (una o dos veces al mes o menos)	38	38
Nunca	19	19
No respondió	1	1

Tabla 3.

Frecuencias y porcentajes obtenidos para el tipo de actividad física realizada para la muestra total.

Actividad física realizada	N	%
Realizo actividad física regularmente (al menos 1hr 3 o 4 veces por semana)	25	25.5
Hago alguna actividad física 3 o 4 veces al mes	21	21.4
Realizo solo la actividad doméstica normal	28	38.8
Estoy casi completamente inactivo físicamente	14	14.3

Cuestionario sobre estereotipos negativos del envejecimiento (CENVE)

## Análisis descriptivo

En la Tabla 4 se presentan las medias, desviaciones estándares y consistencias internas obtenidas para el CENVE. Los resultados indican que las medias de los tres factores están por arriba de la media teórica ( $M = 2.5$ ), lo cual significa un fuerte apoyo a los estereotipos negativos. En el factor de *carácter-personalidad* ( $M = 3.39$ ) reciben apoyo creencias relativas a que los adultos mayores se irritan con facilidad y son cascarrabias, son como niños, a menudo chocean, se vuelven más rígidos e inflexibles, así como la creencia de que los defectos se agudizan con la edad. En cuanto al factor de *creencias sobre la salud* ( $M = 3.38$ ) también apoyan bastante la idea de que después de los 65 años se sufre deterioro de la memoria, que después de los 70 años hay deterioro mental que afecta las capacidades normales, que después de los 65 años se produce un fuerte deterioro de la salud e incapacidades que hacen dependientes a las personas y que el deterioro cognitivo es inevitable en la vejez.

Para el factor de *motivación social* ( $M = 3.20$ ) los resultados son en el mismo sentido, un fuerte apoyo a creencias relativas a un menor interés en el sexo a esta edad, tener menos amigos que los más jóvenes, poco interés en las cosas que le rodean, poca capacidad para resolver problemas y la creencia de no hacen ningún trabajo tan bien como los jóvenes. En general, los resultados para los tres factores muestran un notable grado de apoyo a los estereotipos negativos de la vejez.

Tabla 4.

Medias, desviaciones estándares y consistencias internas obtenidas por la muestra para el Cuestionario sobre estereotipos negativos del envejecimiento (CENVE).

Factores	Media	D. E.	Alfa de Cronbach
<i>Estereotipos negativos del envejecimiento</i>			
Salud	3.38	0.75	0.71
Motivación-Social	3.20	0.80	0.71
Carácter-personalidad	3.39	0.83	0.72

## Análisis de diferencias por sexo y edad

Para conocer el efecto del sexo y de la edad en la percepción de los estereotipos negativos hacia el envejecimiento se realizó un análisis de covarianza, teniendo como covariable a la edad; los resultados mostraron diferencias significativas en el factor de *motivación social* [ $F_{(1,95)} = 8.83$ ;  $p = 0.004$ ] en donde las mujeres obtienen la media más alta ( $M = 3.37$ ) que los hombres ( $M = 2.96$ ) reflejando su apego a los estereotipos negativos como menor interés en el sexo, tener menos amigos que los más jóvenes, poco interés en las cosas que le rodean, poca capacidad para resolver problemas, entre otros. Para el factor de *carácter-personalidad* [ $F_{(1,95)} = 6.99$ ;  $p = 0.01$ ] también las mujeres son las que obtienen la media más alta ( $M = 3.58$ ) que los hombres ( $M = 3.11$ ), es decir tienen más estereotipos negativos sobre los cambios de personalidad en la vejez como volverse cascarrias, rígido, inflexible, etc.

En cuanto a la covariable edad, se encontró un efecto significativo en el factor de *motivación social* [ $F_{(1,95)} = 7.97$ ;  $p = 0.006$ ], obteniendo que a mayor edad mayor puntuación en motivación-social ( $r_{(98)} = 0.23$ ;  $p = 0.01$ ) (ver Tabla 5) lo que significa que a mayor edad más apoyan las creencias que afirman que los ancianos tienen menor interés en el sexo, en los amigos, poca capacidad para resolver problemas y poco interés en las cosas que le rodean.

Tabla 5.

Análisis de covarianza obtenido para la muestra en el Cuestionario sobre estereotipos negativos del envejecimiento (CENVE).

Factores	Covariable Edad		Sexo			
	F	Prob.	Hombres Media	Mujeres Media	F	Prob.
Salud	0.57	0.44	3.22	3.50	3.40	0.06
Motivación-Social	7.97	0.006**	2.96	3.37	8.83	0.004**
Carácter-personalidad	0.04	0.82	3.11	3.58	6.99	0.01**

\*  $p \leq .05$  \*\* $p \leq .01$  \*\*\* $p \leq .001$

## Escala de Optimismo disposicional

### ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Los resultados obtenidos en esta escala mostraron una consistencia interna de 0.66 con una media de 22.93 y una desviación estándar 3.83, lo cual significa que la muestra de participantes percibe con bastante optimismo su vida. Asimismo, al analizar las puntuaciones medias obtenidas para los ítems por separado (ver Tabla 6) los resultados muestran que se obtienen puntuaciones superiores a la Media teórica ( $M=2$ ) para cuatro de los seis ítems que describen un ánimo optimista y responden como “indiferente” ante los ítems que describen un ánimo pesimista (“Seguro que si algo puede irme mal, me ocurre”, “Casi nunca espero que las cosas me sean favorables”) lo que refleja que son ideas que no tienen o piensan.

Tabla 6.

Medias y desviaciones estándar para los ítems de la escala de optimismo disposicional, para la muestra total.

Ítems	Media	D. E.
En momentos de incertidumbre suelo esperar que ocurra lo mejor	3.97	.85
Seguro que si algo puede irme mal, me ocurre.	2.16	1.09
Siempre soy optimista acerca de mi futuro.	3.93	1.00
Casi nunca espero que las cosas me sean favorables.	2.30	1.12
No me disgusta fácilmente.	<b>3.48</b>	1.25
En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas.	4.02	1.03

## ANÁLISIS DE DIFERENCIAS POR SEXO Y EDAD

El análisis de covarianza obtenido reveló que no se encontraron diferencias significativas por sexo [ $F_{(1,95)} = 1.15$ ;  $p = 0.28$ ; Hombres  $M = 23.21$ ; Mujeres  $M = 22.73$ ] en cambio sí se encontraron diferencias por edad [ $F_{(1,95)} = 12.64$ ;  $p = 0.001$ ] en donde se obtiene que a mayor edad menor optimismo ( $r_{(98)} = -0.33$ ;  $p = 0.001$ ). Este resultado coincide con lo expuesto por Scheier y Carver (1993) quienes señalan que el optimismo no parece decaer en la vejez, excepto en las personas muy mayores que están experimentando problemas de salud o en algunas áreas funcionales, lo que pudiera estar ocurriendo en las personas mayores de este grupo, sobre todo considerando los estereotipos vigentes hacia su propio proceso de envejecimiento, reportados en líneas anteriores.

## Perfil de salud

### ANÁLISIS DESCRIPTIVO

El análisis descriptivo mostró que las medias obtenidas en todos los factores están por debajo de la media teórica ( $M = 2.5$ ), lo que indica que la muestra estudiada no presenta puntajes altos en estas dimensiones de salud. Sin embargo, los factores con las medias más altas son dolor ( $M = 2.40$ ) y energía ( $M = 2.39$ ) y movilidad ( $M = 2.32$ ) (ver Tabla 7). Estas puntuaciones significan que las personas experimentan dolor con cierta frecuencia en una variedad de situaciones: por las noches, al cambiar de postura, al andar, cuando están de pie, al subir y bajar escalar y cuando están sentados. Igualmente, para la dimensión de energía responden que algunas veces se sienten fatigados, sienten que todo les cuesta esfuerzo, y que se quedan sin fuerza. En cuanto al factor movilidad ( $M = 2.32$ ), también algunas veces sienten que solo pueden andar dentro de su casa, les cuesta trabajo agacharse, subir y bajar escaleras, coger las cosas, vestirse, estar de pie mucho rato y necesitan ayuda para andar fuera de su casa. Estos resultados no resultan sorprendentes si se tiene en cuenta que en su mayoría estas personas no realizan actividad física alguna, con las consecuencias en la movilidad.

Tabla 7.

Medias, desviaciones estándares y consistencias internas obtenidas por la muestra para el Perfil de Salud del Nothingham.

Factores	Media	D. E.	Alfa de Cronbach
Perfil de Salud del Nothingham			
Energía	2.39	1.09	0.78
Dolor	2.40	1.11	0.93
Reacciones emocionales	2.07	0.98	0.92
Aislamiento Social	1.83	0.88	0.84
Sueño	2.15	1.03	0.86
Movilidad	2.32	1.02	0.89

### Análisis de diferencias por sexo y edad

El análisis de covarianza reveló que se encontraron diferencias significativas por sexo en el factor de *dolor* [ $F_{(1,95)} = 4.98$ ;  $p = 0.02$ ] en donde las mujeres ( $M = 2.55$ ) son las que responden que presentan mayores síntomas de dolor que los hombres ( $M = 2.19$ ). En el factor de *reacciones emocionales* [ $F_{(1,95)} = 6.05$ ;  $p = 0.01$ ], también las mujeres ( $M = 2.23$ ) presentan mayores puntuaciones que los hombres ( $M = 1.86$ ) lo cual significa que responden que con cierta frecuencia se deprimen, dicen que han olvidado lo que es pasarla bien, tienen los nervios de punta, sienten que los días se hacen interminables, se enfadan con facilidad, sienten que pierden el control, se desvelan por la noche debido a preocupaciones, creen que no vale la pena vivir y se sienten desanimadas; en tanto que los hombres responden que “casis nunca” les sucede todo esto. Y por último, se obtiene diferencias en el factor de *movilidad* [ $F_{(1,95)} = 4.38$ ;  $p = 0.03$ ] en el que de igual manera son las mujeres ( $M = 2.44$ ) las que presentan mayores puntajes que los hombres ( $M = 2.16$ ) y por tanto experimentan más problemas para caminar, vestirse, estar de pie, agacharse, subir y bajar escaleras, etc.

En contraparte, se encontró un efecto significativo de la variable edad en el perfil de salud, donde para todos los factores se observó que a mayor edad se presentan mayores puntuaciones en energía ( $r_{(98)} = 0.45$ ;  $p = 0.000$ ), dolor ( $r_{(98)} = 0.37$ ;  $p = 0.000$ ), reacciones emocionales ( $r_{(98)} = 0.35$ ;  $p = 0.000$ ), aislamiento social ( $r_{(98)} = 0.43$ ;  $p = 0.000$ ), sueño ( $r_{(98)} = 0.27$ ;  $p = 0.008$ ) y movilidad ( $r_{(98)} = 0.43$ ;  $p = 0.000$ ), datos que muestran que a medida que se va avanzando en la edad las personas tienen mayores problemas físico, médicos y sociales que poco a poco van incapacitando a la persona de manera integral (ver Tabla 8).

Tabla 8.

Análisis de varianza obtenido para la muestra para el Perfil de Salud del Nottingham.

Factores	Covariable		Sexo			
	Edad		Hombres Media	Mujeres Media	F	Prob.
Energía	12.64	0.001***	2.20	2.53	1.15	0.28
Dolor	18.10	0.000***	2.19	2.55	4.98	0.02*
Reacciones emocionales	16.42	0.000***	1.86	2.23	6.05	0.01**
Aislamiento Social	22.55	0.000***	1.81	1.84	0.57	0.45
Sueño	8.84	0.004**	1.96	2.28	3.69	0.058
Movilidad	25.10	0.000***	2.16	2.44	4.38	0.03*

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$ 

### Análisis de asociación

Por último, para conocer la relación entre cada uno de los factores de los diferentes instrumentos utilizados se realizó un análisis de correlación. Los resultados obtenidos al analizar la relación entre los estereotipos negativos hacia el envejecimiento y el optimismo, muestran que en la medida que se tengan mayores creencias negativas hacia la salud ( $r_{(98)} = -0.28$ ;  $p = 0.004$ ), hacia la motivación-social ( $r_{(98)} = -0.27$ ;  $p = 0.006$ ) y hacia el carácter-personalidad ( $r_{(98)} = -0.22$ ;  $p = 0.02$ ) menor presencia de optimismo en su vida.

Asimismo, a medida que se perciben mayores problemas de salud en términos de las dimensiones de energía ( $r_{(98)} = -0.50$ ;  $p = 0.000$ ), dolor ( $r_{(98)} = -0.52$ ;  $p = 0.000$ ), reacciones emocionales ( $r_{(98)} = -0.60$ ;  $p = 0.000$ ), aislamiento social ( $r_{(98)} = -0.53$ ;  $p = 0.000$ ), sueño ( $r_{(98)} = -0.42$ ;  $p = 0.000$ ) y movilidad ( $r_{(98)} = -0.54$ ;  $p = 0.000$ ) también menor presencia de optimismo en sus vidas.

En lo que se refiere a la relación entre los prejuicios negativos hacia al envejecimiento y el perfil de salud, se encontró que en la medida que se tienen prejuicios negativos hacia el envejecimiento, particularmente en la salud y en la motivación-social se presentan mayores problemas psicológicos, físicos y sociales. En lo que se refiere a las creencias negativas sobre el carácter y la personalidad están impactan directamente en las reacciones emocionales, en el aislamiento social y en problemas con el sueño (ver Tabla 9).

Tabla 9.  
Análisis de asociación entre el Cuestionario sobre estereotipos negativos del envejecimiento (CENVE) y el Perfil de Salud del Nottingham.

Factores	Energía	Dolor	Reacciones emocionales	Aislamiento Social	Sueño	Movilidad
Salud	0.24*	0.26**	0.38**	0.35**	0.39**	0.26*
Motivación-Social	0.39**	0.33**	0.42**	0.44**	0.40**	0.37**
Carácter-personalidad			0.29**	0.26**	0.33**	

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$

## Comentarios finales

México presenta un proceso acelerado de transición demográfica, transformándose en un país con más viejos que niños. Entre los años 2000 y 2050 la proporción de adultos mayores pasará del 7% al 28 % en una población de 130 millones en 2050, con el consecuente impacto en los diversos servicios que este grupo etario requiere (Kofi, 2002). Datos de CONAPO (2007) indican que en Yucatán actualmente 9.3% de los habitantes son mayores de 60 años y de estos aproximadamente el 24 % de este grupo de edad son analfabetas, siendo más mujeres que hombres quienes no saben leer ni escribir. En el caso de la muestra con la que se realizó este trabajo, la distribución de escolaridad obtenida representa estrechamente la proporción de escolaridad reportada para los ancianos de Yucatán.

Los datos sociodemográficos de los participantes también retratan a una persona mayor que percibe su estado de salud “igual que el de la mayoría” y se percibe a sí mismo como fiel reflejo de su edad cronológica y de los cambios que cree y espera que ocurra en ella. Más de la mitad de participantes nunca asiste a asociaciones o clubes sociales ni realiza actividades de voluntariado lo cual sugiere escasos contactos sociales; sin embargo la religión parece jugar un papel importante ya que la mayoría (dos terceras partes) asiste con regularidad a actividades religiosas. Apenas una cuarta parte realiza una actividad física en forma regular en tanto que el resto de participantes prácticamente tiene una vida sedentaria, lo cual resulta preocupante dado el impacto que esto tiene en la salud y calidad de vida de las personas.

Respecto a los estereotipos, indudablemente que el estereotipo hacia la vejez es parte y reflejo de la sociocultura predominante; desafortunadamente los resultados evidencian la presencia del *ancianismo* o estereotipos negativos sobre el envejecimiento. Si se considera que los cambios biológicos solamente toman sentido en función de una sociocultura determinada, los cambios típicos del proceso de envejecer (envejecimiento normal) denotan una carga negativa, decadente e involutiva, y desde únicamente una perspectiva biologicista se pone énfasis en el deterioro y las pérdidas. De esta manera está presente el “ancianismo” con los efectos perniciosos que conlleva en las autopercepciones, ya que como Butler (1987) afirma, estas creencias negativas influyen en las conductas de sus víctimas ya que los viejos tienden a adoptar definiciones negativas sobre la vejez y a perpetuar así una variedad de estereotipos que se dirigen contra ellos mismos, reforzando las creencias sociales.

La presencia de estereotipos negativos también se evidencian en los resultados del Perfil de Salud ya que los participantes en general, y particularmente las mujeres más que los hombres, se autoperciben sobretodo con mucho dolor, poco nivel de energía y poca capacidad de movilidad, limitaciones que también en gran medida son consecuencia de su estilo de vida sedentario. Además, a medida que se tienen más años la percepción de una peor salud en las dimensiones estudiadas, aumenta.

Los resultados sugieren que los estereotipos negativos sobre la vejez o *ancianismo*, funcionan como “profecías de auto cumplimiento” ya que lo que las personas creen que pueden hacer se relaciona en forma importante con el significado personal que dan a los cambios que experimentan con la edad. Por ejemplo, el grado en que los sujetos perciben tales cambios como controlables o por el contrario, los consideran como normativos e inevitables, les pueden llevar a adoptar actitudes muy distintas ante los mismos. De acuerdo con Ander-Egg (2009) la exclusión (y auto-exclusión) de los ancianos de muchas actividades de la sociedad es producto de estas creencias y mitos sobre el envejecimiento (Warner & Willis, 2003). El *ancianismo* puede afectar no solo la forma en que las personas ancianos son percibidas sino también la forma en que ellos mismo se perciben a sí mismos (Sánchez, 2004).

Por último, los resultados sobre el optimismo resultan prometedores, ya que los participantes, hombres y mujeres, reflejan un buen nivel en cuanto al “optimismo disposicional”; sin embargo a medida que se avanza en edad la disposición al optimismo disminuye. Esta disposición al optimismo se relaciona con un

estado mental positivo y se ha asociado con un mejor estado de salud y con un afrontamiento exitoso ante la depresión (Scheier & Carver, 1993). Los estudios muestran que el optimismo no parece decaer en la vejez, excepto en las personas muy mayores que están experimentando problemas de salud o en algunas áreas funcionales, lo cual se obtiene en estos resultados. Por último, la literatura menciona que las diferencias que existen en los sujetos mayores en esta dimensión pueden aportar una mayor comprensión ante las actitudes y expectativas que se mantienen hacia la vejez en esta época de la vida (Scheier & Carver, 1987; 1993).

El desarrollo de la investigación permitió obtener evidencia empírica en una muestra de adultos mayores de la ciudad de Mérida, sobre la presencia de estereotipos negativos sobre el envejecimiento, la percepción de salud y la presencia de optimismo en este grupo, así como las relaciones entre estas variables. Por supuesto, el hecho de que una muestra no probabilística de la población de la ciudad de Mérida (como ésta) evidencie las características encontradas no permite hacer afirmaciones que abarquen a toda la población yucateca, pero sí constituye una señal de aviso o advertencia para mostrar qué cambios deben promoverse en la construcción psicosocial de una vejez exitosa y positiva y qué aspectos deben potenciarse para lograr un envejecimiento satisfactorio en los adultos mayores.

Por último, y no menos importante, dado que actualmente los adultos mayores suman el 10.1% de la población, e incluso se estima que en un período de 40 años el número de ancianos sobrepasará al de jóvenes (INEGI, 2010), uno de los retos más importantes para el país es el establecimiento de políticas públicas efectivas para la atención al adulto mayor. El primer paso para el establecimiento de esas políticas es el reconocimiento de la trascendencia de un problema específico, para lo cual las investigaciones que permiten conocer, dar respuesta y hacer frente a las necesidades de los adultos mayores constituyen recursos indispensables (Montero & Rivera, 2006). Asimismo, el envejecimiento de la población exige la intervención social y cultural en múltiples áreas: salud, educación, legislación, laboral, de tiempo libre y espiritual, entre otras, con el fin de incrementar la calidad de vida del adulto mayor al lograr que perciba que aún puede participar en actividades que mejoran su desarrollo personal, salud, comunicación y, en general, sus relaciones sociales con las personas con las que conviven (Arita, 2005; Arita, Romano, García & Félix, 2005; Velarde & Ávila, 2002). Desde la Psicología, a través del trabajo conjunto con otras disciplinas, el desafío es contribuir a la promoción del máximo grado de independencia, funcionalidad y autonomía personal para el logro del envejecimiento satisfactorio.

## Bibliografía

- Adamson, J., Hunt, K., & Ebrahim, S. (2003). "Socioeconomic position, occupational exposures and gender. The relationship with locomotor disability in early old age". *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 36, 163-169.
- Ander-Egg, E. (2009). *Cómo envejecer sin ser viejo*. 1ª Ed. Argentina: Editorial Brujas.
- Arita, B. (2005). "Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar". *Psicología y Salud*, 15, 121-126.
- Arita, B., Romano, S., García, N. & Félix, M. (2005). "Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida". *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10, 93-102.
- Baltes P. B. (1990). "Life-span developmental-psychology-basic theoretical principles". *Psychologische Rundschau* 41 (1): 1-24.
- Baltes, M. M. (1998). "The psychology of the oldest-old: The Fourth Age". *Current Opinion in Psychiatry*, 11, 411-415.
- Baltes P. B. (2000). "Life-span developmental theory". In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of Psychology*. Washington, D. C. & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.
- Baltes, P.B. (2003) "Extending Longevity: Dignity Gain or Dignity Drain?" *Max Planck Research*, 3, 15-19.
- Baltes, P. B & Baltes M. M. (1990). "Selective optimization with compensation-a psychological model of successful aging." *Zeitschrift für Pädagogik* 35 (1), 85-105.
- Baltes, P. B. & Baltes M. M. (1993). "Psychological perspective on successful aging: The model of selective optimization and compensation". En P. Baltes & M. Baltes (Eds), *Successful aging. Perspective from the behavioral Sciences*. Canada: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). "New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age". *Gerontology*, 49, 123-135.
- Baltes, P. B, Lindenberger U. (1997). "Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: A new window to the study of cognitive aging?" *Psychology and Aging* 12 (1), 12-21.
- Bernabei, et al. (1998). "Management of pain in elderly patients with cancer". *Journal American Medicine Association*, 279, 1877-1882.
- Blanco, M. M. (2010). "Predictores psicosociales del envejecimiento activo: evidencias en una muestra de personas adultas mayores". *Anales en Gerontología*, 6, 11-29. ISSN: 1659-0813
- Bowling, A. & Dieppe, P. (2005). *¿What is successful aging and who should define it?* *BJM*, 331, 1548-1551.
- Beauvoir, S. (1980). *La plenitud de la vida*. Barcelona: Edhasa.

- Bultena, G. & Powers, E. A. (1979) "Denial of aging: Age identification and reference group orientations". *Journal of Gerontology*, 33(5), 748-754.
- Butler, R. N. (1969). "Ageism: Another form of bigotry". *The Gerontologist*, 9, 243-246.
- Buttler, R. N. (1987). "Ageism". En G. Maddox (Ed). *The encyclopedia of aging*. (pp. 22-23) New York: Springer Publishing Co.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., & Clark, K. C. (1994). "Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer". *Cancer*, 73,1213-1320.
- CONAPO (2004). Consejo Nacional de Poblacion.11 de julio Día Mundial de la población. Disponible en: [http:// www.CONAPO.gob.mx/prensa/carpeta2004.pdf](http://www.CONAPO.gob.mx/prensa/carpeta2004.pdf)
- CONAPO (2010). Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad. Datos Yucatán. INEGI. Disponible en [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
- Craig, G. (2006). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.
- Cumming, E., & Henry, W.E. (1961). *Growing older: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Charness, N. & Bosman, E. A. (1992). "Human factors and aging". In F. I. M. Craik & T. A. Salthouse (Eds.), *The handbook of aging and cognition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Devine, P. G. (1989). "Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components". *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 5-18.
- Diener, E. & Suh, E. (1998). "Age and subjective well-being: An international analysis". *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Fundación Caja de Madrid: SG Editores.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001) *Psicología de la vejez*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández, E. & Bermúdez, J. (1999). "Estructura factorial del optimismo y pesimismo". *Boletín de Psicología*, 63, 7-26.
- García, J. C. (2003). *La vejez. El grito de los olvidados*. México: Plaza y Valdez.
- García Rodríguez B. (2007). "Bienestar subjetivo y felicidad en la vejez". En: S. Ballesteros (Ed.) *Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Madrid: Universitas, pp. 273-308.
- Garofalo, J.P. (2000). "Perceived optimism and chronic pain". En R.J. Gatchel y J.N. Weisberg (Eds.), *Personality Characteristics of Patients with Pain*. Washington: APA
- Gaviria, M. & Gaviria, N. (2008). "Vejez, creatividad y cerebro". *Revista Avances*, 9 (1), 37-55.

- Greene, M.G., Hoffman, S., Charom, R. & Adelman, R. D. (1987). "Psychosocial concerns in the medical encounter: A comparison of interactions of doctors with their old and young patients". *Gerontologist*, 27, 164-168.
- Haber, D. & Rhodes, D. (2004). "Health contract with sedentary older adults". *Gerontologist*, 44, 827-835.
- Hausdorff, J. M., Levy, B. R. & Wei, J. Y. (1999). "The power of ageism on physical function of older persons: Reversibility of age-related gait changes". *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(11), 1346-1359.
- Havighurst R. J (2003). *Developmental tasks and education*. New York: McKay, 1948/1972.
- Heckhausen, J., Dixon, R. A. & Baltes, P. B.(1989)." Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups". *Developmental Psychology*, 25, 109-121.
- Hernández, P. M., Maldonado, H. I., Meza, C. A., Ortega, M. M. & Ramos, E. J. (2009). "Aportes para una conceptualización de la vejez". *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56.
- Hilton, J. & von Hippel, W. (1996). "Stereotypes". *Annuary Review Psychology*, 47, 237-271.
- Holstein, M. B. & Minkler, M. (2003). "Self, society and the 'new gerontology'". *Gerontologist*, 43, 787-796.
- Hunt, S., McEwen, J. & McKenna, S. P. (1986). "Perceived health: Age and sex comparisons in a community". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 38(2), 156-160.
- Izquierdo A. (2005). "Psicología del Desarrollo de la Edad Adulta. Teorías y Contextos". *Revista Complutense de Educación*, 16 (2), 601-19.
- Jost, J. & Banaji, M. (1994). "The role of stereotyping in system-justification and the production o false consciousness". *British Journal of Social Psychology*, 33, 1-37.
- Kofi A. (2002). Una sociedad para todas las edades. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: Madrid. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/dpi2230spa.htm>.
- Lennings, C. J. (2000). "Optimism, satisfaction and time perspective in the elderly". *International Journal of Aging and Human Development*, 50, 67-181.
- LeVine, R. A. & Campbell, D. T. (1972). *Ethnocentrism: Theories of conflicts, ethnic attitudes, and group behavior*. New York: Wiley.
- Levy, B. R., Slade, M. D. & Kasl, S. V. (2002). "Longitudinal Benefit of Positive Self-Perceptions of Aging on Functional Health". *Journal of Gerontology*, 57B(5), 409-417.
- Londoño, C. (2009). "Optimismo y salud positiva como prpredictores de la adaptación a la vida universitaria". *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 95-107.
- Mazadiego, I. T., Calderon, R. J., Solares, M. C., Zárata, M. M., Torres, V. L. y Coto, S. A. (2011). "Incremento de la autoestima en los adultos mayores de un hogar de jubilados". *Enseñanza E Investigación en Psicología* 16,1, 175-182

- Montero L.L., M.E. & Rivera L., A. (2006). “Confiar en sí mismo, lo divino y lo otro. Un estudio comparativo en adultos mayores”. *Revista Mexicana de Psicología*, Número especial, 103.
- Montorio, I. e Izal, M. (1991). *Cuestionario sobre estereotipos hacia la vejez*. Edición experimental. Trabajo no publicado. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Mroczek, D. & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1349.
- Neugarten, B., Havighurst, R., & Tobin, S. (1964). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Nicol, E. (2001). *Crítica de la Razón Simbólica*. México: FCE.
- Noro, A. & Aro, S. (1996). “Health-related quality of life among the least dependent institutional elderly compared with the non-institutional elderly population”. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, care and Rehabilitation*, 5(3), 355-366.
- OMS (1990). *Health and Aging*. Ginebra: Organización Nacional de la Salud.
- OMS (2002). “Envejecimiento activo: un marco político”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(82), 74-105.
- Palmore, E. B. (1988). *The facts on aging Quiz*. New York: Springer.
- Palmore, E. B. (1990). *Ageism. Positive and negative*. New York: Springer.
- Palmore, E. B. (2001). “The ageism Survey: First finding”. *Gerontologist*, 41(5), 572-575.
- Phelan, E. A., Anderson, L. A., Lacrix, A. Z., & Larson, E. B. (2004). “Older adults views of ‘successful aging’. How do they compare with researcher’s definitions?” *Journal of the American Geriatric Association*, 52, 211-216.
- Salari, S. & Rich, M. (2001). “Social and environmental infantilization of aged persons: observations in two adult day care center”. *International Journal of Aging and Human Development*, 52 (2), 115-134.
- Sánchez, P. C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*. Tesis Doctoral. España: Universidad de Málaga.
- Sarabia, C. C. (2009). “Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento”. *Gerokomos*, 20,4, 172-174.
- Santrock, J. W. (2006). *Psicología del Desarrollo. El ciclo vital*. México: McGraw Hill.
- Schaie K. W. (1996). *Intellectual development in adulthood: The Seattle longitudinal study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Scheier, M. & Carver, C. (1987). “A model of behavioral self-regulation: translating intention into action”. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social Psychology* (Vol. 21, pp. 303- 346). San Diego: Academic Press.

- Scheier, M. & Carver, C. (1993). "On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic". *Current Directions in Psychology Science*, 2, 1, 26-30.
- Scheier, M., Carver, C. & Bridges, M. (1994). "Distinguishing Optimism from Neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem). A Reevaluation of the Life Orientation Test". *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Shih, M., Ambady, N., Richeson, J., Fujita, K. & Gray, H. (2002). "Stereotype Performance Boost: The impact of self-relevance and the manner of stereotype activation". *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(3), 638-647.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Taylor, S.E. (1983). "Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation". *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Taylor, S. E. & Brown, J. D. (1988). "Illusion and well-being: A social Psychological perspective on mental health". *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Thomas, W. C. (1981). "The expectation gap and the stereotype of the stereotype. Images of old people". *The Gerontologist*, 21, 402-407.
- Thornton, J. E. (2002). "Myths of Aging or Ageist Stereotypes". *Educational Gerontology*, 28(4), 301-312.
- Vaillant, G. & Mukamal, K. (2001). "Successful aging". *American Journal of Psychiatry*, 158, 839-847.
- Velarde J., E. & Ávila F., C. (2002). "Evaluación de la calidad de vida". *Salud Pública de México*, 44, 349-361.
- Warner, K. & Willis, S. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. 5ª Ed. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Warr, P., Butcher, V., & Roberts, I. (2004). "Activity and psychological well-being in old people". *Aging and mental health*, 8, 172-183
- Whitfield, K., Fillenbaum, Albert, Berkman, Rowe & Seeman. (2000). "The effect of race and health-related factors on naming and memory: The MacArthur studies of successful aging". *Journal of Aging and Health*. 12(1), 69-89.
- Zamarrón M., D. (2007). "Envejecimiento activo". *Infocop*, 34, 7-9.
- Zandi, T., Mirle, J. & Jarvis, P. (1990). "Children's attitudes toward elderly individuals: A comparison of two ethnic groups". *International Journal of Aging and Human Development*, 30(3), 161-174.

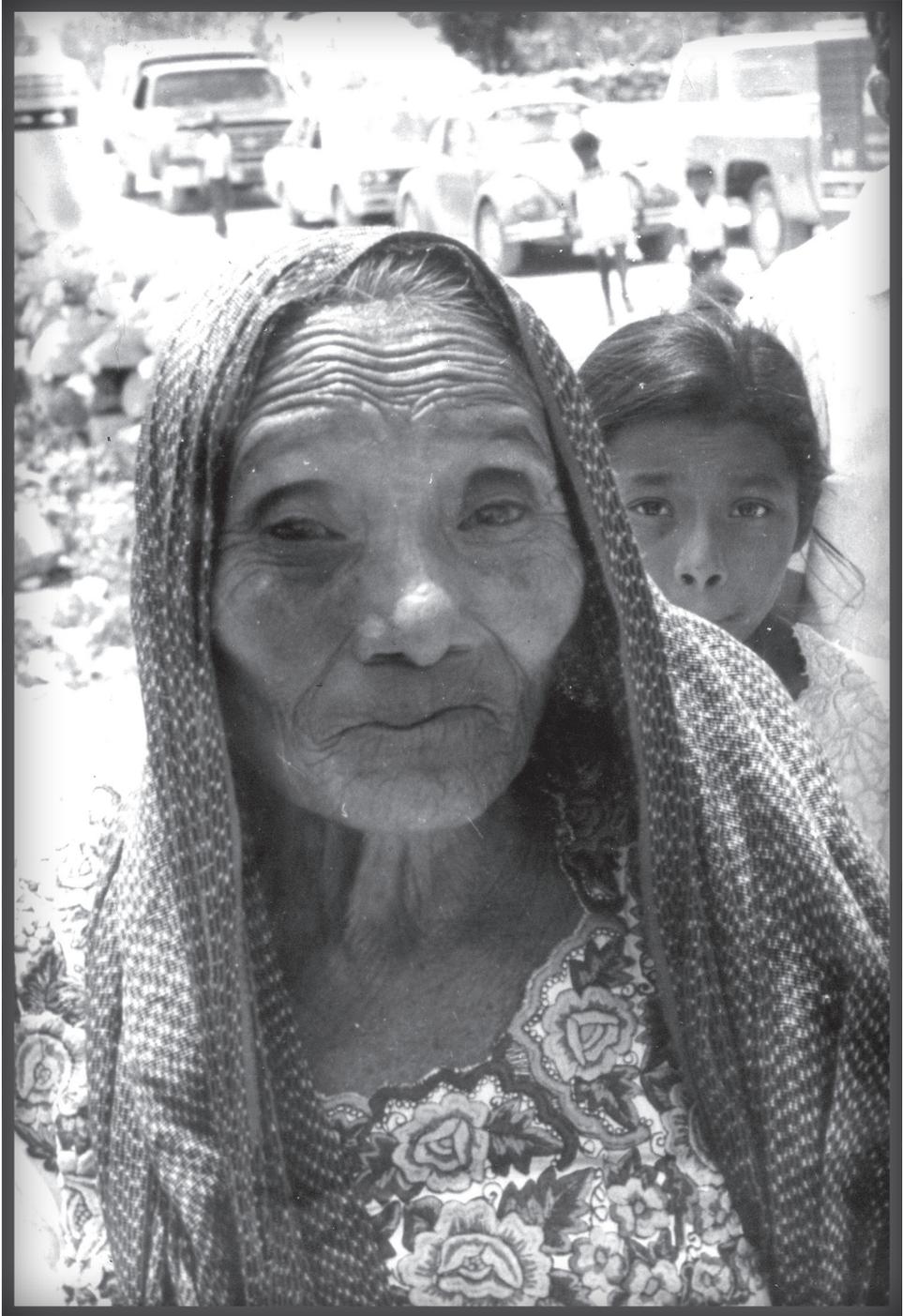


Foto: Archivo Ramírez Aznar

# **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ASPECTOS SOCIALES PRESENTES EN ADULTOS MAYORES DE ASILOS Y ESTANCIAS DE MÉRIDA, YUCATÁN**

Selmy Alejandra Velázquez Aldana  
Natalia de Jesús Cimé Canul  
Zulme Yasmín Ek Poot  
Jennifer del Socorro Rodríguez Llanes  
Adriana Guillermo Jornez  
Ligia Maria Rosado Alcocer  
Lizbeth Paulina Padrón Aké

## **Introducción**

La depresión, es un desorden mental caracterizado por la pérdida de interés e incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria; incluye desmotivación, alteraciones emocionales como el humor negativo y sentimientos de culpabilidad; así como cambios cognitivos manifestados por ideas suicidas, menor capacidad de concentración, trastornos del sueño; cambios físicos como la pérdida de peso y modificaciones conductuales como la pérdida de la confianza y autoestima. Es considerada como la enfermedad mental más frecuente y es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial (Jervis, 2004).

En México, de acuerdo al Instituto Nacional de Geriátría existe brechas de información acerca de la depresión entre los adultos mayores (Douglas, s.d), sin embargo otros autores señalan que la prevalencia varía de acuerdo al instrumento diagnóstico utilizado o el grupo poblacional; cuando se aplican los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), la prevalencia es del 1 al 3%, pero cuando son utilizados los instrumen-

tos de tamizaje especialmente desarrollados para los ancianos, es superior, por lo que se calcula que la prevalencia de síntomas depresivos se encuentra entre el 10 y 27% de los adultos mayores en la comunidad (Aguilar y Ávila, 2007). Otros autores señalan que es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y que la prevalencia es de 15 a 20% en la población ambulatoria, pero se incrementa de 25 a 40% en la hospitalizada (Martínez M, Martínez O, Esquivel y Velasco, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (Oms, 2000), asume la iniciativa de realizar estudios que pretenden evaluar la situación de la patología mental en países con diferente nivel de desarrollo, así como determinar las necesidades de atención a la salud y orientar la política en esta materia. En México, se realizan con el apoyo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente mediante la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. En la última encuesta realizada en el 2003, el 28.6% de la población mexicana presentó algunos de los 23 trastornos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8 reportó trastornos mentales durante los últimos 30 días. De acuerdo al tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (14.3% alguna vez), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Entre los trastornos afectivos se encontraron los episodios depresivos mayores y menores, manía (bipolar I), hipomanía (bipolar II), distimia y cualquier otro trastorno afectivo.

Un estudio realizado por Benjet y cols. (2004), cuyo objetivo fue conocer en la población mexicana, la prevalencia de la depresión con inicio temprano, y comparar el curso natural, la comorbilidad y la latencia para buscar tratamiento entre los deprimidos con inicio temprano y aquellos con inicio en la edad adulta; reportó que el 2% de la población, que representa dos millones de personas, ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad.

Por otro lado, Berenzon y cols. (2013) mencionan en los resultados de su estudio que en las personas de más de 65 años, la prevalencia de depresión se encuentra arriba de 20% y es más frecuente entre los desempleados, los viudos y los solteros y que en esta población, los problemas mentales son una de las cinco principales causas de discapacidad.

Este problema de salud mental no es normal en el proceso de envejecimiento y la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de dolores físicos; sin embargo, cuando la depresión se

presenta en este grupo de edad, puede pasarse por alto porque en la vejez se muestran síntomas menos evidentes y están menos propensos a sufrir o reconocer, sentimientos de pena o tristeza (Gallo y Rabins, 1999).

Los adultos mayores suelen padecer condiciones médicas, tales como enfermedades cardíacas, derrames cerebrales o algún tipo de cáncer, que pueden provocar síntomas de depresión, asimismo, es posible que ingieran medicamentos cuyos efectos secundarios contribuyen a la depresión; más del 15% de adultos mayores que presenta un problema crónico de salud padecen de depresión. Es común que los adultos mayores ingieran varios medicamentos recetados por distintos médicos o, lo que es peor, autorecetados. Algunos medicamentos o combinaciones de ellos ocasionan alteraciones físicas o mentales, al igual que alteraciones en el estado de ánimo (Gallo y Coyne, 2000).

Según Faison y Stephens (2001), la depresión en el adulto mayor es de origen multifactorial donde se encuentran presentes diversos factores como: 1) genéticos, 2) somáticos, 3) psíquicos, 4) biológicos y 5) sociales (Riquelme, 1997). Para la presente investigación únicamente se abordaron los aspectos sociales, que se encuentran presentes en los adultos mayores, puesto que el proceso de envejecimiento lleva consigo una serie de cambios relacionados en la esfera familiar como lo es: el abandono del hogar por parte de los hijos, pérdidas de personas significativas, etcétera. Asimismo, las personas que se encuentran en periodo de jubilación padecen una serie de pérdidas, entre las que se encuentran: disminución de contactos sociales y merma del poder adquisitivo, lo que demanda un extraordinario esfuerzo de adaptación.

En el estado de Yucatán, los adultos mayores no se encuentran exentos de esta situación mental, por lo que es importante realizar un estudio de prevalencia de depresión en adultos que asisten en asilos y estancias. De acuerdo a Rodríguez (2000), los asilos son instituciones de asistencia donde son alojadas algunas personas de edad avanzada, cuya finalidad es el agrupamiento, la reclusión y una supervisión médica elemental. Los senectos podrían convertirse en piedra angular del cuidado a corto y largo plazo, por lo que no sólo requerirán como opción una estancia temporal, sino que también requerirán del apoyo de la familia y la sociedad.

Las estancias son centros de atención cuya misión es asistir y orientar, individual y grupalmente a los adultos mayores en los aspectos médico, psicológico, ocupacional y social. Son centros en los que se ofrece una asistencia diurna integral a aquellas personas que por sus características personales, familiares,

económicas, sociales y/o sanitarias requieren de un espacio de convivencia y participación que propicie el autocuidado, el crecimiento individual y grupal, la cooperación y la solidaridad social (Perreira, 2005).

En este contexto, la investigación que presentamos se dirige a obtener resultados que aporten elementos relevantes en el estudio de la depresión vinculados a algunos aspectos sociales y familiares. Con los resultados se espera que los responsables de los asilos y estancias diseñen estrategias que incluyan en el plan de atención que proporcionan, mayor recreación social como parte del modo de vida de este grupo social en situación de vulnerabilidad. Con este tipo de acciones será posible contribuir a la disminución de sentimientos de soledad, tristeza y angustia que poseen los adultos mayores que viven en este tipo de albergues. También pretendemos colaborar con la filosofía de una vejez saludable. El objetivo de nuestro estudio es determinar la prevalencia y aspectos sociales presentes en la depresión en los adultos mayores pertenecientes a asilos y estancias en Mérida, Yucatán, México.

## Material y Métodos

De acuerdo con Hernández (2009), este trabajo es un estudio de diseño epidemiológico, descriptivo, transversal donde se obtuvo la prevalencia de la depresión y se describieron los aspectos sociales de los adultos mayores que se encuentran en asilos y estancias de Mérida, Yucatán en el periodo comprendido de julio a octubre de 2012. Para conformar la población de estudio, se seleccionaron por conveniencia dos asilos y dos estancias para obtener una población total de 38 adultos mayores (14 pertenecientes a los asilos y 24 a las estancias). Se establecieron como criterios de inclusión: contar con 60 años o más, de uno u otro género y firmar el consentimiento informado para la participación en el estudio; se excluyeron a aquellas personas que presentaron alguna discapacidad mental, visual y auditiva, y se eliminaron las entrevistas incompletas.

Para identificar la depresión subclínica de los participantes, se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) el cual consta de 21 reactivos; cada ítem cuenta con cuatro alternativas de respuesta que se encuentran a una escala que se ubica entre cero a tres puntos, por tanto la puntuación total se encuentra entre 0 y 63 puntos. Al responder el inventario, se obtiene una calificación en cada reactivo según el estado de ánimo actual, al término del cuestionario se realiza la sumatoria del total de puntos obtenidos y se clasifican de la siguiente manera: a) de 1–10, altibajos considerados normales; b) 11 – 16, leve perturba-

ción del estado de ánimo; c) 17–20, estado de depresión intermitente; d) 21–30, depresión moderada; e) 31–40, depresión grave y f) mayor a 40, depresión extrema. Es importante resaltar, que una puntuación de 17 o más puntos, es un indicativo de que se requiere ayuda profesional. Este inventario cuenta con una consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83), y un índice de validez convergente respecto a la Escala Autoaplicada de la depresión de Zung con correlaciones que oscilan entre 0,68 y 0,89 para dos subgrupos diferentes de la muestra total (Sanz y Vázquez, 1998).

Para identificar los aspectos sociales presentes en el adulto mayor se elaboró una entrevista estructurada que consta con dos apartados: I) Datos sociodemográficos (edad, género, escolaridad, estado civil, fuente de ingreso, número de hijos) y II) Aspectos sociales: red familiar (participación en convivencias familiares, decisiones, etcétera) y red social (integrante de un club o grupo social, integrante de un grupo religioso, visita a amigos y familiares).

Una vez seleccionados los asilos y estancias, se solicitó a través de un oficio, dirigida a los responsables, su colaboración para realizar entrevistas a los adultos mayores registrados y que cumplían con los criterios de inclusión. Antes de las entrevistas se solicitó el consentimiento informado a cada participante y a la persona responsable del mismo, el cual se elaboró de acuerdo a la normativa establecida por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación. Una vez concluido el análisis de los resultados se presentaron a las autoridades responsables de los asilos y estancias, los resultados, así como una serie de sugerencias a fin de ser consideradas en el programa de atención a la salud que ofrecen.

Para este estudio se denominó asilo a los refugios de largo plazo, porque ingresan al adulto mayor por semanas y tienen días de visitas específicas, las cuales pueden realizarse de acuerdo con dos modalidades: a) los familiares asisten al asilo a visitar a su familiar ó b) llevar al adulto mayor por días a la casa del familiar tutor del adulto. Se conceptualizó estancia como el lugar donde los adultos mayores asisten sólo por las mañanas mientras que los hijos, familiares o cuidadores acuden a sus centros de trabajo o realizan algunos pendientes, por lo tanto, solo los dejan por algunas horas.

Para realizar el análisis estadístico, la información se capturó en la base de datos del paquete estadístico SPSS, versión 19.0, se obtuvieron estadísticas descriptivas para los datos sociodemográficos y los aspectos sociales presentes; asimismo se calculó la prevalencia de depresión.

## Resultados

De los 38 adultos mayores que participaron, la edad media fue de 75 años  $\pm$  8, la mínima de 60 y la máxima de 93; 18% (7) corresponde a una edad de 60 a 65 años, 21% (8) de 66 a 71, 26% (10) de 72 a 77, 24% (9) de 78 a 83, 5% (2) de 84 a 89 y otro 5% (2) de 90 a 95 años. Respecto al género, 29% (11) son masculinos y 71% (27) femeninos; el nivel de escolaridad se analizó de acuerdo al lugar en el que se encuentren (asilo o estancia); se observó en las estancias que el mayor porcentaje de personas cuentan con universidad incompleta y son profesionistas universitarios 32% (12) contra el 10% (4) de los que se encuentran en asilos; 14% (5) cuentan con secundaria completa en contraste con el 2% (1) de los asilos; 19% (7) de los que se hallan en estancias poseen entre primaria incompleta y completa contra 15% (6) de los que se localizan en asilos. Únicamente en las estancias se localizaron a aquellos que no cursaron algún grado escolar 8% (3). (Tabla 1).

Tabla 1.  
Nivel de escolaridad de acuerdo al lugar de residencia

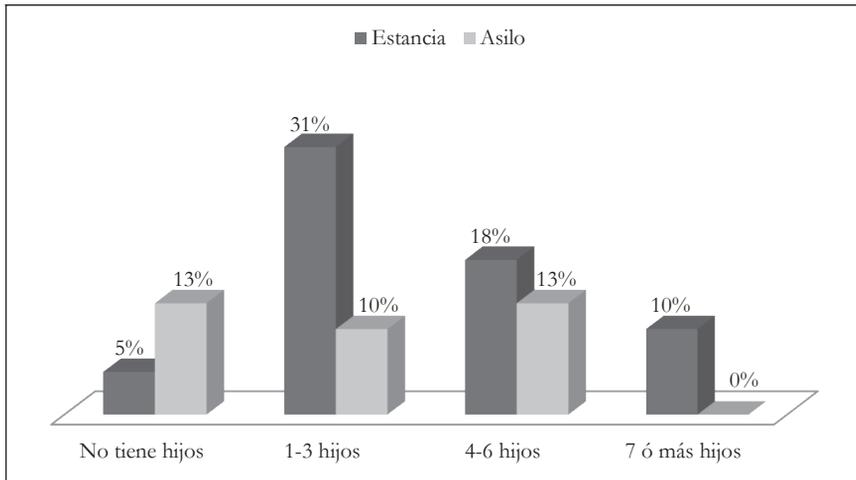
Lugar	Nivel de Escolaridad					
	Sin estudios F (%)	Primaria incompleta F (%)	Primaria Completa F (%)	Secundaria completa F (%)	Universidad incompleta F (%)	Universitario F (%)
Estancia	0 (0%)	2 (5%)	5 (14%)	5 (14%)	8 (22%)	4 (10%)
Asilo	3 (8%)	2 (5%)	4 (10%)	1 (2%)	2 (5%)	2 (5%)
Total	3 (8%)	4 (10%)	9 (24%)	6 (16%)	10 (27%)	6

Fuente: Prevalencia de depresión y aspectos sociales presentes en adultos mayores de estancias y asilos en Mérida Yucatán.

Respecto al estado civil, se observó que 10% (4) del asilo son solteros, contrastando con 5% (2) de la estancia; 18% (7) de los que se encuentran en estancias son casados, 38% (14) son viudos y 3% (1) se encuentran en unión libre. En los asilos 18% (7) son viudos. Sobre la fuente de ingreso de los participantes 29% (11) de pensionados se encuentran en estancias y 37% (14) en los asilos; en cuanto a los jubilados 34% (13) se ubican en las estancias y ninguno en el asilo. Se observó además que 59% (22) de los adultos mayores que tienen hijos, se encuentra en estancias en contraste con el 23% (9) de los asilados, en tanto que 13% (5) que se encuentran en el asilo no poseen descendencia comparados

con 5% (2) de los ubicados en estancias; existe un pico máximo con 31% (11) entre los que tienen de uno a tres hijos (Gráfica 1).

Gráfica 1.  
Distribución porcentual de número de hijos de acuerdo al lugar de residencia

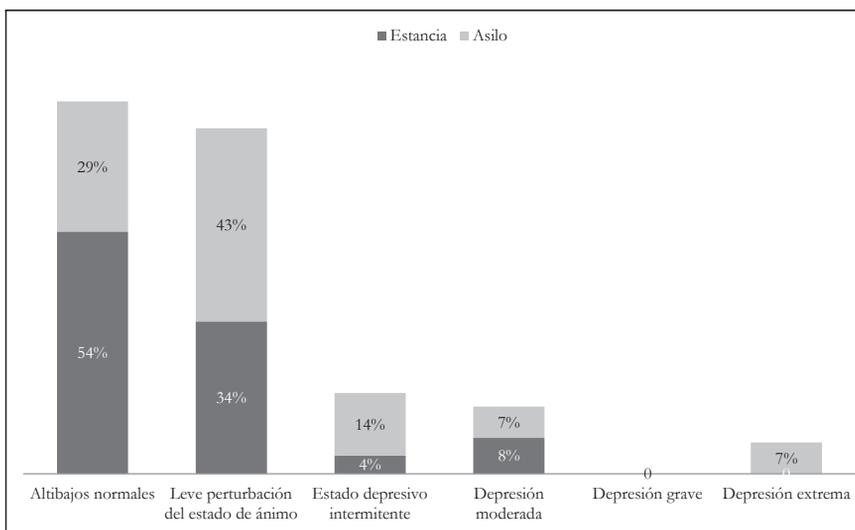


Fuente: Prevalencia de depresión y aspectos sociales presentes en adultos mayores de estancias y asilos en Mérida Yucatán.

La prevalencia de depresión general en los asilos y estancias fue de 52%; existe una mayor prevalencia en los asilos con 71%, respecto a las estancias con 42%. De acuerdo a los niveles de depresión que prevalecen, se observa en el gráfico 2 que 29% (4) de los asilados y 54% (13) de los que se encuentran en estancias presenta altibajos del estado de ánimo, los cuales son considerados como normales; en el mismo orden, 43% (6) y 34% (8) presentan una leve perturbación del estado de ánimo; 14% (2) y 4% (1) un estado de depresión intermitente; 7% (1) y 8% (2) un nivel de depresión moderada.

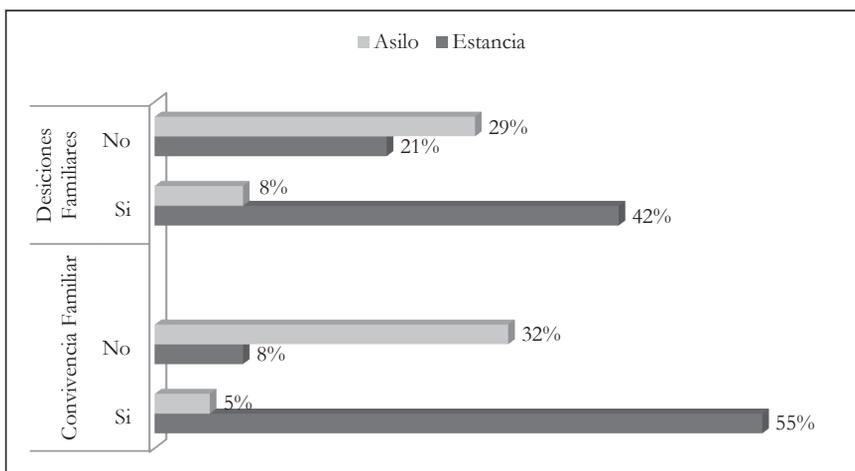
Es importante considerar que se observó que en el asilo se encuentra 7% (1) en depresión extrema y que conforme se incrementan los niveles de depresión estos también se acentúan en los adultos mayores que se encuentran en el asilo, y en el caso de los que se encuentran en estancias el nivel de depresión moderada es mayor por un punto porcentual en las estancias. Cuando se consideró el género se encontró que en las mujeres existe una proporción del 45% (17) que presentan algún nivel de depresión, comparado con los hombres que fue de 27% (3), situación que podría atribuirse a los cambios hormonales propios del género (Gráfica 2).

Gráfica 2.  
Distribución porcentual de niveles de depresión en asilos y estancias



Fuente: Prevalencia de depresión y aspectos sociales presentes en adultos mayores de estancias y asilos en Mérida Yucatán.

Gráfica 3.  
Distribución porcentual de participación en la red familiar en asilos y estancias

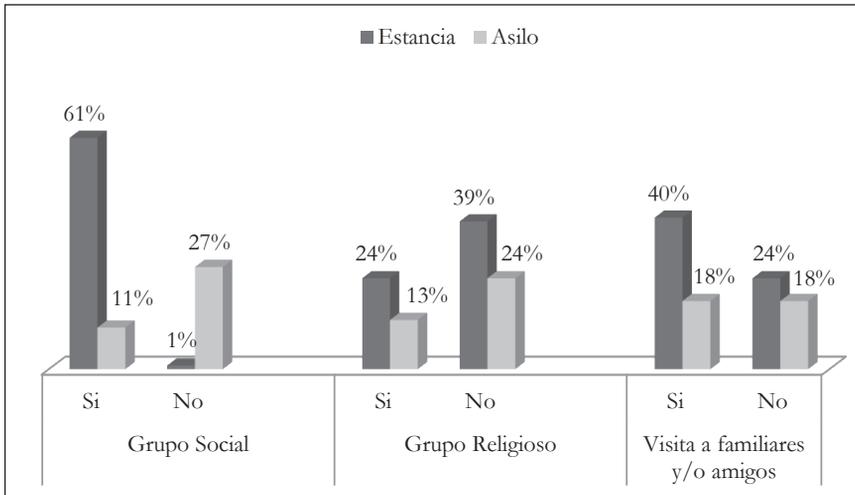


Fuente: Prevalencia de depresión y aspectos sociales presentes en adultos mayores de estancias y asilos en Mérida Yucatán.

Respecto a la convivencia del adulto mayor con algún familiar (hijos, nietos, sobrinos, etcétera) y de acuerdo al lugar donde reside, se observó que 55% (21) que se encuentran en la estancia conviven con su familia y 5% (2) de los que se encuentran en los asilos también. De la misma forma, 42% (16) de los que se encuentran en las estancias participan en las decisiones familiares, así como el 8% (3) de los que se encuentran en los asilos. Estos resultados muestran que los adultos mayores que asisten en las estancias poseen una red familiar más consolidada comparada con los que se encuentran en los asilos, porque estos últimos en muchas ocasiones son ingresados y ya no son visitados constantemente por los familiares (Gráfica 3).

Gráfica 4.

Distribución porcentual de participación en la red social en asilos y estancias



Fuente: Prevalencia de depresión y aspectos sociales presentes en adultos mayores de estancias y asilos en Mérida Yucatán.

Respecto a pertenencia a algún grupo social, 61% (23) de los adultos mayores que asisten a las estancias pertenecen a algún grupo y 11% (4) de los asilados poseen esta actividad; 39% (15) pertenecientes a las estancias no asisten a grupos religiosos. Llama la atención este dato, ya que mediante observación participante apreciamos que los adultos mayores se apegan a la religión en esta etapa de su vida. Por último, 40% (15) de los senescentes que pertenecen a las estancias frecuentan más a amigos y/o a algún familiar en tanto que los del asilos solo el 18% (7) realiza estas visitas (Gráfica 4).

## Discusión

Bello, Puentes, Medina y Lozano (2005) observaron que la prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel nacional es de 4.5%, la cual aumenta conforme la edad avanza y disminuye en los niveles educativos más altos; asimismo resultó significativo que los niveles más altos de depresión se presentaron entre los hombres que viven en áreas rurales. Estos datos, no coinciden con los resultados obtenidos en el presente estudio donde se obtuvo una prevalencia general de depresión de 52% (incluye asilo y estancia), dato que se encuentra por encima de la media nacional, sin embargo al separarla entre los asilados y los que se encuentran en estancia, se obtuvo un 71% y 42% respectivamente, ambas cifras sobrepasan la media nacional.

Canto y Castro (2004), en un estudio realizado en Yucatán reportaron que en los asilos existió una prevalencia de depresión de 36.6% y en las estancias de 28%, datos que tampoco coinciden con lo reportado con este estudio ya que las cifras obtenidas son superiores. De igual forma se observó que la depresión prevalece más en los asilos que en las estancias, aspecto que coincide con los hallazgos, ya que se observó mayor prevalencia de esta situación en los asilos que en las estancias.

Mejía, Miguel, Villa, Ruíz y Gutiérrez (2007) señalan que la probabilidad de deterioro cognitivo sumado a la dependencia funcional es mayor entre las mujeres y aumenta con la edad; asimismo es menor en los sujetos casados y se asoció con la presencia de diabetes, enfermedad cerebral, enfermedad cardiaca y depresión. Aunado a ello, Colunga, García, Salazar y Ángel (2008) corroboran que al notar estadísticamente una prevalencia de depresión de 63%, existe una proporción de 3 mujeres por cada hombre que la presenta.

Estas proporciones coinciden con la presente investigación puesto que se presentó mayor porcentaje de algún nivel de depresión en las mujeres respecto a los varones, posiblemente porque en su mayoría se encuentran viudas y como ya se sabe existen otros factores biológicos como el ciclo hormonal y factores psicosociales que son únicos de este género y que es posible que se relacionen con tasas de depresión más elevadas entre las mujeres. Por su parte los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y enfrentan los síntomas de diferentes modos; por esto tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, sueño alterado, pérdida de interés en las actividades que antes le resultaban placenteras; mientras que las mujeres son más propensas a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad o culpa excesiva (Cochran y Rabinowitz, 2000).

Un estudio realizado en personas mayores de 65 años de edad en la Zona Metropolitana de Guadalajara, evidenció que la falta de apoyo, especialmente por parte de la familia, incrementa aún más el riesgo en la aparición de enfermedad y que las incipientes redes de apoyo social acentúan el riesgo de diversos trastornos psicológicos (Aranda, Pando, Flores y García, 2001).

Estos datos se aproximan a los resultados encontrados en el estudio ya que los adultos mayores que se localizan en las estancias son las personas con menor prevalencia de depresión y los que tienen mayor participación en el núcleo familiar y en la red social como la participación en grupos sociales, religiosos e interacción con sus amigos, por tanto es posible que esta situación ayude a minimizar los sentimientos de tristeza y angustia, entre otros. Aunado a ello, Salvarezza (1993) menciona que la queja mayor que manifiestan los adultos mayores es la pérdida de los roles sociales, y que la dolencia más extendida en esta edad es la depresión, cuyas causas son la separación o la pérdida de objetos, reales o fantaseados, considerados necesarios para satisfacer un deseo.

## Conclusiones

Se observó una mayor prevalencia de depresión en adultos mayores del género femenino y los que se encuentran en los asilos y una menor en los que asisten en las estancias. Los que participan más a menudo en la convivencia y decisiones familiares son los que se encuentran en las estancias. Las redes sociales en los que participan con más frecuencia los adultos mayores son los grupos sociales y las visitas a sus familiares y amigos de manera frecuente.

Es importante mencionar, que una limitación del estudio se relaciona con el número de participantes, por tanto las conclusiones expuestas se enfocan solo al grupo participante. De acuerdo a los resultados expuestos, es pertinente recomendar que se fomenten actividades que propicien la interacción entre los adultos mayores para participar en grupos sociales y/o religiosos así como la interacción con familiares y amigos tanto en las estancias como en los asilos, sobretodo en estos últimos.

## Agradecimientos

A la Facultad de Enfermería de la Uady, los asilos y estancias que aceptaron participar en el estudio por las facilidades proporcionadas para su realización.

## Bibliografía

- Aguilar, S., Ávila, J.A. (2007). “La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor”, *Gac. Méd. Méx* 143 (2) 141-148. Recuperado en <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
- Aranda, C., Pando, M., Flores, ME., García T. (2001). “Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco”, *Revista Psiquiátrica* Facultad de Medicina Barna; 28 (2), 69-74.
- Belló, M., Puentes Rosas, E., Medina Mora M.E. y Lozano R. (2005). “Prevalence and diagnosis of depression in Mexico”, *Salud Pública de México*, 47 (1), 4-11.
- Berenzon, Shoshana, Lara, María Asunción, Robles, Rebeca, & Medina-Mora, María Elena (2013). “Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México”, *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80. Retrieved September 28, 2013. Recuperado en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000100011&lng=en&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011&lng=en&tlng=es). 10.1590/S0036-36342013000100011.
- Canto Pech, H., y Castro Rena, E. (2004). “Depresión, Autoestima y Ansiedad en la Tercera Edad: Un Estudio Comparativo”, *Enseñanza e investigación en Psicología*; 9 (2), 257 – 270. Recuperado en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/292/29290204.pdf>
- Cochran, S.V. y Rabinowitz, F.E. (2000). *Men and depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press.
- Colunga Rodríguez, C., García de Alba, J.E., Salazar Estrada, J.G. y Ángel González, M. (2008). “Diabetes tipo 2 y depresión en Guadalajara, México”, *Revista de Salud Pública*; 10 (1), 137-149.
- Corina Benjet., Guilherme Borges., Medina Mora ME., Fleiz Bautista, C., Zambrano Ruíz, J. (2004). “La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y atención para buscar tratamiento”, *Salud Pública de México*, 46 (5), 417-424.
- Douglas, N., (s/f). Depresión en el adulto mayor. Instituto Nacional de Geriátrica. Recuperado en <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>
- Faison, WE., y Stephens DC. (2001). “Prevalence and treatment of depression in the elderly”, *Clinic Geriatric*; 9 (11), 46-52.
- Gallo, J.J. y Coyne, J.C. (2000). “The challenge of depression in later life: bridging science and service in primary care”, *Journal of the American Medical Association*, 284 (12), 1570-1772.
- Gallo J.J., y Rabins, P.V. (1999). “Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life”, *American Family Physician*, 60 (3), 820-826.
- Hernández Ávila M. (2009). *Epidemiología: diseño y análisis de estudios*. México: Editorial Medica Panamericana.
- Jervis G. (2004). *La depresión*. España: Editorial Fundamentos.

- Martínez, JA., Martínez, VA, Esquivel, CG, Velasco, VM. (2007) “Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado”, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (1): 21-28, Recuperado en: [http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev\\_med/pdf/gra\\_art/A91.pdf](http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A91.pdf)
- Medina Mora, M., Guilherme Borges, C., Lara Muñoz, CB., Blanco Jaimés, J., Fleiz Bautista, C., Villatoro Velázquez, J., Rojas Guiot, E., Zambrano Ruíz, J., Casanova Rodas, L., Aguilar Gaxiola S. (2003). “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México”, *Salud Mental*; 26 (4), 1-16.
- Mejía Arango, S., Miguel Jaimés, A., Villa, A., Ruiz Arregui, L., y Gutiérrez Robledo, L.M. (2007). “Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México”, *Salud Pública de México*; 49 (4), 475-481.
- Perreira Marisa. (2005). “Centro de día para adultos mayores: ‘puentes que permiten proseguir el camino’”. Recuperado en: <http://www.gerontologia.org/>
- Riquelme Antonio. (1997). *Depresión en Residencias geriátricas: un estudio empírico*. Murcia: Servicio de Publicaciones, Universidad.
- Rodríguez R. (2000). *Geriatría*. Madrid: McGraw-Hill.
- Salvarezza L. (1993). *Psicogeriatría, Teoría y Clínica*. México: Editorial Paidós.
- Sanz J, Vázquez C. (1998). “Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck”. *Psicothema*; 10 (2), 303 – 318.
- Secretaría de Salud. (2002). *Programa específico de depresión*. México. Informe del Programa de Salud Mental. Recuperado de <http://www.ssa.gob.mx>.

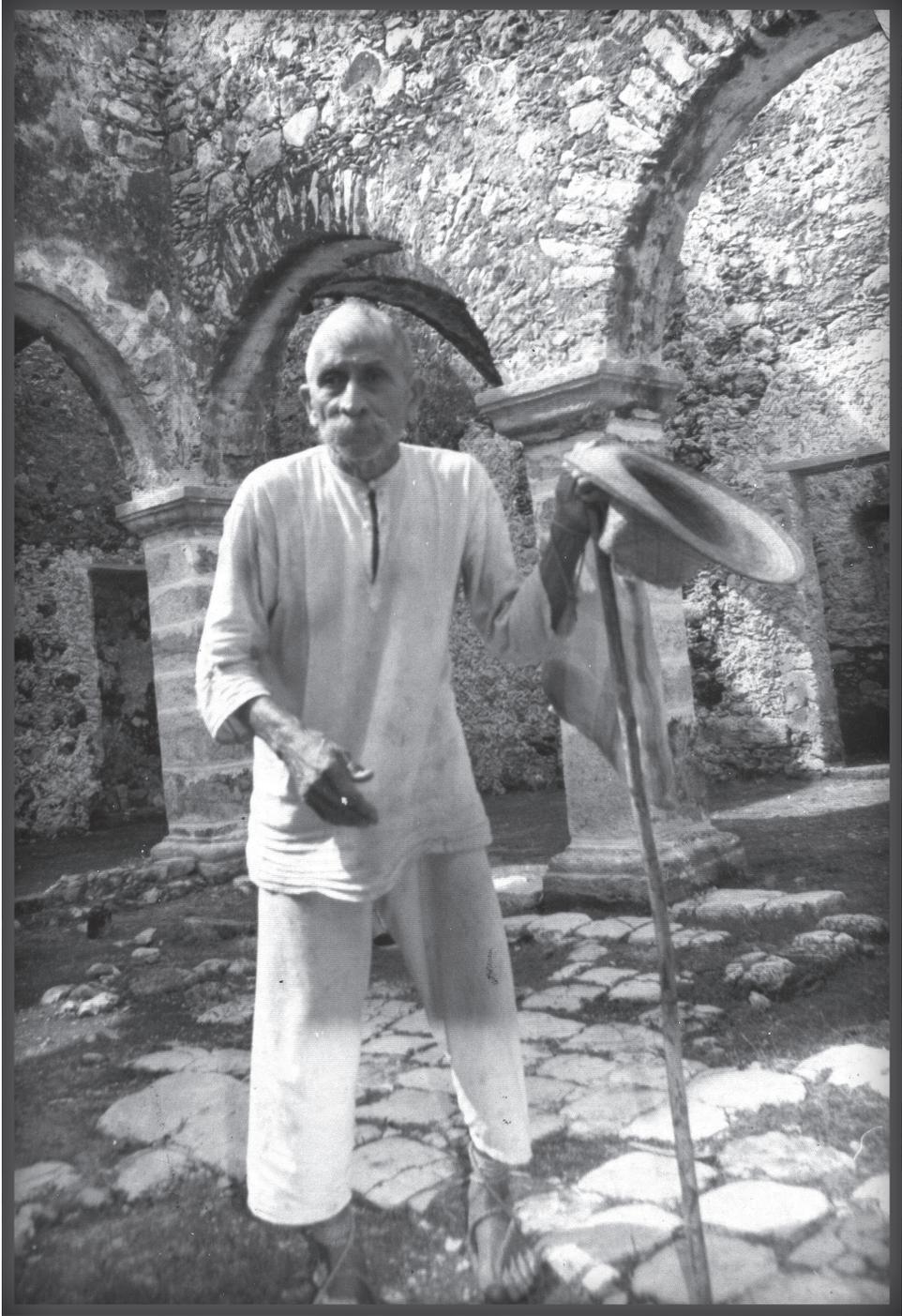


Foto: Archivo Ramírez Aznar

# **SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, SALUD MENTAL Y ACTIVIDAD FÍSICA EN ADULTOS MAYORES**

Damaris Estrella Castillo

Héctor Rubio Zapata

Reyna Cruz Bojórquez

## **Introducción**

El ser humano es un organismo muy complejo, las condiciones que se requieren para su adecuado funcionamiento son cambiantes y dependen principalmente de dos factores: el medio ambiente donde se desenvuelven y las características biológicas que expresa el propio individuo. Las características biológicas van cambiando de acuerdo con la etapa de la vida, lo que a su vez demanda diferentes satisfactores para llevar una vida en plenitud y si estas condiciones internas o externas no pueden resolverse la persona desarrollará un padecimiento, el cual puede ser de tipo físico, emocional, mental o social.

Los cambios que presenta el ser humano en las diferentes etapas de la vida son el resultado del proceso del envejecimiento; empezamos a envejecer desde el momento del nacimiento, claro está que de forma más evidente este proceso se manifiesta después de la edad adulta y se asume que se inicia con la disminución de las capacidades físicas, el aumento en la aparición de enfermedades, la disminución de la independencia y la adaptabilidad, el deterioro de los modelos familiares y sociales, la jubilación, el decremento de la capacidad económica y la disminución de las facultades mentales, por lo que en algunas sociedades el envejecimiento es considerado como un tabú o estigma por su relación con el deterioro biológico y la muerte. Sin embargo, para otras culturas, representa la consolidación de capacidades psicosociales frutos de la experiencia personal

(Salgado, González, Jáuregui y Bonilla, 2005), que hacen muy valiosas a las personas en esta etapa de la vida.

El envejecimiento, el cual es un proceso ineludible y gradual que se manifiesta, principalmente, en cambios morfológicos y fisiológicos como consecuencia de la acción del tiempo sobre el organismo, (Reyes, Svetlana, García, Espinosa, Jiménez y Peña, 2009) es determinado genéticamente y potenciado por las agresiones ambientales. Es un proceso multifactorial que involucra mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, de ahí que su presentación y evolución sea individualizada.

La asignación de pertenencia al grupo de adultos mayores, de la tercera edad o ancianidad, es arbitraria; el criterio más aceptado es la edad cronológica del individuo. Aunque no existe un consenso sobre el número de años vividos, la mayoría de las referencias apuntan a un rango entre los 60 y 65 años (Sánchez, Ureña, Garcés, 2002)

Para el estudio de este proceso Neugarten (1996/1999) divide la ancianidad en periodos y describe tres categorías importantes: 1) Los *ancianos jóvenes*. Son aquellos de 60 a 75 años que aún desempeñan actividades físicas, mentales y sociales. 2) Los *ancianos mayores*. Son aquellos de 76 a 85 años que tienen una actividad física más limitada y que acaso están menos preocupados por encontrar formas productivas de pasar el tiempo. Para muchos de ellos, la familia y las relaciones sociales son muy importantes. 3) La *ancianidad avanzada*. Se refiere a las personas mayores de 85 años, comprendiendo un grupo heterogéneo, pues integra individuos muy competentes así como otros para quienes los efectos del deterioro se han vuelto más evidentes y rápidos.

Las necesidades asistenciales del grupo de los adultos mayores son complejas y de múltiples orígenes. Esencialmente se trata de un grupo donde la presencia de diferentes patologías, en especial de tipo crónico-degenerativas, la presentación atípica o silenciosa de estas enfermedades y el deterioro psicosocial ante situaciones de aislamiento, determinan mayor vulnerabilidad ante la adversidad. La salud mental y física son características íntimamente relacionadas con la actividad física, que normalmente no son consideradas como prioritarias por este grupo etario, por lo que en el presente capítulo se mostrará una revisión conceptual del tema y los resultados más relevantes de un estudio realizado durante 2012 en una población de adultos mayores que acudieron a la Unidad Universitaria de Rehabilitación (UUR) de la Universidad Autónoma de Yucatán con relación a su percepción del estado de salud, actividad física y depresión.

## El contexto regional

La Unidad Universitaria de Rehabilitación (UUR) de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán, atiende a población general con problemas que requieren de terapias de rehabilitación, en su mayor parte rehabilitación física. De esta población se seleccionó una muestra representativa de 100 adultos de 60 años o mayores. La sintomatología depresiva fue medida a través de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) la cual categoriza la depresión en tres niveles: ausente (0 a 5), leve (6 a 9), grave (10 o más).

Para evaluar la actividad física, se utilizó el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), el cual ha sido utilizado en diversos estudios internacionales y se ha evaluado su validez y confiabilidad sugiriéndose su uso en diferentes países e idiomas; además de ser propuesto por la OMS como un instrumento a utilizarse para vigilancia epidemiológica a nivel poblacional, dado que se ha puesto a prueba en 24 países y actualmente se emplea en varias redes regionales. Este instrumento aporta información sobre gasto energético estimado en 24 horas, en las distintas áreas de la vida diaria; tiene la ventaja de ser aplicable a grandes muestras de distintos niveles socioeconómicos dada su simplicidad tanto en la administración como en la obtención de los puntajes.

Para evaluar el estado de salud general se aplicó el cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ) el cual proporciona la evaluación que hace el individuo de su bienestar, especialmente en lo que se refiere a los estados emocionales. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 28 ítems divididas en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave). La puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso). Como instrumento sugerido para identificar problemas crónicos. La puntuación (CGHQ) se realiza asignando los valores 0, 1, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para CGHQ se sitúa en 12/13 (no caso/caso).

Este cuestionario fue diseñado con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y en el cual a mayor puntuación, peor es el nivel de salud mental. Así se obtiene una estimación del grado de severidad de la ausencia de salud mental, cuyo puntaje total es la sumatoria de los valores obtenidos en cada uno de los ítems. El valor máximo que se puede obtener en la escala de 12 preguntas es de 36 puntos y el mínimo de cero puntos. La relación entre el género

de los seleccionados (mujer/hombre) fue de 4:5, lo que evidencia que la mayoría de población de adultos mayores que acudió a la UUR fueron hombres.

Este dato es llamativo ya que según lo reportado por la encuesta hecha por el INEGI en el año 2005 se reporta que en Yucatán el 9.1 por ciento de su población son adultos mayores de 60 años de edad y siendo que la mayoría de este grupo eran mujeres, sería de esperarse que las mujeres fueran la población mayoritaria del estudio, lo que no ocurrió así. Sería interesante estudiar cual es la causa por la cual la proporción de hombres que acuden a la consulta en la UUR es mayor que la de las mujeres.

Los resultados del presente estudio demostraron que mientras más edad tienen los pacientes es menor el número de éstos que acude a la UUR, señalando una relación inversa entre la edad y demanda del servicio. El 42% de los pacientes que se atendieron en la unidad, tenían entre 60 y 70 años, el 30% entre 70 y 80 y el 28% representó a la población de 80 años o mayores. Una hipótesis que podría explicar el evento antes mencionado, es que los adultos mayores que recién adquirieron esta categoría, se preocupan más por su calidad de vida e intentan reparar o reducir el daño del envejecimiento y sus consecuencias; también es probable que a más edad estos trastornos que no fueron resueltos, se vuelvan cotidianos y que ya no le interese o no estén motivados por solucionarlos. Aunado a lo anterior, es probable que estos padecimientos vuelvan al adulto mayor dependiente físicamente de un cuidador, por lo que dependerá de la voluntad de dicho personal para acudir a un centro de rehabilitación.

Además, a mayor edad la incidencia de mortalidad aumenta, por lo que es de esperarse que acudan menos a las instituciones de rehabilitación a medida que su edad avanza. Apoyando esta idea, los datos obtenidos a través de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 (ENADID), señalan que la edad promedio de los adultos mayores está entre los 60 y 64 años, esto es una población de 3, 394, 135 personas en el país; seguido de los adultos de 65 a 69 años con una población de 2, 476 302 y siguiendo con una tendencia decreciente; con lo que se demuestra que a mayor edad, menor es el número de personas de la tercera edad en México.

### Características socioeconómicas

Con respecto a la actividad laboral, se determinó que el 34% de la población estudiada, aún era productiva con un trabajo remunerado, mientras que el 66%

ya estaba jubilado o se dedicaba a labores domésticas. Lo que demuestra que a pesar de la edad un grupo importante de las personas mayores aún se mantienen activas económicamente, sin embargo en la población general la tendencia de los adultos mayores que no trabajan va en aumento, y de una manera abrumadora ya que ni el 50% de ellos labora, por lo que tal vez no reciban un adecuado sustento económico (CONAPO, 2010).

También se encontró que la mitad de los ancianos vive en hogares donde ingreso mensual es alrededor de un salario mínimo, con el cual se sustenta toda la familia. Esta situación, representa una desventaja de los ancianos del contexto, ya que se encuentran en posiciones de menoscabo para enfrentar las carencias económicas y sus requerimientos de salud, que finalmente puede llevar al desarrollo o incremento de sintomatología depresiva; este escenario demuestra la importancia y la magnitud de la interrelación social-psicológica y biológica en la salud.

## Depresión en el adulto mayor

Entre los principales problemas de salud en el mundo están aquellos que afectan la salud mental, y uno de los padecimientos más importantes por su impacto la calidad de vida, es la depresión. La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la población anciana (Asili, 2004). Aunque el envejecimiento y la depresión no tendrían por qué estar ligados, una serie de circunstancias inherentes al envejecimiento, como la pérdida de facultades físicas y mentales, el aislamiento, la soledad, los problemas económicos y los padecimientos de tipo crónico y degenerativo, hacen que se favorezca la aparición de síntomas depresivos.

La mala praxis que representa el que algunos profesionales de la salud, asocian al envejecimiento con ánimo depresivo y la presentación a menudo con sintomatología psicósomática, permiten que exista un alto porcentaje de ancianos con sintomatología depresiva no diagnosticada, ni tratada. Esta situación es preocupante, ya que esta enfermedad no solo puede producir sufrimiento físico, emocional y aislamiento social, sino que puede empeorar de forma muy notable la calidad de vida de los ancianos.

En cambio, si la depresión es diagnosticada, puede tener un tratamiento efectivo, lo que repercutiría positivamente en la salud general del paciente y en mejorar su calidad de vida. Motivo adicional para tratar la depresión es dis-

minuir el riesgo suicida, ya que las tasas de suicidio son más elevadas entre los ancianos con depresión, lo que manifiesta otro problema de salud pública actual, en especial en adultos mayores que viven en casas de retiro.

La depresión ha sido reportada con una prevalencia menor de 5% entre los ancianos en la comunidad; entre 10% y 16% en hospitales y de 15 a 25% en asilos. La frecuencia de las llamadas depresiones menores se encuentra entre 15% y 20% en la comunidad, de 40 a 45% en hospitales y de 30 a 50% en asilos. (Steffens, Fisher, Langa, Potter, Plassman, 2009). A pesar de su prevalencia, el diagnóstico de depresión mayor es menos frecuente en la vejez que en otras edades de la vida, dado que la melancolía se asocia culturalmente al envejecimiento.

La depresión suele ser más frecuente en mujeres (39.5%) que en los hombres (12.3%). Es más frecuente en viudos, divorciados, en clases sociales bajas y en el medio rural (Fava y Cassano, 2008). El incremento del número de enfermedades crónicas se correlaciona con el incremento de síntomas depresivos. También hay una clara correlación entre el número de fármacos que se ingieren y la depresión. Los factores más comunes de riesgo se vinculan con situaciones estresantes como viudez, cambios en la estructura familiar, falta de soporte social, bajos ingresos por jubilación que repercuten en disminución de la ingesta proteica adecuada y la desnutrición subsiguiente, dificultades para solventar los gastos de vivienda, prestaciones de salud inadecuadas, antecedentes familiares de depresión, enfermedades crónicas y género femenino hasta los 88 años, edad en la que aparentemente se equiparan los géneros (Aguilar y Pando, 2002). El insomnio, el trastorno de la autopercepción y el deterioro cognitivo son síntomas que frecuentemente se asocian a la depresión en ancianos (Soberanes, González, Moreno, 2009).

Según su etiología, la depresión puede ser exógena o reactiva, la cual obedece a una causa externa generalmente bien definida (pérdida de un familiar o un ser amado, pérdida monetaria o de posición social, enfermedad incapacitante, etcétera) (APA, 2010). Y también existe la depresión endógena que por lo general es causada por un desequilibrio del sistema de neurotransmisores relacionados con el estado de ánimo: dopamina, serotonina, acetilcolina y noradrenalina, que pueden ser de origen genético o adquirido. Por lo tanto el tratamiento actual de la depresión está basado en el uso de fármacos que regulan la función de los neurotransmisores y neuromoduladores y por otro lado la psicoterapia, aunque se pueden combinar ambas modalidades terapéuticas (Agüera, 2011).

La dependencia funcional en los adultos mayores está directamente relacionada con el envejecimiento, depende de múltiples factores e influye directamente en el estado de salud del individuo y ésta a su vez repercute en la presencia o ausencia de depresión. El conocimiento de estos factores puede contribuir a diseñar programas de rehabilitación preventiva que permitan identificar a los individuos en riesgo de perder su autonomía e implementar intervenciones dirigidas a detener o revertir este proceso; siendo el objetivo fundamental de la prevención en la rehabilitación del adulto mayor evitar o retrasar la aparición de deterioro funcional, para que pueda seguir viviendo de manera independiente y socialmente integrado, manteniendo un adecuado estado de salud y actividad física.

Por otra parte, la depresión en los mayores constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferenciales. Los factores psicosociales (dificultades económicas, aislamiento social, pérdida de seres queridos) juegan un papel más importante en su etiopatogenia que en edades más jóvenes. Además, los cambios biológicos propios del envejecimiento, la presencia de déficits cognitivos, la coexistencia de otros problemas médicos y el uso de múltiples medicaciones, hace a los ancianos más vulnerables para presentar sintomatología depresiva.

Parece que el envejecimiento se asocia a dificultad para desarrollar relaciones íntimas. Este factor, que por un lado podría facilitar la aparición de la depresión, también protege de aspectos como la pérdida de familiares y relaciones importantes frecuentes a esta edad. En este sentido, los ancianos con deficiencias de apoyo social presentan un riesgo doble de padecer depresión que aquellos que no tienen este problema. Por otra parte, se ha descrito que los ancianos con un bajo nivel educativo, de salud y de ingresos tienen un mayor riesgo de padecer una depresión (Villagordoa, 2007)

Existen múltiples instrumentos de evaluación que pueden facilitar la identificación de casos o probables casos de depresión, resultando de utilidad clínica, aunque en ningún momento deben sustituir al juicio clínico, que será el que confirme el diagnóstico. Por lo que en nuestro estudio se utilizó una escala para identificar el nivel de sintomatología de depresiva adaptada para población geriátrica, particularmente la escala de depresión geriátrica de Yesavage. En otros contextos el diagnóstico de depresión en adulto mayor, ha requerido incluso de apoyo de estudios de laboratorio y gabinete, que no fueron aplicados en nuestro caso. (Jiménez y Pérez, 2000; 2000-1995; Olazarán, Mouronte y Bermejo, 2005; Banjoaquín, 2007)

Los resultados de nuestro estudio, mostraron que 60% de la población mayor que acudió a consulta y terapia de rehabilitación de la UUR, no presentaba sintomatología depresiva; 34% presentó síntomas depresivos clasificados en el nivel moderado de depresión y 6% alcanzó el nivel de depresión grave. El análisis de los síntomas asociados a la depresión de la población estudiada de adultos mayores, demostró que 15% de la población presentaba ansiedad e insomnio y otros síntomas de consideración, mientras que 49% solo presentaron síntomas leves, lo que parece sugerir que los adultos mayores que acudieron a la UUR presentaron menores niveles de síntomas depresivos que lo reportado en la bibliografía para este grupo etario (Nance, 2010).

Esto puede deberse a que la población de adultos mayores que acudió a la UUR son personas en su mayoría jubilados o pensionados de instituciones nacionales que tienen un ingreso mensual fijo y que aunque hay heterogenicidad en su escolaridad, en su mayoría son personas educadas que se preocupan por su salud y que acuden a talleres y clubes de la tercera edad, son personas activas (algunas incluso económicamente hablando) por lo que sus condiciones de vida son diferentes al común de los adultos mayores del país (CONAPO, 2010).

## Actividad física en el adulto mayor

Las investigaciones acerca de los beneficios del ejercicio físico en la calidad de vida de las personas mayores se han centrado generalmente en los beneficios fisiológicos (Sánchez, Ureña, Garcés, 2002). Sin embargo, ha sido recientemente cuando se ha suscitado un mayor interés por la investigación del papel que juega el ejercicio en los aspectos psicológicos, sobre todo en los relacionados con los cambios en el estado de ánimo y con el nivel de satisfacción y adherencia a una pauta continuada de actividad física (De Gracia y Marcó, 2000)

Algunos trabajos realizados con personas de edad avanzada participantes en programas de actividad física han reportado también mejorías en el funcionamiento cognitivo y en el bienestar psicológico (Mora, Villalobos, Araya, y Ozols, 2004). Por otra parte, muchos autores afirman que los adultos mayores que mantienen un entrenamiento físico de forma regular, no solo mantienen su motricidad, sino que permanecen más equilibrados emocionalmente y de mejor humor, lo que ayuda a compensar la disminución de los contactos sociales frecuentemente ligada al final de la vida laboral, a la emancipación de los hijos, la muerte del conyugue (Sánchez, Ureña, Garcés, 2002). Las personas mayores que aún practican deporte se describen como menos introvertidas.

Las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, el cáncer, la osteoporosis, la incontinencia y los padecimientos mentales como la depresión y la demencia han sido identificados como patologías donde el género femenino es más susceptible de afectarse. A pesar de que se ha propuesto que las mujeres presentan un sistema inmune más eficiente que el de los hombres, lo cual las hace más resistentes a las enfermedades (Rubenstein, Rhee, Kane, 1982), no son invulnerables, por lo que, algunos autores, como De Gracia (2000), han sugerido que la eficiencia de este sistema probablemente sea dependiente la práctica reiterada de una actividad física.

Se ha propuesto que las mujeres adultas mayores no son afectas a la práctica de algún deporte o actividad física planificada por lo que su ventaja biológica para disminuir los estragos del envejecimiento se ha visto empañada (González, 2000). Aún más, la práctica de ejercicio físico tiene una relación directa con el estado de ánimo al facilitar la valoración continuada de los logros de ejecución. En las investigaciones de McAuley, Shaffer y Rudolph, (1995), se halló que la eficacia percibida disminuye a la sensación de fatiga, aumenta el bienestar psicológico y la distensión psicológica. Una menor distensión psicológica y un mayor bienestar durante la práctica de actividad física se relacionan con una mayor percepción de la autoeficacia valorada con posterioridad al ejercicio. Este último aspecto es especialmente importante en este grupo de edad ya que, generalmente, no han realizado ningún tipo de actividad física regular durante un período prolongado de tiempo y las mejoras en la autoeficacia se relacionan positivamente con la adherencia a los programas de ejercicio y con el grado de satisfacción experimentada.

En este sentido, se ha puesto de manifiesto que los estados positivos inducidos por el ejercicio favorecen su mantenimiento, mientras que los estados de ánimo negativos asociados a un programa de actividad física insatisfactorio favorecen su abandono (Mendoza, Merino y Barriga, 2009). Aunque el ejercicio físico es una planificación y organización de la actividad física, algunas agrupaciones permiten la activación física de los adultos mayores sin que sea catalogado como un ejercicio formal, con buenos resultados en la calidad de vida del practicante.

En un estudio sobre la actividad física en personas mayores llevado a cabo por profesores de la Universidad de Valladolid en España (Prisco, 212), se encontró que las mujeres (86%) suelen participar más en las actividades que los hombres (14%). Con respecto al factor edad se encontró que los participantes

tienen edades entre los 60 -69 años (47%), y entre 70 y 79 años (33%). Los grupos más longevos que van de los 80-89 años (6%) tienen una escasa participación en los programas. Los beneficios que se reconocen con la asistencia a estos programas de actividad física representan 50% de los casos con mejora de la salud, en 20% con mejor ocupación de su tiempo libre y en 19% las relaciones sociales (Ribera, 1993). También se refirió alivio de dolores, el sentirse más alegres y con energía.

En los hombres se presentó además relación significativa entre autonomía y estado mental; tomando en cuenta que al ser personas independientes son más participativos y activos según Villalobos (1989), lo que les permite según Quirós (1998) en su salud mental enfrentar de manera exitosa y satisfactoria su vida. Además se encontró relación significativa entre el estado mental y actividad física semanal en las mujeres. Es decir que entre mayor frecuencia en la actividad física, mejores niveles de salud mental. Finalmente, en cuanto a los beneficios o disfrute de la actividad física los valores para ambos géneros fueron elevados, les aliviaban los dolores y en el caso de las mujeres les hacía sentirse menos tensas, más alegres y con energía (Rosenbaum & Sherrington, 2011).

Con relación a la actividad física relacionada con el trabajo de los adultos incluidos en el estudio, indicaron que 66% de los adultos mayores realizaban algún trabajo fuera de casa como puede ser: empleo formal, labores agrícolas, trabajo voluntario, docencia, entre otros. Con relación a la actividad física en el tiempo libre, se pudo determinar que 18% de la población realizaba actividad física, como caminar, de 1 a 3 días a la semana, mientras que 40% realizaba esta actividad de 4 a 7 días, por otra parte 42% refirió sedentarismo. Por lo que podemos concluir que 58% realizaban alguna actividad física en su tiempo libre.

Lo anterior es importante porque el hábito de realizar actividades los mantiene en forma y les permite permanecer saludables por más tiempo. Algunas investigaciones han demostrado que la actividad física moderada aumenta en dos años la esperanza de vida (Seligman, 1994). Además, la población estudiada indicó que un 13% realiza algún tipo de actividad libre vigorosa durante su tiempo libre, mientras que 87% no realiza este tipo de actividades. Es decir que los adultos mayores de la población estudiada tienen como rutina realizar actividades físicas moderadas pero no vigorosas, como sería la práctica no profesional de ejercicio.

En 1977, el doctor Mahler, director de la OMS, dijo: “Si no abordamos el asunto de la salud a nivel del individuo, del hogar, del lugar de trabajo y de la

escuela, nunca alcanzaremos la meta de la salud para todos. Todo aumento significativo del bienestar físico, mental o social dependerá en gran medida de la determinación del individuo y de la comunidad de ocuparse de sí mismos”. En 1978, en otra reunión internacional en la que se abordó el tema “salud para todos en el 2000”, se establecieron tres acciones a seguir:

- a) Hacer ejercicio.
- b) Tener una alimentación más sana.
- c) Ser responsable con la salud propia (OPS, 2004).

México está ante una generación de personas de edad avanzada que viven cambios sociales importantes y que en una gran proporción no tuvieron acceso a toda esta información. Por lo tanto, no debe ser nuestro papel juzgarlos por llevar estilos de vida poco saludables (Aguilar y Pando, 2002).

La evidencia demuestra que las mujeres se encuentran en una posición desventajosa respecto al control de los recursos necesarios para la protección de la salud, al mismo tiempo que su contribución protagónica al desarrollo de la salud de su familia no goza de justo reconocimiento y apoyo social (Fontecha, 2005). Así, existen elementos determinantes a investigar que proporcionan el perfil de las personas adultas mayores. Por ejemplo la actividad física hace referencia a la acción que implica de forma determinante a la physis humana, a su físico, al actuar tangible y observable de su corporeidad por oposición a las acciones mentales, implica de hecho a toda realidad humana durante el transcurso de su acontecer vital (Marín, *et al*, 2004).

## Salud mental

La buena salud es un bien inapreciable de las personas. Del mismo modo, para el crecimiento económico y el desarrollo de las sociedades, es indispensable que la población en general tenga un nivel elevado de salud. Los adultos mayores, tienen pleno derecho a contar con acceso a la atención preventiva y curativa, incluida la rehabilitación y los servicios de salud sexual. Esto entraña el reconocimiento de que las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades a lo largo de la vida, deben centrarse en el mantenimiento de la independencia, la prevención y la demora de las enfermedades y la atención de las discapacidades, así como el mejoramiento de la calidad de vida de las personas de edad que ya posean alguna discapacidad. Los servicios de salud, deben

incluir la capacitación del personal necesaria y recursos que permitan atender las necesidades especiales de la población.

Para determinar los niveles de percepción salud en la población estudiada en la UUR, se utilizó la escala de Goldberg. El 25% de la población autopercibió su nivel de salud como bueno, 72% como suficiente y 3% como malo, ninguno se definió con un nivel de salud excelente. Esto es muy importante porque la percepción del estado de salud en las personas mayores, se relacionan con la calidad de vida, y ésta está determinada por la compleja interacción entre las características del individuo y su ambiente.

En nuestro estudio se encontró que la ausencia de síntomas depresivos mejora la autopercepción de los niveles de salud y que la práctica de alguna actividad física también mejora la autopercepción de los niveles de salud, lo que muestra una asociación fuerte y positiva entre las variables, también se relacionó la ausencia de síntomas depresivos con la práctica de actividades físicas. Estos resultados concuerdan con aquellos estudios donde se menciona que la actividad física y el ejercicio pueden reducir la depresión y la ansiedad en parte porque aumenta la actividad neuroendocrina por lo tanto aumenta la serotonina y endorfinas del cerebro y que estos factores sumando mejoran la percepción del nivel de salud y de la calidad de vida (Chaouloff, 1989; Forsman, Nordmyr, Wahlbeck, 2011).

Por ello, es importante que los trabajadores del área de la salud seamos sensibles a esta interrelación; favorezcamos la práctica de la actividad y el ejercicio físico, no solo durante la etapa de adulto mayor, sino durante todas las etapas de la vida, de tal forma que empecemos con las medidas preventivas para mejorar la salud y retardar los costos del envejecimiento mediante la adquisición de estilos de vida saludable. También es importante considerar la salud mental como parte del abordaje integral de la salud humana, en especial mediante la identificación y diagnóstico temprano de sintomatología depresiva que conduzca a un tratamiento oportuno que a su vez mejore la calidad de vida del paciente y para que todos nuestros esfuerzos se vean recompensados con la percepción de un buen nivel de salud general.

Envejecer es inevitable (hasta el momento) y la tendencia de la población mundial es llegar a esta etapa, por lo que el objetivo principal de nuestras acciones deben ser encaminadas a retardar o prevenir los efectos nocivos de este proceso y a vivir esta etapa con la mejor calidad que sea posible, utilizando todos los recursos a nuestro alcance, considerando una visión integral donde se incluya la salud física, mental y social de estas personas.

## Bibliografía

- Agüera, L., Losa R., Goetz L y Gilaberte I (2011). “Depresión geriátrica de la neurobiología al tratamiento farmacológico”. *Psicogeriatría*. Vol. 3, Num. 1. Pp. 1-8
- Aguilar, M. y Pando, M. (2002). “El nuevo envejecimiento en México: un enfoque socioantropológico médico”, *Revista universidad de Guadalajara* (23).
- Aguilar, M. y Pando, M. (2002). “El nuevo envejecimiento en México: un enfoque socioantropológico médico”. *Revista universidad de Guadalajara*. Vol. 23.
- American Psychiatric Association (APA) (2010). *Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder*. 3rd ed. October.
- Asili, N. (2004). *Vida plena en la Vejez*. México: Pax-México.
- Banjoaquín, R., Fernández, A.E., Mesa, L. y García, E. (2007). “Valoración geriátrica integral”, pp. 51-69, *Tratado de geriatría para residentes*, España: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Consejo Nacional para la población (CONAPO) (2004)[en línea]. Recuperado el 9 de Septiembre de 2010, de <http://www.CONAPO.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2004/sdm23.pdf>
- Chaoulouff F. (1989 ) “Physical exercise and brain monoamines: a review”. *Acta Physiol Scand*. Sep; 137(1):1-13.
- De Gracia, M., Marcó, M. (2000) “Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores”. *Psicothema* [En línea]. 12(2). Recuperado el 15 de Mayo del 2010, de <http://www.psicothema.com/pdf/291.pdf>
- Fava, M., Cassano, P. (2008). “Mood disorders: Major depressive disorder and dysthymic disorder”. In: Stern, T., Rosenbaum, J., Fava, M., Biederman, J., Rauch, S., eds. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier. chap 29
- Fontecha, J. (2005). “Valoración geriátrica: visión desde el Hospital de Día”. *Rev Mult Gerontol*. Vol. 15. Pp.23-25.
- Forsman, A.K. & Nordmyr J & Wahlbeck K. (2011) “Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults”. *Health Promot Int*. Dec; 26 Suppl 1:i85-107.
- González, M. (2000). “Promoción para una vejez sana”. *Gerontología y geriatría IMSS – OPS*. Vol. 2, Núm. 3.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2009)*. *Panorama sociodemográfico de México. Principales resultados*, México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Recuperado el 9 de Septiembre de 2010, de [http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/renalgeo/sistema\\_geodesico\\_referencia.asp?c=941](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/renalgeo/sistema_geodesico_referencia.asp?c=941)

- Jiménez, F. y Pérez, G. (2000- 1995). “Las escalas numéricas de Lawton y de Cruz Roja Española”. *Geriatría*. Vol. 2, Pp. 1-2.
- Jiménez, F. y Pérez, G. (2000). “Un fácil cuestionario internacional para evaluar objetivamente. Índice de independencia en las actividades de la vida diaria”. KATZ. *Geriatría*. Vol. 199, Pp. 22-32.
- Marín, P., Hoyl, T., Gac, H., Carrasco, M., Duery, P., Petersen, K., et al. (2004) “Evaluación de 1.497 adultos mayores institucionalizados, usando el sistema de clasificación de pacientes RUG T-18”. *Revista Médica de Chile*. Vol. 132, Pp.701-706.
- McAuley E, Shaffer S, Rudolph, D. (1995). “Affective responses to acute exercise in elderly impaired males: the moderating effects of self-efficacy and age”. *Int J Aging Hum Dev*. Vol. 41, Núm. 1. Pp:13-27.
- Mendoza, S., Merino, J. y Barriga, O. (2009). “Identificación de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile”. *Rev de Panam Salud Pública* [en línea], 25(2), Recuperado el 2 de septiembre del 2010, de. [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext).
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G. y Ozols A. (2004, Septiembre). “Perspectiva subjetiva de la calidad de Vida del adulto mayor, diferencias Ligadas al género y a la práctica de la Actividad físico recreativa”. *Revista MHSalud* . Vol.1, Núm,1.
- Nance, D. (2010). “Depresión en el adulto mayor. Geriatría clínica y epidemiológica”, pp. 240-248. Disponible en línea en <http://www.insp.mx/geriatria/acervo/pdf/depresion>
- Neugarten, B.L. y Datan, N. (1996/1999) “Perspectivas sociológicas del ciclo vital”, pp. 107-130. En B. Neugarten, *Los significados de la edad*, Barcelona: Herder.
- Olazarán, J., Mouronte, P. y Bermejo, F. (2005) “Validez clínica de dos escalas de actividades instrumentales en la enfermedad de Alzheimer”. *Neurología*, Vol. 20, Pp. 385-434.
- Organización Panamericana de la Salud (OPs) (2004) “Guía clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores” [en línea]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 2 de Septiembre de 2010, de <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=7136>.
- Prisco, R. (2012). *Un programa de actividad física para mayores. Relación con el currículo de Educación Física*. Tesis doctoral. Universidad de Valladolid. Escuela Universitaria de Magisterio, en <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/1485>
- Quirós, M. (1996). *Elaboración de un modelo de salud comunitaria Geronto-Geriátrico basado en la calidad de vida*. Tesis para optar por el grado de magíster en Gerontología. San José: UCR.
- Reyes, H., Svetlana, V., García, J., Espinosa, A., Jiménez, R. y Peña, A. (2009). “Guía para la evaluación gerontológica integral”. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 47, Núm. 3. Pp. 291-306.

- Ribera, J. (1993). "Características generales del paciente geriátrico". Servicio de Geriátria Hospital Universitario San Carlos [en línea],2, Madrid. Recuperado el 4 de Septiembre del 2010, de (<http://revistas.ucm.es/med/11330414/articulos/CLUR9393110013A.PDF>)
- Rosenbaum S., Sherrington C. (2011). "Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review". *Sports Med.* 2011 Oct; 45(13):1079-80. doi: 10.1136/bjsports-2011-090466.
- Rubenstein, L., Rhee, L. y Kane, R. (1982). "The role of Geriatric Assessment Units in caring for the elderly: An analytic review". *Gerontol*, Vol. 37, Núm. 513.
- Salgado, V., González, T., Jáuregui, B. y Bonilla-, P. (2005). "No hacen viejos los años, sino los daños: envejecimiento y salud en varones rurales". *Sal Pub Mex.* Vol.47. Pp.294-302.
- Sánchez Millán, P.A., Ureña Villanueva, F., Garcés de Los Fayos Ruiz, E.J. (2002). "Repercusiones de un programa de actividad física gerontológica sobre la aptitud física, autoestima, depresión y afectividad" [en línea]. España: Universidad de Murcia. Recuperado el 12 de mayo del 2010, de <http://psicodeporte.net/cuadernos/conesa.pdf>
- Seligman, M. (1994). *Indefensión en la depresión, el desarrollo y la muerte*, Madrid: Debate.
- Soberanes, S., González, A., Moreno, Y. (2009). "Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida". *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas.* Vol.14, pp. 161-72.
- Steffens, D., Fisher, G., Langa, K., Potter, G., Plassman B. (2009). "Prevalence of depression among older Americans: the Aging, Demographics and Memory Study". *International Psychogeriatrics.* Vol.21, Núm. 5, pp. 879-88.
- Villagordoá, J. (2007). "Definición de envejecimiento y síndrome de fragilidad". *Revista de Endocrinología y Nutrición.* Vol. 15, pp. 27-31.
- Villalobos, D. (1989). *Problemas de salud que enfrenta la población de la tercera edad en la ciudad de Heredia*. Tesis de Magíster Scientiae. UCR. San José, Costa Rica.



Foto: Gina Villagómez. Fez, Marruecos.

# EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL ADULTO MAYOR

Pedro Sánchez Escobedo  
Javier Vales García  
Christian Acosta Quiróz

## Introducción

La evaluación psicológica es usualmente necesaria, cuando un adulto mayor experimenta pérdidas asociadas al envejecimiento. Diversos estudios al respecto argumentan que la adaptación y el ajuste psicológico es indispensable en todas las etapas de la vida, inclusive en esta última, pero es indispensable también realizar una evaluación antes de diseñar una intervención.

El presente capítulo aborda las estrategias de evaluación psicológica, tanto clínicas como psicométricas del adulto mayor y revisa algunas técnicas de intervención para este grupo etáreo de la población en México. Se presentan evidencias de investigación empírica que permitió el desarrollo y validación en México de una prueba estandarizada para evaluar la calidad de vida del adulto Mayor denominada Inventario de actividades de la vida Diaria del Adulto Mayor (INACVIDIAM).

Son varias las causas por las que es necesario realizar evaluaciones psicológicas e intervenciones en el anciano. Por ejemplo, la causa más común de intervención psicológica y de necesidad de servicios psicológicos en la senectud, es la pérdida de las capacidades físicas. En segundo lugar, es común reportar eventos de sufrimiento relativos a las pérdidas, como la viudez, a la muerte de los amigos e incluso de hijos. En tercer lugar, son importantes el estrés psicológico asociado a una enfermedad y las consecuencias de las mismas que en muchos casos demandan la preparación psicológica para afrontar la muerte.

Estos tres aspectos serán analizados en las secciones siguientes, para después abordar las técnicas de evaluación del anciano desde el punto de vista psicológico en las dos grandes esferas de esta ciencia que son la clínica y la psicometría. Finalmente, se comentan algunas técnicas de intervención psicológica ponderando las perspectivas para la investigación desde el punto de vista psicológico de la edad proveya en nuestro país.

## Adaptación psicológica en la edad proveya

### ADAPTACIÓN AL DETERIORO

De manera natural, el envejecimiento limita el rango de posibilidades a medida que transcurre la vida; sin embargo, la tarea de adaptación en cada adulto mayor es insoslayable y demanda la necesidad de concentrarse en aquellos aspectos de la vida y aquellos objetivos que son de alta prioridad para la gente que involucran la convergencia de demandas ambientales y motivación individual, destrezas, preferencias y capacidad biológica (Baltes, 1997).

Un modelo accesible para entender la adaptación psicológica al deterioro de la vejez es el llamado “Selección, Optimización, Compensación” (SOC) diseñado para explicar la adaptación a la pérdida de recursos debido a la edad, esto se da a través de ajustes en el uso y asignación de recursos para confrontar problemas (Young, Baltes & Pratt, 2007). Este modelo, se basa en el supuesto de que la limitación de los recursos internos y externos de las personas (capacidad cognitiva y física, tiempo, apoyo social, etcétera) con la edad exigen en el adulto mayor especiales esfuerzos para elegir tales recursos.

Una hipótesis general, tomando como base este modelo, dice que los adultos mayores que utilizan estrategias de selección, optimización y compensación para identificar y perseguir objetivos, se adaptarán mejor al envejecimiento en comparación a aquellos que no lo hacen, y que se establece una relación positiva entre la frecuencia en el uso de estas estrategias y el bienestar subjetivo (Burnett-Wolle & Godbey, 2007). A continuación se describen este tipo de estrategias:

- *Optimización*: Implica la promoción de conductas que describen la adquisición e inversión de medios específicos de acción para la obtención de los objetivos seleccionados, y la persistencia en la obtención de estos objetivos cuando se topa con obstáculos.

- *Compensación*: La compensación refleja la promoción de conductas que indican la inversión de medios alternativos o sustitutos ante la pérdida o declive en los medios específicos de acción (Freund & Baltes, 2002).
- *Selección*: Cuando a pesar de compensar y optimizar, la persona no puede funcionar igual que antes, se ve obligada a seleccionar unas cuantas actividades de todo su repertorio para seguir funcionando de una manera más especializada. Hay varios tipos de selección: *selección electiva* significa que la persona promueve conductas como el desarrollo de objetivos claros; *selección basada en pérdidas* sucede cuando la persona reestructura la jerarquización de los objetivos o adapta el nivel de aspiración de manera diferente al nivel de aspiración previo a la pérdida en función de lo que puede hacer.

Por tanto, al usar estrategias de selección, optimización y compensación, los adultos mayores pueden contribuir a un envejecimiento exitoso.

#### ADAPTACIÓN A LA PÉRDIDA

Con la longevidad, el individuo afronta numerosas pérdidas, desde la muerte de la pareja, a la pérdida de las capacidades productivas y capacidades físicas que fueron prioritarias (vida sexual, logro laboral) y hasta otras pérdidas que menos graves, pero que son significativas para la persona como la muerte de una mascota, la pérdida de una relativa autonomía personal o el deterioro económico. Ante esto, el psicólogo que atiende al anciano debe estar pendiente de estas pérdidas y de los procesos de duelo asociados y estar preparado para identificar las diferentes etapas y mecanismos de ajuste (Siegel y Kuykendall, 1990).

Livneh & Sherwood (1991) utilizaron el marco de la teoría del proceso por etapas, y contienden que la reacción psicológica a la pérdida es un proceso predecible que incluye varias etapas consecutivas y diferenciadas entre sí. Sin embargo, cuando Trieschmann (1984:128) revisó la evidencia de investigación empírica a este respecto, concluyó que la linealidad del proceso podría cuestionarse: “No existe suficiente evidencia empírica para validar las etapas consecutivas de este proceso, ya que la mayor parte de los estudios han demostrado una tremenda variabilidad individual a la discapacidad”.

De esto, se deduce que si la teoría del proceso por etapas es utilizada acriticamente para explicar la pérdida, los psicólogos en los centros de atención al adulto mayor podrían estar prejuiciados a esperar un proceso pre-establecido, más que a reaccionar a los sentimientos y expectativas del paciente, por lo que

resulta importante señalar la gran necesidad de hacer investigación en cuanto al proceso de adaptación a la vejez y las diferentes formas de afrontar las pérdidas.

#### ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD Y PREPARACIÓN PARA LA MUERTE

La adaptación psicológica cuando hay presencia de enfermedades es muy difícil de predecir porque depende de múltiples factores. Es mucho más fácil adaptarse a una enfermedad de origen insidioso, lento y gradual que a una enfermedad que se presenta de manera súbita y que puede causar algún tipo de discapacidad; por ejemplo un accidente con fractura que lleve a la inmovilidad.

Otro factor muy importante es analizar cómo se adapta una persona a la discapacidad en la senectud, esto dependerá de sus habilidades de afrontamiento y los recursos existentes previamente. Es decir, quienes han mostrado una buena adaptación a diferentes estresores y obstáculos en la vida previamente y han sido positivos y optimistas, tendrán mejores herramientas para afrontar la enfermedad. Quienes han sido derrotados o superados por eventos negativos previos tendrán más probabilidades de ser superados por la enfermedad en la senectud.

En tercer lugar, mucho depende la adaptación a una enfermedad de la red de apoyo familiar y los recursos materiales e infraestructura presente para el enfermo. Como en cualquier otra situación, la presencia de ayuda, medicación, intervención médica de calidad y aparatos especiales como camas ortopédicas y aditamentos etcétera, serán facilitadores del afrontamiento de la enfermedad. El psicólogo, en suma, deberá evaluar individualmente cada uno de los casos. Establecer cuáles son los recursos y fortalezas y las debilidades y amenazas al bienestar de la persona.

En esta sección, es importante abordar algunos aspectos tanatológicos, ya que desde el punto de vista psicológico, para el anciano la inminencia de la propia muerte es más notoria y cuando existe una enfermedad es más probable que ésta anteceda a la muerte. De acuerdo a Serra y Abengózar (1990), en la ancianidad, el proceso de morir, queda incluido en el concepto de suceso evolutivo.

En la intervención, es importante que el psicólogo ponga en contacto a estas personas con sus sentimientos sobre la muerte. Austin y Heal (1990: 11) manifiestan que “cuando las personas aceptan su propia muerte son capaces de abrir una nueva perspectiva en sus vidas”. Realistamente, uno de los principales sentimientos que hay que afrontar es el miedo a la agonía, a la incertidumbre de

cuando moriremos, a lo que vendrá después de la muerte o las situaciones en la que quedarán los seres queridos.

## Evaluación Psicológica del adulto Mayor

Los servicios del adulto mayor requiere de psicólogos cualificados que puedan hacer una evaluación especializada del bienestar y ajuste psicológico. En esta sección se revisan las tres aproximaciones clásicas del psicólogo en la senectud que son la evaluación del contexto, la evaluación clínica y la psicometría.

### EVALUACIÓN CONTEXTUAL

Uno de los aspectos claves a evaluar el bienestar y el estado psicológico en la vejez, es cómo los adultos mayores estructuran y organizan su vida diaria, lo cual requiere la valoración de actividades en su contexto: qué actividades llevan a cabo, dónde y con quién. Además del interés en una imagen de la vida diaria en la vejez, el conocimiento sobre las actividades de la vida diaria en la edad avanzada es importante por varias razones.

Las actividades cotidianas pueden proporcionar datos sobre los objetivos, motivaciones, habilidades, preferencias, necesidades y deseos del adulto mayor, pues representan los medios primarios por los cuales los objetivos de la vida se persiguen y se obtienen. Por lo tanto, la suma de elecciones describe el día de una persona y refleja sus prioridades y objetivos inmediatos. Estas elecciones diarias forman el contenido y estructura de la vida entera de una persona (Horgas, Wilms, & Baltes, 1998).

Segundo, las actividades de la vida diaria se afectan por restricciones externas como el tiempo y alcance espacial, así como por factores internos tales como los cambios asociados al envejecimiento normal y/o patológico que fomentan y/o dificultan la participación en cierto tipo de actividades o influyen en el cómo el individuo estructura su vida diaria. El envejecimiento normal, implica algunos cambios biofísicos, psicológicos y sociales que son inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo: la fuerza muscular se debilita, los órganos de los sentidos pierden agudeza, también se aprecia un decremento en la capacidad de resolver problemas, etcétera. Sin embargo, en el envejecimiento patológico, los cambios son consecuencia de la enfermedad y no parte del envejecimiento normal: enfermedades vasculares, arterioesclerosis, demencias, etcétera (Montorio & Izal, 1999).

En este contexto de objetivos, motivaciones, habilidades, preferencias, necesidades, deseos, restricciones externas, cambios normales y patológicos, los adultos mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias participando en aquellas actividades que aseguren el mantenimiento personal (comer, bañarse, vestirse, etcétera); sin embargo, también pueden involucrarse en actividades auto-enriquecedoras. Por lo tanto, es importante diferenciar entre tres tipos de actividades de la vida diaria en los adultos mayores (Horgas, et.al. 1998):

- *Actividades instrumentales*, que se refieren a mantenimiento personal en términos de supervivencia cultural.
- Trabajo, actividades de ocio y actividades sociales, que se refieren a actividades comunitarias y auto-enriquecedoras.

Por ello, se dice que la vida diaria puede ser distinta para personas con diferentes variables de fondo, lo cual refuerza el concepto de heterogeneidad en el envejecimiento. Esto refleja patrones de actividad, roles de género y preferencias personales (Nourhashémi, Andrieu, Gillete, & Vellas, 2001).

#### EVALUACIÓN CLÍNICA

Cada anciano es diferente, tiene una historia y situación que exigen de una valoración individual y a la medida. Este es el fundamento para el más importante aspecto de la evaluación psicológica en la ancianidad, que es la evaluación clínica, la cual es cualitativa, individual e histórico-evolutiva por excelencia.

En la evaluación clínica, la pericia del psicólogo en la anamnesis es crucial. La anamnesis se define como la capacidad de análisis del caso, de la investigación exhaustiva de los signos y síntomas y de la historia de la condición (Sánchez, 2007). Para este tipo de evaluación una adecuada aproximación al adulto mayor y el pronto establecimiento de rapport son esenciales. Un buen clínico es capaz de captar los síntomas y signos más importantes, y sobre la base de sus conocimientos y experiencia, ponerlos en perspectiva, para plantear finalmente los diagnósticos que le parecen más probables (Sánchez, 2007). En síntesis, el psicólogo clínico es un hermeneuta que interpreta una estructura de objetos reales e imaginarios, contextualizados y en una dimensión temporal subjetiva.

#### EXAMEN MENTAL

El examen mental es un procedimiento de evaluación psicológica elemental y que debe hacerse rutinario en el anciano. A través del examen mental se obtiene

información respecto al grado de alerta, el juicio, la inteligencia, la memoria y el estado de ánimo. Estos son parámetros que forman parte de la evaluación del estado mental de una persona y es necesario saber identificarlos y analizarlos.

La base del examen mental es la conversación con el paciente, a través de la cual el clínico colecta información sobre varios parámetros indicativos de su estado mental. Desde la forma cómo se viste el paciente, cómo se desenvuelve, el tipo de preguntas que hace, su estado de ánimo, intención y contacto afectivo, entre otros. En este sentido, la capacidad de interacción del paciente es clave para la realización de un examen mental completo. De igual forma, se debe tener presente que el examen mental debe estar de acuerdo al nivel cultural de la persona. Asimismo, la evaluación del estado mental comprende los siguientes aspectos principales:

### Nivel de conciencia

Este parámetro se refiere al grado de alerta y orientación respecto al medio que lo rodea y se divide en tres grandes esferas: la persona, el espacio y el tiempo.

Además de estas preguntas, para conocer el nivel de alerta de una persona se puede recurrir a otros estímulos sonoros o táctiles de distinta intensidad, algunos de los cuales puede llegar a producir dolor, sobre todo si se quiere despertar o hacer reaccionar al paciente, teniendo el cuidado de no infligir daño. Al escribir el reporte del nivel de conciencia los siguientes descriptores son utilizados con frecuencia:

- La lucidez, es el estado de plena alerta que corresponde a la persona normal en vigilia.
- La confusión, se da cuando hay vigilia pero inconsistencia en las reacciones a los estímulos y a en las respuestas formuladas.
- La obnubilación, el anciano se encuentra desorientado en el tiempo (no sabe la hora o la fecha) o en el espacio (no reconoce el lugar donde se encuentra); indiferente al medio ambiente (reacciona escasamente frente a ruidos intensos o situaciones inesperadas y está indiferente a su enfermedad).
- Sopor, la persona impresiona estar durmiendo.
- El coma, se establece cuando no hay ninguna reacción a estímulos externos, incluso, aquellos capaces de producir dolor.

## LENGUAJE

La evaluación del lenguaje se aprecia si la persona es capaz de comprender preguntas u órdenes simples y de responder. Por supuesto, si existe sordera o un déficit motor, la orden podría no tener respuesta por ese tipo de limitación. Otros parámetros relacionados con el lenguaje son la capacidad de nombrar objetos, la capacidad de leer un párrafo y la capacidad de escribir una frase. El buen clínico es capaz de evaluar diversas maneras de percibir el lenguaje, de procesarlo y de expresarlo. Desde luego, se tiene que garantizar que el individuo entiende el idioma que se habla y que por ejemplo no sea analfabeta antes de pedirle leer o escribir algo.

## MEMORIA

Es la capacidad de recordar hechos pasados, ya sean recientes o más antiguos (hechos remotos). También se evalúa la capacidad para retener nueva información. Las personas que están desarrollando una demencia, como se ve en la enfermedad de Alzheimer, tienden a recordar mejor los hechos remotos que los recientes.

## FUNCIONES COGNITIVAS SUPERIORES

Clínicamente se pueden estimar algunas funciones cognitivas, sobre todo para evaluar la pertinencia de aplicar pruebas psicológicas que midan más objetivamente el funcionamiento mental. El psicólogo, a través del interrogatorio puede explorar algunas funciones cognitivas; también puede evaluarse el cálculo aritmético y la capacidad para reproducir un dibujo.

## CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

La parte más sofisticada y difícil de evaluar en un estado mental es el contenido, intención, interpretación y significado de ciertos pensamientos. En muchos casos, pacientes lúcidos y funcionales, tienen su patología en alteraciones en la estructuración del pensamiento, en su contenido y en una falla en la percepción o interpretación que hacen del medio ambiente. Entre dichas alteraciones de tipo cualitativo de la conciencia, se encuentran: los estados contusionales, los de confabulación y los de psicosis.

## ESTADO ANÍMICO Y PERSONALIDAD

A lo largo de la entrevista, de la conversación con el paciente, de la observación de sus gestos, del análisis de sus respuestas, se podrá obtener información sobre sus rasgos de personalidad y su estado anímico. La evaluación de estos aspectos es muy importante para un psiquiatra, pues en un nivel más básico, se puede evaluar la personalidad para saber si es normal o si presenta una alteración del ánimo (ejemplo: depresivo, ansioso o eufórico). De igual forma, se puede evaluar la emotividad, sentimientos, voluntad, forma de reaccionar ante distintas circunstancias; esto último, da muchas veces guía para el diagnóstico de trastornos del afecto.

## EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

Desde la perspectiva psicológica, la evaluación clínica del paciente debe complementarse con la administración de pruebas psicológicas, instrumentos que permitan la recolección objetiva de información y que en muchos casos nos permiten comparar las ejecuciones del examinado con poblaciones cuyos desempeños son conocidos y nos permiten, mediante el uso de normas, generar criterios de normalidad o no respecto a lo observado en la prueba. A continuación y con fines de ilustración, se mencionan algunos instrumentos frecuentemente utilizados con la población en edad proveya, mencionando algunas de sus características.

### Inventario de Actividades de la Vida Diaria del Adulto Mayor (INACVIDIAM)

Esta prueba está centrada en el adulto mayor, para obtener su frecuencia de actividades de la vida diaria, su satisfacción ante dicha frecuencia y dificultades para llevar a cabo tales actividades y pretende evaluar las actividades instrumentales físicas y cognitivas, actividades sociales informales y formales, y actividades recreativas solitarias en el adulto mayor, es el, en su versión femenina y masculina (Acosta, 2011).

La prueba consiste en 27 y 26 reactivos-dibujos para la versión femenina y masculina, de manera respectiva, alusivos a igual número de actividades y cada uno con sus respectivas preguntas sobre “frecuencia”, “satisfacción” y “dificultad”. El INACVIDIAM en su versión masculina cuenta con las dimensiones de “actividades instrumentales del hogar”, “actividades instrumentales físi-

cas”, “actividades instrumentales cognitivas”, “actividades sociales informales” y “actividades sociales formales”, con un alfa de Cronbach para el total de los reactivos de  $\alpha = .843$ . La Figura 1 muestra un reactivo-dibujo de la versión femenina y masculina, respectivamente, del INACVIDIAM.

Figura 1.

### Hacer costuras o bordar



¿Qué tan seguido hace costuras o borda?



¿Está satisfecha por ello?



¿Tiene dificultades para hacer esta actividad?



### Hacer reparaciones eléctricas



¿Qué tan seguido hace reparaciones eléctricas?



¿Está satisfecho por ello?



¿Tiene dificultades para hacer esta actividad?



Muestra de reactivos-dibujos de la versión femenina y masculina del INACVIDIAM (con permiso del autor, 2012)

Debido a estudios realizados con este instrumento, se concluye que el INACVIDIAM, como herramienta en la clínica, detecta dificultades en el adulto mayor para llevar a cabo actividades específicas de la vida diaria, se puede cuestionar adicionalmente a la persona para identificar las estrategias de selección, optimización y compensación que haya utilizado para adaptarse a las pérdidas y cambios asociados con el envejecimiento. Además, el INACVIDIAM puede apoyar en la planeación y aplicación de intervenciones psicológicas en adultos mayores, y medir el impacto de éstas.

## Instrumentos para medir calidad de vida

Actualmente, la estimación de la calidad de vida ha resultado ser relevante en la atención del adulto Mayor. Existen varios instrumentos para evaluar este constructo, entre ellos, el cuestionario EQ-5D (The EuroQoL Group, 1990) que es un instrumento de medida de la calidad de vida relacionada con la salud, compuesto por cinco dimensiones: “movilidad”, “cuidado personal”, “actividades cotidianas”, “dolor” y “estado de ánimo”. Por otro lado, el WHOQOL-BREF (The WHOQOL Group, 1998) de 26 reactivos, se desarrolló como una versión breve del WHOQOL-100 (de 100 reactivos) para evaluar la calidad de vida de forma que permitiera resumir áreas y se empleara para aquellos casos en los que requiriera contar con una evaluación más rápida y sencilla, sin que perdiera sus propiedades psicométricas. Sus cuatro áreas son “salud física”, “salud psicológica”, “relaciones sociales” y “medio ambiente”.

Sin embargo, uno de los primeros cuestionamientos que surgen en la evaluación genérica de la calidad de vida, es si los cuestionarios que se desarrollaron en población adulta joven, se pueden utilizar por igual en la población de adultos mayores. Una segunda cuestión que surge es de si hay áreas específicas de calidad de vida que puedan ser más importantes en adultos mayores. En el desarrollo del módulo WHOQOL-OLD se conformó un instrumento de medición de 24 reactivos con seis diferentes facetas o dimensiones: “capacidad sensorial”, “autonomía”, “actividades pasadas, presentes y futuras”, “participación/aislamiento”, “intimidad” y “muerte y agonía” (Power, Quinn, Schmidt & WHOQOL-OLD Group, 2005).

Existe el consenso de que el constructo de calidad de vida es subjetivo y multidimensional incluyendo aspectos de salud física, salud psicológica y relaciones sociales (WHOQOL Group, 1995) y que la medición de la calidad de vida en la gente mayor debe complementarse con aspectos específicos relacionados a la experiencia de envejecer (Lucas-Carrasco, Laidlaw, & Power, 2011).

Como el WHOQOL-OLD proporciona un puntaje global de calidad de vida que cuenta con amplia validez para adultos mayores, los clínicos pueden utilizarlo para entender mejor el bienestar general de sus pacientes, en vez de sólo utilizar mediciones de síntomas específicos. Por ello, el WHOQOL-OLD tiene una amplia utilidad en contextos clínicos cuando se use como una medida de bienestar general (Lucas-Carrasco, Laidlaw & Power, 2011).

#### INSTRUMENTOS PARA EVALUAR INTEGRIDAD COGNITIVA

Sin duda, la escala más utilizada en México para evaluar la integridad cognitiva es la escala de inteligencia para Adultos de Weschler III. Misma que cuenta con una versión traducida y adaptada a México, con normas por grupo de edad.

Más que una adaptación, el objetivo de los investigadores fue el de generar normas apropiadas para la población mexicana por grupo de edad y evaluar la pertinencia de la prueba para la población de México. Al igual que la adaptación española (Seisdedos y Corral, 1999), el desarrollo de la validación y estandarización para México incluye el trabajo estadístico necesario, pero una revisión cualitativa de la propiedad de las subescalas de la prueba para la población Mexicana.

La escala WAIS III consta de 14 subtests que posibilitan el cálculo del CI para la Escala Completa, CI Verbal, CI de Ejecución y los Índices mencionados precedentemente. En la población de la tercera edad resulta útil para evaluar la capacidad intelectual y es un instrumento de diagnóstico de demencia y otros deterioros cognitivos.

#### EXAMEN DEL ESTADO MENTAL MÍNIMO (MMSE)

Es el test cognitivo abreviado de mayor validez y difusión internacional (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). Su puntaje máximo es de 30 y, originariamente, el valor límite o de corte fue de 24; sin embargo, los resultados deben ser interpretados de acuerdo a diferentes criterios tales como la edad, el nivel educacional y otras variables personales. Se recomienda utilizar el valor límite de 26, valor utilizado en la mayoría de los estudios internacionales. Un resultado por debajo del valor límite sugiere deterioro cognitivo, pero un resultado considerado 'normal' no lo descarta. El MMSE evalúa: Orientación, memoria, atención, capacidad para seguir órdenes y escritura y la principal aportación de esta prueba consistió en proporcionar un instrumento para detección de deterioro cognitivo y que se pudiese administrar en poco tiempo.

#### MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Lobo y colaboradores (Lobo et al., 1979) adaptan el MMSE esta prueba a muestra española, pero introduciendo cambios en algunos ítems que afectaban a la puntuación total, de modo que en lugar de obtenerse una puntuación total de 30 puntos, como sucedía con la versión original, en este caso se obtenían un máximo de 35 puntos. A esta versión los autores la llamaron Mini-Examen

Cognoscitivo (MEC), extendiéndose su uso rápidamente, y conviviendo con otra adaptación, en este caso sí totalmente fiel, del MMSE. El punto de corte establecido para detección de demencia en población española se sitúa en 23 o menos.

#### SHORT-PORTABLE MENTAL STATE QUESTIONNAIRE (SPMSQ)

Es una prueba muy breve, que consta de 10 ítems que evalúan las siguientes funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo (Pfeiffer, 1975). A pesar de su brevedad, presenta una aceptable capacidad discriminativa. El sistema de puntuación se resume en la asignación de 1 punto al ítem incorrecto. Entre 0 y 2 errores se considera normal, entre 3 y 4 errores, deterioro leve, entre 5 y 7 errores, deterioro moderado, y más de 8 errores, deterioro grave.

#### LA PRUEBA LURIA NEBRASKA

Esta batería fue diseñada para evaluar un extenso rango de funciones neuropsicológicas. Basado en los primeros esfuerzos teóricos y las técnicas de diagnóstico clínico del neuropsicólogo ruso Luria. La batería estandarizada consta de 269 ítems, que proporcionan un perfil para las siguientes 14 escalas: Motora, Rítmica, Táctil, Visual, Lenguaje receptivo, Lenguaje expresivo, Escritura, Lectura, Aritmética, Memoria, Intelectual, Patognomónico, Hemisferio izquierdo y Hemisferio derecho. Diseñada para sujetos a partir de los 15 años y que también ha sido aplicada satisfactoriamente con adolescentes de 12 a 15 años.

Ayuda a comprender e interpretar la escala en su conjunto y el papel individual de cada uno de sus ítems, con vistas a completar el diagnóstico. Cada capítulo se divide en tres partes: la primera examina el contenido teórico, la segunda discute las intercorrelaciones entre los ítems, y la tercera describe la estructura de cada escala, basándose en una población de 270 individuos, divididos entre sujetos con daños cerebrales, sujetos con problemas psiquiátricos y sujetos normales.

#### INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL ADULTO MAYOR

Una de las principales demandas de atención integral en el adulto mayor, resultan ser las problemáticas de naturaleza psicológica relacionadas a los cambios y pérdidas físicas, psicológicas y sociales asociadas al envejecimiento, como lo es el caso de la depresión. En la actualidad, ya existen tratamientos psicológicos

que han demostrado su efectividad en el tratamiento de la depresión, en menor tiempo que las técnicas tradicionales y que plantean a la depresión como un fenómeno contextual más que un problema de origen orgánico. Tal aproximación es la llamada Activación Conductual (AC).

La AC es una terapia de nueva generación que ha tenido mucho éxito en trastornos depresivos y que ha sido desarrollada sobre bases contextuales y funcionales. Ésta sustenta que el contexto debe ser el centro de la terapia ya que proporciona una mejor explicación sobre la depresión, a diferencia de las terapias farmacológicas o las psicológicas tradicionales. Este tipo de terapia subraya que en la depresión, las conductas típicas de las personas deprimidas o síntomas tienen un papel significativo en la depresión.

La esencia de la AC radica en que el contexto tiene una influencia determinante en la conducta, así como las consecuencias de ésta. Al respecto, la AC considera que gran parte de las conductas de las personas deprimidas funcionan como conductas de evitación a eventos desagradables de la vida cotidiana, hacia situaciones que no generan satisfactores, actividades rutinarias que exigen esfuerzo y la generación de cogniciones reiterativas. Por tal motivo, bajo esta perspectiva, las causas de la depresión se ubican en el contexto de las condiciones actuales de la persona y no en su interior.

En este sentido, la AC es una terapia más ideográfica que las terapias conductuales tradicionales, es estructurada y de corta duración (del orden de 15 sesiones), no protocolizada, diseñada a la medida del usuario, en donde será más importante la filosofía contextual y el criterio funcional de base, que la aplicación de un conjunto de técnicas psicológicas. Addis y Martell (2004), proponen un enfoque práctico para aplicar la AC en diferentes poblaciones y para diferentes problemáticas de naturaleza psicológica.

El punto de partida es que el cliente lleve a cabo un registro de actividades semanales, donde hora a hora y día a día, anota la actividad que lleva a cabo, así como una o más emociones asociadas a dicha actividades y la intensidad de tal emoción. Después que se han identificado las emociones y actividades durante una semana, se analiza el programa de actividades semanales y se buscan patrones (tendencias a hacer cierto tipo de conductas).

#### LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA (PBE)

La PBE pretende dos metas específicas en la intervención psicológica: la eficiencia y la utilidad clínica. En cuanto a la primera, se basa en la asociación

causal entre la intervención y el cambio en ciertos trastornos específicos. La segunda, se basa en el consenso clínico en cuanto a su generalización, factibilidad práctica, aceptación del paciente y el costo - beneficio de una intervención específica, entre algunos parámetros de juicio.

En suma, la práctica basada en la evidencia (PBE), exige la integración de la mejor información proveniente de la investigación disponible, junto con la experiencia clínica y la consideración del contexto, cultura y preferencias del paciente y defiende la posición de que el psicólogo tiene fortalezas distintivas en la interpretación y desarrollo de estudios clínicos y que la psicología, como ciencia, combina el compromiso con la verdad científica con la atención a las diferencias individuales, las relaciones humanas y el aspecto más subjetivo del bienestar del paciente.

#### LA INVESTIGACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA EN EL ADULTO MAYOR

Ante el envejecimiento de la sociedad en el mundo, México atraviesa una situación inédita: por primera vez la vejez es lugar común y, por primera vez, se piensa que todos los mexicanos pueden alcanzarla y deben, entonces, tener asegurada una buena calidad de vida al envejecer. Mientras el envejecimiento de la población representa en muchos sentidos un logro, también plantea profundos retos para las instituciones públicas que han de adaptarse a una estructura de la población siempre en evolución.

La solución a los problemas de salud de los adultos mayores requiere de un enfoque de salud pública hacia una educación para la salud, detección oportuna de problemas y provisión de recursos apropiados que proporcionen los necesarios cuidados comunitarios y de rehabilitación.

Existe una amplia gama de factores que contribuye a la salud de los ancianos o que los coloca en situaciones de riesgo. Es por ello que se requiere un enfoque multisectorial (enseñar a los ancianos para que conozcan y entiendan sus derechos y promover la educación para la salud) para abordar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas y promover los factores que favorecen un envejecimiento activo. Los principales factores de riesgo son el aislamiento social, la pobreza, una nutrición deficiente, el sedentarismo, el estrés, la ansiedad y la depresión.

Existe evidencia de la importancia de una vida activa para ayudar a prevenir y aliviar enfermedades crónicas. Además, se requiere de una variedad de programas para promover la participación en actividades físicas organizadas y de ejercicio, para un envejecimiento activo.

A través del ciclo vital deberían de optimizarse las oportunidades de bienestar físico, social, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez; mantener la autonomía es el principal objetivo y mantener la salud, factor clave de la autonomía, posibilita el envejecimiento activo.

El bienestar de los adultos mayores puede ser influenciado positivamente por estilos de vida activos. Los adultos mayores que tienen estilos de vida activos requieren menos de servicios médicos mientras que los adultos mayores que están restringidos de sus actividades de ocio favoritas, informan niveles más bajos de satisfacción con la vida y generalmente valoran su salud como más mala en comparación con aquellos que no están restringidos de sus actividades de ocio favoritas (Mahon y Searle, 1994).

De acuerdo con el modelo de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn (1997), el nivel de participación activa en la vida es un determinante de qué tan exitosamente envejecerá la persona. Mantener relaciones cercanas con otros y llevar a cabo actividades significativas (tales como las actividades de ocio), son dos de los componentes más importantes del envejecimiento exitoso. Un indicador de envejecimiento exitoso en adultos mayores, es la capacidad de mantener un sentido positivo de bienestar (Janssen, 2004).

Por lo tanto, se considera que un factor importante, quizá el factor más importante de la experiencia positiva de una persona, son las emociones y percepciones acerca de la experiencia. Un programa de educación para el ocio debe consistir en actividades escritas, orales y audiovisuales, diseñadas para mejorar factores tales como el conocimiento de recursos para el ocio y habilidades relacionadas al ocio, y/o para valorar el estilo de vida en general para entender mejor el rol del ocio en la vida de un individuo. El programa busca incrementar la conciencia de un individuo sobre sus intereses de ocio y de las oportunidades que puedan satisfacer estas necesidades, así como ayudarlo a identificar y eliminar barreras de participación, y a tomar decisiones y hacer planes con relación al ocio.

Además, después de que complete un proceso para clarificar necesidades de ocio, el individuo debe desarrollar planes para identificar cualquier barrera y seleccionar un proceso para facilitar los objetivos individuales de ocio. La educación para el ocio mejora los estilos de vida saludables y reduce las demandas de otros servicios de apoyo, por lo que la educación para el ocio debe establecerse como un servicio de salud preventiva y es una forma efectiva de reducir

la brecha entre demandas medioambientales y las capacidades de una persona que envejece.

Afortunadamente, los adultos mayores que adquieran nuevas actividades de ocio, refuercen su involucración en las actividades de ocio que ya realizan y adapten actividades para mantenerse activos, pueden disfrutar de periodos más largos de independencia y de vidas felices. Un programa de educación para el ocio consiste en sesiones con los siguientes contenidos:

**Apreciando el ocio:** el objetivo de estas sesiones es proporcionar oportunidades a los participantes para que aprendan las definiciones y estilos de vida de ocio, a familiarizarse con los beneficios del ocio, a identificar las barreras para participar en el ocio y a determinar formas de resolver las barreras para el ocio.

**Consciencia del ocio:** el objetivo es proporcionar oportunidades a los participantes para estar conscientes de sus actitudes hacia el ocio, entender los factores que pueden afectar su participación en el ocio, examinar sus actividades recreativas en el pasado, considerar sus actividades recreativas actuales e identificar actividades recreativas futuras posibles.

**Autodeterminación en el ocio:** el objetivo es proporcionar oportunidades a los participantes para aprender acerca de sus éxitos personales en el ocio, entender la importancia del crecimiento personal y su responsabilidad en la participación en el ocio, aprender a expresar preferencias y a entender cómo ser asertivo.

**Interactuar socialmente durante el ocio:** el objetivo es proporcionar oportunidades a los participantes a aprender la dinámica de la interacción social, a obtener conocimiento acerca de lo apropiado de las conductas de interacción social, a demostrar conductas verbales y no verbales que impliquen atención a otros y a exhibir conductas verbales necesarias para un diálogo efectivo.

**Uso de recursos para facilitar el ocio:** el objetivo de estas sesiones es proporcionar oportunidades a los participantes para aprender cómo localizar e identificar fuentes de información acerca de oportunidades de ocio y a utilizar recursos impresos, humanos e institucionales que faciliten la participación en el ocio.

**Toma de decisiones acerca del ocio:** el objetivo de estas sesiones es proporcionar oportunidades a los participantes para que aprendan a identificar metas de participación personal en el ocio y actividades para lograr estas metas, utilizando para ello un proceso de toma de decisiones, donde el participante diseñará planes de acción, enfocados y dirigidos, para convertir el proceso educativo en conductas de ocio instrumentales.

## Bibliografía

- Acosta, C. (2011). *Inventario de Actividades de la Vida Diaria del Adulto Mayor (INACVIDIAM)*. México: Manual Moderno.
- Addis, M., & Martell, C. (2004). *Overcoming Depression. One Step At A Time*. EUA: New Harbinger Publications, Inc.
- Baltes, P. (1997). "On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory". *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Burnett-Wolle, S., & Godbey, G. (2007). "Refining research on older adults' leisure. Implications of selection, optimization, and compensation and socioemotional selectivity theories". *Journal of Leisure Research*, 39(3), 498-513.
- Freund, A., & Baltes, P. (2002). "Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity". *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 642-662.
- Group, T. E. (1990). "EuroQoL: A new facility for the measurement of health-related quality of life". *The EuroQoL Group. Health Policy*, 16(3), 199-208.
- Group, T. W. (1998). "Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment". *Psychol Med*, 28, 551-558.
- Horgas, A., Wilms, H., & Baltes, M. (1998). "Daily life in very old age. Everyday activities as expression of successful aging". *The Gerontologist*, 38(5), 556-567.
- Janssen, M. (2004). "The effects of leisure education on quality of life in older adults". *Therapeutic Recreation Journal*, 38(3), 275-288.
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K., & Power, M. (2011). "Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults". *Aging & Mental Health*, 15(5), 595-604.
- Mahon, M., & Searle, M. (1994). "Leisure education: It's effects on older adults". *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 65(4), 36-41.
- Montorio, I., & Izal, M. (1999). "Cambios asociados al proceso de envejecimiento". En: M. Izal, & I. Montorio, *Gerontología conductual, Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Nourhashémi, F., Andrieu, S., Gillete, S., & Vellas, B. J. (2001). "Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty. A study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS Study)". *The Journal of Gerontology*, 56(7), 448-453.
- Power, M. Q.O. (2005). "Development of the WHOQOL-OLD module". *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1997). "Successful aging". *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Siegel, J., & Kuykendall, D. (1990). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 519-524.

Young, L., Baltes, B., & Pratt, A. (2007). "Using selection, optimization, and compensation to reduce job/family stressors. Effective when it matters". *Journal of Business and Psychology*, 4, 511-539.



Foto: Archivo Ramírez Aznar.

## UNA APROXIMACIÓN A LA SEXUALIDAD Y EL VIH/SIDA EN ADULTOS MAYORES DE MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

Vera-Gamboa Ligia

*Viví un estilo de vida tradicional y convencional.  
Cuando me casé, en 1959, era virgen y mi relación  
fue monógama durante mis 23 años de matrimonio”*

Janet Pecinosky F.

(Mujer heterosexual infectada en 1985 a la edad de 50 años).

*“Nunca pensé que pudiera estar infectado”*

Roberto.

Hombre homosexual diagnosticado a los 55 años.

### Introducción

El aumento en la esperanza de vida ha llevado a cambios demográficos importantes siendo cada vez mayor, según el país del que se trate, el número de adultos mayores que demandarán servicios de salud. Por otra parte es un hecho reconocido que en materia de salud pública, las enfermedades infecciosas han cedido paso a las llamadas enfermedades crónico-degenerativas.

Desafortunadamente, la sexualidad y la salud sexual, es poco abordada y las enfermedades crónico-degenerativas no son la excepción. No es posible dejar de señalar que, por diversos motivos, en especial los socioculturales, se da por hecho que, para la población adulta mayor la sexualidad es inexistente y no se diga las prácticas sexuales. Sin embargo, y tal como ha sido reconocido en el campo de la sexología, es claro que el adulto mayor disfruta de su sexualidad y mantiene actividad sexual independientemente de la edad, que tenga. El objetivo del presente capítulo es visibilizar aspectos de la sexualidad en los adultos

mayores y su relación con la infección por el VIH, aspectos que abordará el presente capítulo.

## La sexualidad en el adulto mayor

La sexualidad como un aspecto central del ser humano está presente a lo largo del ciclo vital, y esto incluye a los adultos mayores. El envejecimiento como etapa del ciclo vital incluye la vivencia de la sexualidad, terreno que continúa siendo poco explorado y en el cual los estereotipos, prejuicios, mitos y falacias están presentes en el caso de los adultos mayores (Herrera, 2003).

En el contexto sociocultural la sexualidad es mal entendida al limitarla a la reproducción y asociarla a una estética juvenil y vigorosa. La sola idea de una relación sexual coital entre adultos mayores se considera antiestética y casi imposible y estando por lo tanto rodeada de mitos y estereotipos (Herrera A, 2004).

De conformidad con lo documentado por González A. (2005) existe evidencia de estudios que afirman que el sexo es bueno para la salud y el bienestar de los individuos, y la práctica de relaciones sexuales es signo de vigor, y fuerza independientemente de la frecuencia. Esta misma autora indica que el 72% de hombres y el 65% de mujeres mantienen el interés sexual alrededor de los setenta años, aunque la actividad sexual es mucho menor lo que resulta lógico dados los cambios que se presentan con el proceso de envejecimiento. En México se ha reportado que, un alto porcentaje de hombres y mujeres se mantienen sexualmente activos más allá de los 70 años (IMSS, 2013), lo anterior lleva a considerar que, a pesar de los cambios fisiológicos que ocurren es un mito la pérdida del “apetito sexual” y menos aún la capacidad para establecer vínculos afectivos, y viven el proceso de enamoramiento tan intensamente como un adolescente o adulto joven.

Con lo anterior concuerdan los resultados de Herrera A (2005) quien encontró que los adultos reconocen la actividad sexual más como norma que excepción y con Vera y González (2010), quienes reportan que la población adulta mayor que estudiaron, mantiene actividad sexual además de contar con conocimientos adecuados sobre los cambios físicos sexuales que experimentan, y consideran benéfica para su salud mental la práctica sexual. Por su parte González, Núñez, Hernández y Betancourt (2005), reportaron que los adultos mayores de su estudio reconocieron como natural las necesidades sexuales pero al mismo tiempo refirieron un menor interés. Guadarrama, Ortiz, Moreno, González

(2010), reportaron que la sexualidad es parte importante de la cotidianidad de estos adultos aunque, no necesariamente se asocian a prácticas sexuales y su impacto es positivo sobre la calidad de vida cuando está presente. Asimismo, un porcentaje elevado de los entrevistados refirió que era importante mantener una vida sexual activa.

Según reporta Yáñez (2004), dos aspectos de la vida generan bienestar físico y mental: la capacidad de amar y la posibilidad de trabajar. A pesar de ello, la mayoría de los adultos mayores por aspectos socioculturales, tiende a rechazar sus manifestaciones sexuales, situación que es reforzada por la sociedad, que al considerar asexuados a los adultos mayores o peor aún, establece palabras estigmatizantes para quienes ejercen su sexualidad en esta etapa de la vida como: “*viejo rabo verde*” “*vieja calenturienta*” entre otros.

De acuerdo con el *Programa Adulto Mayor PrevenIMSS* del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2013) la sexualidad es una fuente de valoración para la población adulta, pero desafortunadamente se ve influenciada por los cambios que se presentan con la edad como es el caso de la menopausia en la mujer y la andropausia en el varón.

En el hombre, estos cambios se manifiestan como una disminución del vigor sexual, modificaciones en la respuesta eréctil y prolongación del período refractario, (esto es, mayor tiempo de recuperación entre una y otra eyaculación). También se sabe que la modificación en la respuesta eréctil puede verse agravada por la presencia de diabetes mellitus (Navarro, 2008).

## Epidemia del VIH/Sida. Algunos datos

En cuanto a la epidemia del sida en 2011, según estimaciones del Programa Mundial Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA 2011) era de 34.2 millones de personas alrededor del mundo viviendo con VIH. Igualmente en ese año se reportaron 2.5 millones de nuevas infecciones y 1.7 millones de personas fallecidas a causa del Sida. (ONUSIDA 2011).

Es innegable a 30 años de la pandemia del VIH/Sida, ésta ha mostrado muchos rostros en su dinámica epidemiológica; es así, que hemos transitado desde el concepto de “*grupos de riesgo*” hasta lo que hoy se conoce como prácticas de riesgo, pasando por los distintos grupos de población afectados hablándose hoy en día de grupos vulnerables.

Con el advenimiento de los medicamentos antirretrovirales para el control de la infección por VIH, la sobrevida se ha prolongado por lo que en la actualidad esta infección es considerada como una patología crónica.

## Adultos mayores y VIH/Sida

En este punto, recientemente ha emergido como grupo vulnerable el de los adultos mayores. Es importante señalar que en cuanto a la definición o el criterio de la edad para definir al adulto mayor éste, puede ser variable. En México se considera a una persona como adulto mayor a partir de los 65 años. Esta observación es importante de considerar en función de que los estudios que abordan la temática del VIH/sida en el grupo de adultos mayores la conceptualizan en su gran mayoría a partir de los 50 años. Muchos podrían no considerar que se pueda hablar de “personas mayores” para referirse a quienes tienen 50 años. Sin embargo, se suele utilizar la edad de 50 años para las estadísticas relacionadas con las “personas mayores” y el VIH y sida (OMS, 2010).

Sin duda, el hecho del acceso a tratamiento antirretroviral ha llevado a una larga sobrevida de las personas viviendo con VIH/sida (PVV's) lo que ha propiciado un cambio epidemiológico que debe de ser tomado en consideración al hablar sobre la relación entre la infección por VIH y la edad. Es con estas consideraciones que se pueden encontrar al menos dos posibles escenarios: 1) adultos mayores viviendo con VIH/sida y 2) adultos mayores sin VIH/sida.

## Adultos mayores viviendo con VIH/Sida

Aproximadamente en los últimos cinco años, diferentes estudios (Blanco y Oteo, 2008; Ernst, Hufnagle, Karpiak y Shippy, 2008; Population Reference Bureau, 2009) han señalado que ante el aumento en la sobrevida de las personas viviendo con VIH/Sida, el panorama epidemiológico ha cambiado y así aquellas personas que se infectaron en la juventud o adultez temprana están llegando a esta etapa del ciclo vital.

En 2009, el Population Reference Bureau reportó que Estados Unidos, los adultos de 50 años o más cuentan para: 10% de las nuevas infecciones para el año 2006, 21% de diagnósticos de Sida entre 2006 y 2007, 28% de PVV's en 2007, 34% de aquellos viviendo con Sida en 2007, cifra superior al 24% que representaban en 2003.

Por su parte, Kramer, Ramos, Sprinz y Manfori (2009) reconocen también como grupo vulnerable emergente al de los adultos mayores. Igualmente, Blanco y cols. (2008) señalan que en España una persona de 50 años es un nuevo retrato de la epidemia y que el diagnóstico del VIH se realiza de manera tardía, bien porque no se piensa en esta posibilidad y la sintomatología no se reconoce, o bien porque puede enmascarse por la edad, situación con la que coinciden Álvarez, León, Gutiérrez, Torres, Torres (2009). Al respecto hay que señalar que los nuevos diagnósticos se relacionan con las relaciones sexuales sin protección. Es así que se ha señalado que algunos factores que pueden influir sobre este hecho son, entre otros, no ser considerados como una población vulnerable lo que lleva a no solicitar la prueba de VIH y la falsa percepción del personal de salud de que son seres asexuados.

Además, es una realidad que no usan condón al considerarlo como anti-conceptivo y con la intención de aumentar la respuesta eréctil, misma que puede verse además influenciada por otras enfermedades concomitantes (como es el caso de la diabetes) o como resultado de la administración de algunos de los medicamentos antirretrovirales. Y para el caso de las mujeres los cambios anatómico-fisiológicos producidos por el climaterio hacen más frágil la mucosa vaginal a las infecciones incluida la infección por el VIH. Algunos datos sugieren que algunas condiciones de salud en adultos mayores pueden evolucionar más rápido en quienes viven con el VIH.

Hoy día en México (CENSIDA, 2012), al considerar el rango de edad de los 50 años a 65 años o más de personas viviendo con VIH/Sida éstas representan el 10.8% a nivel nacional con diferencias regionales, así, para el estado de Yucatán representan el 6.1%.

Es importante considerar que hablar sobre el VIH con los adultos mayores representa una oportunidad para un diagnóstico temprano y mayor sobrevivencia, pero también para disminuir en aras de la prevención los comportamientos de riesgo.

Un estudio en Estados Unidos (Ernst y cols 2008) realizado en más de 3,000 personas, confirmó que el interés en el sexo no decae en la madurez y, si ocurre, usualmente se debe a mala salud o al hecho de no tener pareja, como lo demuestran los siguientes datos:

- El 73% de las personas entre 57-64 reportaron haber tenido sexo durante el año previo, el 53% de aquellos entre 64-75 y el 26% en el rango de 75-85.

- Más del 53% de los hombres reportaron haber tenido relaciones sexuales exclusivamente con mujeres, el 38% exclusivamente con hombres, y el 10% con ambos géneros, esto es, con hombres y mujeres.
- Los sexualmente activos, reportaron tener sexo dos a tres veces al mes.
- Si su salud es muy buena, una **persona** tiene una probabilidad dos veces mayor de ser sexualmente activo que aquellos con mala salud.
- El 16% de las personas que acudían a un grupo dijeron ser sexualmente activos y reportaron que habían tenido relaciones sexuales vaginales o anales sin protección con una pareja cuyo estatus del VIH desconocían.
- Mientras que el 28% de los que dijeron ser sexualmente activos dijeron que no tendrían sexo sin protección bajo ninguna circunstancia, 32% dijo que el deseo sexual y una pareja sexual atractiva quizá los llevaría a hacerlo, y el 32% dijo que lo harían si la pareja se los pidiera, ofreciendo numerosas razones para tener sexo sin protección. El 27% mencionó haber estado bajo la influencia de drogas.
- El 19% dijo sentirse deprimido o necesitado de cariño, y el 14% pensó que el riesgo para adquirir una ITS era mínimo.

Los datos anteriores muestran la necesidad de implementar acciones sobre el VIH/sida dadas las prácticas sexuales de los adultos mayores considerando que:

- El uso de drogas representa más del 16% de las infecciones en mayores de 50 años.
- Las relaciones sexuales sin protección, tanto heterosexuales como homosexuales. El uso de *Sildenafil* y de otros fármacos que ayudan a los hombres a lograr y mantener la erección contribuye a un mayor índice de relaciones sexuales y de transmisión de infecciones de transmisión sexual tanto entre las personas mayores como entre los más jóvenes.
- Tener VIH/sida puede ser el peor de los estigmas para las personas mayores. Esto puede resultar en la posibilidad de esconder la infección a sus familiares y amigos quedando sin redes sociales de apoyo.

## Objetivo

El objetivo del presente trabajo fue visibilizar las prácticas sexuales de los adultos mayores y su vulnerabilidad para la infección por el VIH en Mérida, Yucatán, México.

## Metodología

En un primer momento se presenta una revisión de la sexualidad de los adultos mayores y posteriormente a través de investigación cualitativa y utilizando la técnica de historias de vida se entrevistó durante 2012 a dos adultos mayores, uno de ellos viviendo con VIH/Sida.

### Historia de vida 1

Doña María es una mujer de 73 años, que aparenta mayor edad de la referida, su rostro y figura denota cansancio y enfermedad. Acepta conceder la entrevista al explicarle la razón de la misma. Refiere haberse casado a la edad de 27 años con un hombre de 37 años, y aunque él fue su primera pareja sexual, ella era la segunda pareja de él.

Su pareja tenía otras mujeres además de ella. Al preguntarle cómo se sentía ella sabiendo que él tenía otras mujeres y dice que sentía mucho coraje, pero que si le reclamaba, lo que él respondía era que ella era la esposa y que mientras no le faltara nada debía estar tranquila. Con esta pareja vivió 25 años hasta que él falleció hace 8 años. Enviudó a los 65 años después de mantener una relación de pareja de 25 años, tiempo durante el cual no tuvo hijos a pesar de haberlo intentado. Refiere vida sexual coital en los últimos años antes de fallecer su esposo con una frecuencia aproximada de una vez por semana, sin usar nunca condón, hasta que el diagnóstico del mal de Parkinson los llevó a ya no tener relaciones coitales.

Hay que mencionar que ella fue vendedora de una línea de cosméticos, a través de este trabajo ella logra obtener una pensión, ya que su pareja no le dejó pensión, solo la casa donde vive. Ella comenta que es una persona que vive con diabetes desde hace 15 años y no bien controlada.

Poco a poco se va recuperando de la pérdida y un vecino cercano (10 años mayor que ella) empieza a enamorarla y visitarla en su casa. Se le pregunta si en ese tiempo (más o menos 6 meses de cortejo) salían a pasear, había abrazos y/o besos y la respuesta fue es un no categórico: *“nooo, no salíamos, nos quedábamos en mi casa. No había besos ni abrazos porque él era muy seco”*.

Después de esos 6 meses de cortejo, él le propone tener relaciones sexuales, a lo que ella accede. Dicha relación fue sin protección, aunque a decir de ella, él era o había sido *“muy mujeriego”*. Encuentro sexual que dice no haber disfrutado. Al preguntarle dice: *“es que él era muy tosco, no como mi esposo que era cariñoso”*. Sin embargo, continúan viéndose y manteniendo relaciones, tiempo en el cual él le

pide que se vaya a vivir con él a su casa pero ella no accede. Entonces él le pide matrimonio e inician los preparativos para la boda.

Ya con los preparativos y fecha de boda, acuden a realizarse los análisis pre-matrimoniales, análisis que incluyeron la prueba del VIH/sida, aunque la ley del Registro Civil de Yucatán ya no la solicita en la actualidad. Al momento de conocer los resultados de los análisis, el médico le informa a él que tiene VIH. En ese momento el resultado de ella es negativo, pero de acuerdo a la normatividad vigente, le dicen que había que repetir la prueba. En la segunda prueba de VIH que se realiza, le dicen que también está infectada.

Es un momento muy difícil para ella cuando el médico le explica que ella también está infectada, que era el VIH, sus formas de transmisión y el tratamiento, aspectos que comprende la consejería post-prueba VIH. El coraje la lleva al reclamo y el matrimonio no se efectúa. A pesar de esto, ella acepta que la siga visitando, tiempo durante el cual continuaron manteniendo relaciones sexuales según refiere más o menos cada 15 días. Ella manifiesta que le pedía que usara el condón como había dicho el doctor, pero él no quería y por lo tanto no lo usaban, sin embargo, accedía a tener relaciones. Relaciones que según refiere disfrutaba.

Refiere que el señor falleció hace aproximadamente 3 años. Al momento de la entrevista ella lleva ya 4 años viviendo con VIH y actualmente tiene tratamiento con medicamentos antirretrovirales.

Al preguntarle si ella había oído del VIH/Sida, dice que si lo había escuchado y eso había sido en la televisión (aunque al preguntarle que había escuchado, dice que en realidad no sabía que era, pero ahora ya se lo explicó el doctor). Nunca pensó que le pudiera pasar.

Ella recomienda lo siguiente a hombres y mujeres mayores: *“que si van a tener relaciones sexuales, pues porque uno aún tiene ganas, pues que antes de hacerlo sepan que esa persona no tenga ninguna enfermedad y que se cuiden porque la sexualidad ahí está”*.

En la presente historia la vulnerabilidad femenina a la infección por VIH/sida está presente, favorecida a decir de Herrera y Campero (2002) por las relaciones de género, vulnerabilidad que se incrementa por los estereotipos tradicionales, una mínima escolaridad entre otros sin duda alguna. Igualmente, las nociones de conyugalidad y nupcialidad se traducen en roles sexuales definidos a través de las relaciones de poder sostenidas por el sistema del género y que sin duda, favorecen las relaciones sexuales sin usar condón. A esto se suma el deseo sexual latente en la etapa de adulta mayor, donde a pesar de conocer que su pareja (la segunda) tenía VIH continúa teniendo relaciones sexuales sin usar

condón (Hernández, Gracia, Beranl, Castañeda y Lemp, 2008). Asimismo es posible visualizar la vivencia de la sexualidad través del comentario de la entrevistada de que la sexualidad ahí está y se vive como es entre otras manifestaciones la práctica de relaciones coitales.

## Adultos mayores sin VIH

Considerando los cambios demográficos, en esta sección referiremos los factores que pueden estar presentes para que hoy día, los adultos mayores estén emergiendo como un grupo vulnerable para la epidemia del VIH/Sida. La revisión de la literatura muestra que:

- Sin duda saben menos sobre el VIH/SIDA que las personas más jóvenes. Los conocimientos sobre esta infección suelen ser escasos, ya que no siempre saben cómo se adquiere el virus o la importancia de usar condones, no compartir agujas, hacerse la prueba del VIH y hablar de este tema con los médicos.
- Los trabajadores y educadores de la salud a menudo no hablan con las personas de mediana y de mayor edad sobre la prevención del VIH/Sida.
- Las personas mayores son menos propensas que las personas más jóvenes a hablar con sus médicos sobre sus vidas sexuales o su consumo de drogas y/o alcohol.
- Es posible que los médicos no les pregunten a los pacientes mayores sobre sus vidas sexuales y menos aún si pertenecen a la diversidad sexual, o su consumo de drogas, o de que hablen con ellos sobre los comportamientos de riesgo.
- Muchas personas mayores vuelven a estar solteras. Se divorcian o enviudan. Mientras estaban en pareja, no prestaban atención a los mensajes de prevención del VIH.
- La fuerte convicción de que el VIH sólo afecta a los jóvenes. Muchas personas mayores creen que el VIH sólo afecta a los jóvenes.
- Hay mujeres mayores que tienen contactos ocasionales sin protección y hombres mayores que tienen relaciones sexuales con trabajadoras sexuales además de mantener una vida sexual activa con parejas estables.

## Historia de vida 2

Don Pedro es un hombre de 80 años que representa menos años de los referidos. Al platicarle de la intención de escribir sobre la sexualidad en adultos mayores inmediatamente da su consentimiento para hablar con él y compartir su historia. A pesar de su edad es un hombre fuerte, jovial y muy educado. Refiere que no fue a la escuela, pero que sabe leer y escribir lo mínimo.

Migró muy joven a la ciudad para dedicarse a la albañilería. Actualmente recibe un apoyo gubernamental de \$ 1000.00 bimestrales. Refiere vivir con diabetes desde hace aproximadamente cinco años y trata de apegarse a su tratamiento. Entre los 14-15 años tuvo su primera novia y después de tres años se casó con ella. Al casarse dice que todo cambió. Al preguntar responde que después que nacieron sus cuatro hijos todo fue diferente entre ellos como pareja. Refiere a su esposa como muy celosa, razón entre otras por las que se separaron, ellos como pareja porque era muy celosa, por lo que se separaron aunque ella fallece poco tiempo después.

A la edad de 36 años conoce a la que fue su segunda pareja, dice le gustaba de ella su carácter y la atención que le ponía a él. Mantuvo con esta persona una relación íntima y muy bonita según refiere. Iban a los bailes y la pasaban bien. Se casaron y tuvieron una vida conyugal armónica que duró 28 años, hasta que ella fallece a los 65 años dejándolo solo a la edad de 73 años. En cuanto a la actividad sexual dice: *“pues con mi esposa teníamos relaciones sexuales de 3 a 4 veces por semana, pero a lo último, como ya estábamos grandes pues más o menos dos veces por semana”*. Refiere nunca haber tenido problemas para mantener relaciones, a pesar de ser una persona que vive con diabetes. Con esta su segunda pareja tuvo un hijo.

Cabe señalar que don Pedro es muy abierto durante la plática, extrovertido, sencillo y muy educado. Aunque habla abiertamente sobre el hecho de que aún mantiene actividad sexual inicia o finaliza sus comentario diciendo: *“aunque estoy grande...”*.

Comenta que después de haber mucho la pérdida de su esposa pues poco a poco fue retomando su vida. Y dice pues *“yo tengo mi corazoncito y pues como me gusta el baile...”*. Los domingos va al baile al centro de la ciudad de Mérida y antes también iba los jueves a los bailes del Parque El Centenario. Dice: *a veces cuando veo a una señora... pues me gusta y...”* le digo ¿cómo es eso?, ¿me puede platicar?, y comenta:

*Pues como me gusta el baile, pues voy al baile, busco pareja pues somos jóvenes dice, primero platico y hago amistad con ella, bailamos. Poco a poco agarramos plática (la enamoro dice y sonríe) y cuando agarramos confianza y la plática da pie, le hago*

*la invitación, y si me dice que sí, pues entonces se da y como vivo solo, pues vamos a mi casa. A veces, si ella no está casada o no tiene pareja vamos a su casa". Si tiene marido no me meto con ellas. Lo disfruto más ahora que cuando estaba joven. Uno es hombre y tiene su corazoncito.*

Al preguntarle si se cuida usando condón, su respuesta es positiva pero va más en función de la forma de elegir pareja (refiere no tener relaciones sexuales con "prostitutas") por eso no usa condón. Alguna vez le han dicho que no? y responde: "a veces me dicen no, pero está bien, a las mujeres hay que respetarlas así para que se disfrute".

Como puede apreciarse, los mitos y estereotipos ya señalados en relación a la sexualidad de los adultos mayores se incorporan a su vida diaria y están aún presentes en Don Pedro. Lo que se aprecia en el relato al señalar en varios momentos el comentario: "aunque estoy grande..". Igualmente la cuestión del género está presente cuando comenta: "...pues yo tengo mi corazoncito..." o dice: "pues veo una señora y me gusta.. " y busca las estrategias (en su caso el baile) para entablar contacto y a partir de allí pueda surgir o no el encuentro sexual. En relación a la infección por VIH, su vulnerabilidad está presente en el número de parejas sexuales y el no uso del condón a pesar al parecer del conocimiento de su existencia así como de la infección por VIH.

## Conclusiones

La vivencia y práctica de la sexualidad está presente en la población adulta mayor como lo demuestran las historias de vida presentadas, lo que demuestra que no hay edad límite para el disfrute de la sexualidad. Por ello, a pesar de la ignorancia y mitos prevalecientes sobre la sexualidad de los adultos mayores, se precisa considerar lo que Maslow, (citado por Albarrán y Díaz, 2005) definió como "salud sexual geriátrica: expresión psicológica de emociones y compromisos que requieren mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en una relación de confianza, amor, compartir y placer con o sin coito". Esto es, optimización de la calidad de relación (besos, abrazos, caricias) más que cantidad (número de erecciones, orgasmos). Igualmente, se evidencia la vulnerabilidad de los adultos mayores a la infección por VIH, al no usar condón lo que se entrelaza con los estereotipos y relaciones de género.

En cuanto a la población adulta mayor y el VIH/Sida hay que destacar dos situaciones:

- 1) Dado el número actual de población adulta mayor, misma que se incrementará en los siguientes años, es necesario implementar políticas públicas que prevengan además de las enfermedades crónica-degenerativas más conocidas (diabetes, hipertensión, entre otras) las infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida en este grupo etario.
- 2) Hoy por hoy se desconocen todos los desafíos y problemáticas que enfrentarán los adultos mayores que viven con VIH/Sida y aquellos que se infectaron jóvenes pero llegarán a esta etapa del ciclo vital viviendo con el VIH.

Si bien es cierto que el presente trabajo lleva como limitante que solo se entrevistó a dos adultos mayores, no es menos cierto que ambas historias son reveladoras de la vivencia y las prácticas sexuales de los adultos mayores, así como la vulnerabilidad de los mismos a la infección por el VIH.

## Recomendaciones

Por todo lo anterior, es que es pertinente considerar lo siguiente:

- Es necesario reducir y preferentemente eliminar el estigma relativo a las necesidades sexuales de las personas adultas mayores y alentarlas a que hablen sobre el tema con sus médicos y familiares.
- Existe la necesidad de formar a los proveedores de salud sobre la sexualidad y las prácticas sexuales de la población adulta mayor con el fin de mejorar la comunicación y con esto evaluar de manera más precisa los riesgos que podrían presentar.
- Es prioritario integrar el tema del VIH en los servicios que se prestan a los adultos mayores, incluida la enseñanza para la prevención secundaria (prevención entre personas VIH positivas) y en los servicios de asistencia especializados. Cabe señalar que en nuestro país, el IMSS ha incorporado ya este tema en el Programa de adulto mayor de la mencionada institución, quedando como tarea evaluar su cumplimiento, de lo contrario sería necesario reforzar esta política de salud.

A manera de recapitulación, es menester tener en cuenta que si bien es en la etapa de adulto mayor en que ocurre la jubilación, no es menos cierto, como señala González A. (2005), que la jubilación es únicamente laboral y que no por ello la población adulta mayor se jubila del placer.

Para finalizar, cito al compañero Omar Baños (2007):

*Después de todo, lo que nos queda es seguir aprendiendo, porque como dice el dicho: “el que no oye consejos no llega a viejo” y se pierde la posibilidad de vivir el enamoramiento que vive el octogenario de Memoria de mis putas tristes (García Márquez). Historia de un octogenario que al cumplir sus noventa años de edad decide vivir su fantasía sexual con una jovencita en una casa de citas. Una historia de deseo, placer y amor a finales de la vida.*

## Bibliografía

- Albarrán J.A. y A. M. Díaz (2005). Desconocimiento de la sexualidad del adulto mayor. Limitaciones del equipo de salud para abordar la temática. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud.
- Álvarez Escobar, M. del C., Alfonso de León J.A., Lima Gutiérrez H., Torres Álvarez A., Torres Álvarez A.Y. (2009). El SIDA en las personas mayores. La punta del iceberg. *Rev méd electron* [Seriada en línea] 31(3). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/año%202009/vol3%202009/tema13.htm> [Consultado: 30 de Julio 2012]
- Baños, Omar (2007) Editorial. Impacto transnacional. VIH y tercera edad. 5 (3): 4.
- Blanco, J.R., Oteo, J.A., (2008). “VIH y edad: una relación en evolución”. *Gerokomos* 19(3): 118-120.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (2012). “Registro Nacional de Casos de SIDA”. Datos al 30 de Junio del 2012. Disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2012/sida\\_vih30junio2012pub2.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2012/sida_vih30junio2012pub2.pdf) [Consultado el 10 Agosto 2012].
- Ernst, J., Hufnagle, J.R. Ph, Karpiak, S., Shippy, A. (2008). El VIH y los adultos mayores. AIDS Community Research Initiative of America (ACRIA). [www.acria.org](http://www.acria.org) USA. [Consultado el 10 Agosto 2012].
- González, A. (2005). “Críticas hacia adultos mayores restringen su sexualidad: personas mayores no se jubilan del placer”. Disponible en: <http://www.globalaging.org/world/2005/placer.htm>. [consultado: 12 de Agosto 2007]
- González, D.R., Núñez, R.L., Hernández, P.O., Betancourt, N.M. (2005). “Sexualidad en el adulto mayor. Mitos y realidades”. *Archivo Médico de Camaguey*, 9 (4).
- Guadarrama, R.M., Ortiz-Zaragoza, M.C., Moreno-Castillo, Y., Gonzalez- Pedraza, A. (2010). “Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con la calidad de vida”. *Rev Esp Med Quir* 15 (2) 72-79.
- Hernández, R.D., García, O.M., Bernal, E., Castañeada, X. Lemp (2008). “Migración y ruralización del Sida: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México”. *Rev Saúde Pública*, 42:131-138.
- Herrera, A. (a) (2003). “Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad?” *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(2), 150-162. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262003000200011&lng=es&tlng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000200011&lng=es&tlng=e). 10.4067/S0717-75262003000200011 [consultado: 8 de Mayo 2013]
- Herrera, A. (b). (2004). “Mitos y estereotipos en la sexualidad del adulto mayor”. Santiago de Chile. IV Congreso Latinoamericano de Geriátría, pp 1-5. Disponible en: [www.medwave.cl/congresos/geriatria2003/sexualidad](http://www.medwave.cl/congresos/geriatria2003/sexualidad), [Consultado 5 de Abril 2007].

- Herrera, C., y L. Campero (2002). “La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/Sida: constantes y cambios en el tema”. *Salud Pub Mex*, 44: 554-564.
- IMSS (2013). *Sexualidad. Adulto mayor PrevenIMSS (2013)*. México, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Kramer, S.A., Ramos, L.A., Sprinz, E., Manfroi, W.C. (2009). “Alteraciones Metabólicas, Terapia Antirretroviral y Enfermedad Cardiovascular en Adultos Mayores Portadores de VIH”. *Arq Bras Cardiol*, 93(5): 549-556.
- Navarro Despaigne, D. (2008). “Diabetes mellitus y sexualidad: experiencias y especulaciones”. *Rev Sexología y Sociedad*, 37:16-21.
- Negin, J., Cumming, R. (2010). “Infección por el VIH entre los adultos de mayor edad en el África subsahariana: extrapolación de la prevalencia a partir de los datos existentes”. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 88: 797-876. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/11/10-076349-ab/es/#> [consultado: 15 de Mayo 2013]
- ONUSIDA (2011). “World overview”. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/> [consultado:18 de Julio 2012].
- ONUSIDA (2013). “El envejecimiento y el VIH”. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/20131101\\_JC2563\\_hiv-and-aging\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/20131101_JC2563_hiv-and-aging_es.pdf) [consultado:10 de Octubre 2013]
- Population Reference Bureau (2009). “Today’s on Research Aging. Policy and program implication”. Issue 18, Diciembre.
- Vera Gamboa, L., González Cárdenas K. (2010). *Sexualidad en un grupo de adultos mayores en Yucatán*, México: Archivos Hispanoamericanos de Sexología.
- Yañez, C. (2004). “Sin edad para amar: mitos y verdades de la sexualidad en la tercera edad”. Santiago de Chile. IV Congreso Latinoamericano de Geriátrica. Disponible en: <http://www.globalaging.org/health/world/2004/sexualidad.htm> [Consultado 15 de Agosto 2007].



Foto: Foto Gina Villagómez. Cuzco, Perú.



Foto: Foto Gina Villagómez. París, Francia.

## DECONSTRUCCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE LA VEJEZ EN UNA RELACIÓN A DISTANCIA

Garbiñe Delgado Raack  
Helga Raack Knodel

### Introducción

La situación de globalización mundial, la llamada “crisis económica” y el desarrollo de la era de la información así como de las nuevas tecnologías han generado, entre otros, grandes cambios en la organización social y familiar de la mayoría de los grupos de personas (Gergen, 1992). El caso de los cuidados familiares, tanto de nuevos miembros como de aquellos que requieren algún tipo de atención a partir de cierta edad, no ha quedado exento de sufrir consecuencias. A esto hay que añadirle el aumento de la participación de las mujeres en el ámbito público, diferente a la entrada de los hombres en el ámbito privado, quedándose justamente este aspecto de los cuidados intrafamiliares, en cierta manera, irresuelto (OIT-PNUD, 2009).

Sin embargo, en el presente trabajo no pretendemos analizar las soluciones que a esta situación se le han encontrado, sino profundizar más en otro fenómeno que igualmente se está gestando a este respecto: la necesidad de migrar, por cuestiones de trabajo y economía del mercado, a ciudades, lugares y países diferentes a los que habitan estas personas mayores con alguna necesidad de atención, por parte de sus hijos e hijas en edad productiva (Democracia real ya, 2013).

Los cuidados y el acompañamiento que estas personas adultas pero más jóvenes que sus progenitores aportaban, se encuentra hoy teniendo que ser suplantado mediante los asilos de ancianos, residencias para adultos mayores o personas especializadas en cubrir este tipo de servicio en el propio domicilio de la persona dependiente (Kerdel, 2009). Una pregunta importante que esto sus-

cita en la psicología social se refiere al aspecto emocional y de vínculo familiar que puede ser más difícilmente cubierto por medio de esta nueva organización (Navarro, 2012).

## El envejecimiento en Europa

Ya en 1970 Simone de Beauvoir hablaba en su libro “La vejez” de la conspiración del silencio hacia la misma. En una era moderna, capitalista y neoliberal, las personas adultas mayores dejan de ser vistas y miradas, se invisibilizan (Beauvoir, 2000). Al mismo tiempo, hay autores y autoras que invitan a una construcción social nueva y más positiva de las personas con edades avanzadas (Duran, 2006; Gergen y Gergen, 2000; Lehr, 1980).

Incluso desde la Organización Mundial de la Salud se está trabajando en esta nueva mirada, para la cual se ha acuñado el término “envejecimiento activo”, que resulta más completo que el de “envejecimiento saludable”, anteriormente utilizado, por reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones. El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Se define como el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez (Giro, 2006).

Al menos en Europa hay que históricamente colocar el debate de los cuidados a las personas dependientes y de la tercera edad en la década de los 80 y 90 cuando se evidenció la importancia social del tema y las administraciones públicas y los partidos políticos asumieron la tarea de responder a la necesidad de abordar formalmente el tema de la dependencia de las personas mayores (Escudero, 2007). Rodríguez (2002) señala que este interés se debió en gran parte a cuestiones económicas relacionadas al sistema público de pensiones así como a los intereses de seguros privados.

En todo caso, la visibilización de la situación de violencia estructural que las personas dependientes de la tercera edad vivían posicionó el tema de su protección en la agenda política, llegando a declarar el 2012 como año del envejecimiento activo y de la solidaridad intergeneracional (INMERSO, 2012). La

situación en México es bastante diferente como bien se describe en Montes de Oca (2004) así como en Villagómez y Sánchez (2013), donde se habla de las limitaciones de los sistemas de apoyo formal basados en los programas de seguridad social y de la consecuente relevancia de los sistemas de apoyo informal.

Hoy en día en Europa se puede hablar de un empoderamiento de las personas mayores que parte de un marco estructural, permitiendo una autonomía económica y material (por medio del sistema de pensiones o de las propiedades adquiridas durante su vida) así como un fortalecimiento de su autoconcepto y una reconstrucción de sus identidades (Iacub y Arias, 2010).

Tanto es así que las transferencias que de manera descendente siguen realizando las personas de la tercera edad van desde las materiales hasta las emocionales (Montes de Oca y Hebrero, 2005) pasando por las transferencias instrumentales y las cognitivas. Las primeras, las transferencias materiales se refieren a comida, ropa, dinero, propiedades, etcétera. Y las emocionales a los afectos. Las transferencias instrumentales serían las relacionadas con el cuidado y la compañía. Finalmente las transferencias cognitivas tienen más que ver con el intercambio de experiencias, la transmisión de información, los consejos, etcétera (Proenza, 2013). También los hijos e hijas de estas personas adultas mayores aportan ascendentemente este u otro tipo de transferencias (Villagómez, 2013). Sin embargo, cuando las y los ancianos viven físicamente separados de sus hijos e hijas, por migración de estas últimas, por ejemplo, el tipo, cantidad y calidad de dichas transferencias se modifica (Democracia real ya, 2013). La intención de este estudio es indagar más en este último aspecto.

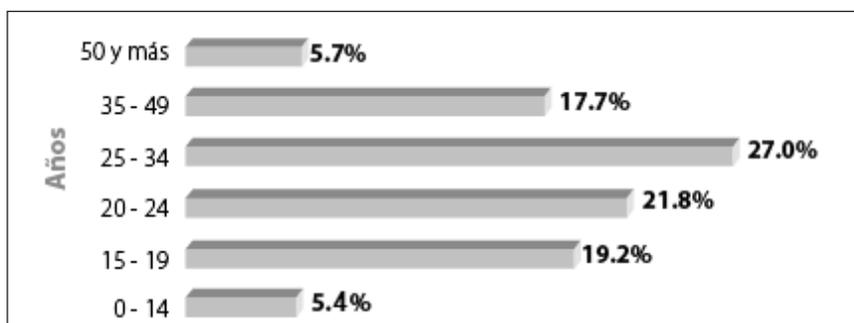
## Los flujos migratorios

Resulta muy difícil hablar de estadísticas sobre el movimiento migratorio. Dependiendo de la fuente que se analice, los números varían enormemente. Según el informe de 2013 de la Organización Internacional para las Migraciones (2013), a nivel mundial la migración sigue creciendo y asciende hoy en día a 213 millones de personas. En España y México, los dos países a los que se refiere este estudio, nos encontramos con los siguientes datos respectivamente:

España: en 2010 emigraron 39.537 españoles/as y en 2011, 62.469. Hubo, por lo tanto, un incremento interanual de las salidas muy notable en términos relativos del 58%. Si tomamos a los/as comprendidos/as entre los 18 y los 64 años, nos encontramos que en 2010 salen 17.380 y al año siguiente 30.597.

En general, se ha demostrado que son las personas mayores de 30 años y con alguna experiencia laboral las que más se marchan (Alba, Fernández y Martínez, 2013).

México: de acuerdo a la Fundación Bancomer (2013) México es el país con mayor número de emigrantes internacionales del mundo. según el INEGI (2013) a junio de 2005, 1.1 millones de mexicanos mayores de 5 años vivían en otros países, 18% radicaba en Estados Unidos. La población que emigra hacia otros países lo hace, en mayor número, entre los 20 y los 34 años de edad, le siguen los jóvenes de entre 15 y 19. Como se puede observar en la siguiente imagen, en los menores de 15 años y los mayores de 50 el porcentaje disminuye, lo que demuestra que la migración se hace primordialmente por cuestiones laborales.



Gráfica extraída de la página web del INEGI.

Los movimientos migratorios han conllevado tradicionalmente transferencias económicas de aquellas personas que emigraban. Según el Banco Mundial, en este año 2014, el dinero enviado a México por parte de los emigrantes ascenderá a 615 mil millones de dólares, convirtiéndolo en el tercer país del mundo en recepción de remesas (Fundación Bancomer, 2013).

En el caso que a continuación se examina, empero, este flujo de remesas no se está presente. Las transferencias recibidas y emitidas, serán pues de otra índole (Proenza, 2013). Para ello y debido a la distancia entre las personas implicadas, las nuevas tecnologías son un vehículo imprescindible para acercar a quienes están lejos (Nubiola, 2011).

## Metodología

### ENCUADRE DEL CASO Y EL PROCEDER

Desde los movimientos feministas se ha realizado la importancia de generar conocimiento desde lo que nos toca (Beauvoir, 2000), de adscribirnos a una corriente filosófica o escuela académica desde lo que nos conmueve (Shotter y Katz, 1996). En este sentido, quienes nos pretendemos sumergir en este trabajo, estamos actualmente viviendo esta situación: Garbiñe, la hija de 33 años, ha emigrado a Mérida, Yucatán, desde hace casi 2 años por razones de estudio y de trabajo. Helga, la madre de 72, vive en Ajangiz, una pequeña localidad del País Vasco. Ella es de origen alemán. Nació en plena II Guerra Mundial y en cuanto pudo salió de su país para conocer otros lugares del mundo y estudiar enfermería. Entre otros lugares residió en Inglaterra, Estados Unidos y Panamá. Fue allí donde conoció a Víctor, su futuro esposo, con quien tras casarse siguió viajando y residiendo durante unos años en Ecuador y Alemania hasta que en 1979 se trasladaron definitivamente al País Vasco. Para entonces ya habían nacido Selina y Natalia, la primogénita y la mediana de la familia. En 1981 se unió a la familia Garbiñe, la hija menor.

El contacto que mantienen Helga y Garbiñe lo califican de bastante privilegiado, debido a que pueden verse y escucharse de manera asidua por medio del Skype, además de que se escriben e-mails varias veces a la semana. Esta situación de separación, empero, no es agradable para ninguna de las dos. Juegan un papel importante en todo esto los mandatos de género que ambas con gusto cumplirían hacia la otra.

Lo que proponemos es, por tanto, iniciar un diálogo por medio de cartas o e-mails que aborde nuestras ideas, reflexiones y sentimientos alrededor del acompañamiento a distancia que mutuamente nos estamos dando en esta época de nuestras vidas. El objetivo es profundizar en nuestra vivencia, analizarla y desarrollar así como plasmar un ejercicio dialógico (Bajtín, 2012) que construya un sentir más cercano y acompañado de la actual situación, pese a la distancia física, ya que creemos que una significación conjunta nos puede acercar todavía más (Anderson y Gehart, 2007). No se descarta la opción de mantener conversaciones al respecto por skype, incluso de grabarlas para que luego sean transcritas.

### EPISTEMOLOGÍA SUBYACENTE

Las bases epistemológicas y filosóficas de esta metodología se sustentan en el construccionismo social (Gergen, 2010; Pearce, 1994; Shotter, 1993) y la posmodernidad (Lyotard, 1999). Partimos de que no hay una realidad única y reconocible a todas las personas que podrían estar viviendo una situación similar a la nuestra y que si la hubiera, tampoco podríamos representarla mediante el lenguaje. Éste no es descriptivo de la realidad, sino que más bien es la herramienta por medio de la cual creamos, construimos esa realidad.

Nuestro objetivo con esta experiencia no es generar un conocimiento universal ni extrapolable a otras realidades. Más bien pretendemos profundizar en nuestras propias experiencias y significaciones, ofreciendo las diferentes voces, opiniones e ideas para quien puedan resultarle de utilidad.

### PREGUNTAS QUE PUEDEN SER RESPONDIDAS A LO LARGO DE LA EXPERIENCIA

Si bien opinamos que el establecimiento de ciertas preguntas previamente, puede sesgar el curso natural de la conversación, desoyendo aspectos que a lo mejor podrían resultar significativos en este caso en particular, hemos desarrollado algunas preguntas que podrían ser contestadas durante los diálogos que siguen:

- *¿Qué pasa con los cuidados de personas adultas mayores en los casos en los que sus hijos/as tienen que emigrar?*
- *¿Cuáles son los costes de esta migración en la relación de ambas partes y por parte individual de cada una de ellas?*
- *¿De qué diferentes maneras se mantiene esa relación y qué utilidad o sentido adquiere ésta?*

### DIÁLOGO

La conversación que a continuación presentamos inicia con la invitación que yo, Garbiñe, le hago a mi madre, Helga, de participar en este ejercicio de comunicación madre-hija. Ella acepta gustosamente, incluso ofreciéndose a buscar más mujeres de su edad que quieran ser parte del proyecto. Le agradezco su iniciativa y explico que me gustaría profundizar en la unicidad de nuestra relación. Así, iniciamos un intercambio de ideas, recuerdos y reflexiones que a continuación plasmo en la forma cronológica en que se dio. Para las palabras o expresiones sueltas que requieren traducción utilizaré las notas a pie de página con

idea de estorbar lo menos posible la lectura natural de los textos. Los e-mails de Helga que vienen escritos originalmente en la lengua en que ella se dirige siempre a mí, en alemán, los presento ya traducidos.

Garbiñe a Helga, en el e-mail escrito el 28 de marzo de 2014:

*Hoy tengo que ocuparme de deberes y cositas. Me he puesto a hacer la propuesta de trabajo para el diplomado de la UNAM que te comenté. Te la mando. Igual está escrita de manera un poco verwirrend<sup>10</sup>. Lo que le propongo a la profa y a ti también, claro, pero tú ya te has comprometido así que no tienes vuelta atrás, es analizar cómo es el acompañamiento mío hacia tí, pero tuyo hacia mi también, a distancia, pro medio de e-mails que intercambiamos al respecto. no sé si para ella va a ser suficientemente riguroso el trabajo que propongo. Tengo que esperar a que me de el visto bueno. Te agradezco que pensaras en buscarme más gente, como Angelines. Lo que pasa que me apetece hacer algo que me toque más emocionalmente. Yo también podría hablar de esto o de cosas relacionadas con mujeres mayores que conozco aquí, pero me parece que es interesante tener esta excusa para sumergirnos en un trabajo relacional, de nuestra relación. No sé qué saldrá de él, pero seguro que construimos nuevas fortalezas y que nos acercamos en entendernos mutuamente. A lo mejor hasta surge la posibilidad de hablar de cómo es esta relación con Selí y Natalia también, a distancia, que es muy diferente, y cómo tú te sientes y que te gusta y qué no de cada acompañamiento diferente que nos damos... No sé... La verdad es que yo estoy de inicio muy bien con vuestro apoyo. Siempre lo habéis hecho, tú explícitamente. Siempre me has animado a hacer este tipo de experiencias. De todas formas sí he llorado mucho al ver este video: <http://www.youtube.com/watch?v=qxu5W4bj4I8>*

Helga a Garbiñe, en el e-mail escrito el 30 de marzo de 2014:

*Acabo de ver el video. No me parece demasiado especial. Es verdad que hay gente joven que se van al extranjero porque aquí no hay trabajo para ellos. Pero muchas personas van al extranjero porque así lo quieren, porque quieren vivir experiencias, que aquí no pueden tener, porque quieren conocer otras culturas, otros paisajes, otras personas e idiomas (dentro del idioma español hay grandes diferencias, como has podido comprobar y esto es interesante saberlo). Cuando miro hacia atrás en mi vida, también me gustaría, que vosotras tres no hubierais crecido demasiado. Selina<sup>11</sup> podría haberse quedado en sus 12 años durante toda su vida y Natalia<sup>12</sup> y tu igual. Entonces hubiera tenido ciertas libertades (cine, ópera...) por un lado y por el otro la alegría de teneros siempre entre nosotros y de reír con vosotras (¿o manipularos?). Pero esto es solo un pensamiento. Cuando me doy cuenta, siento que es bueno que hayáis crecido y que estéis llevando a cabo vuestras propias vidas. La unión entre padres (no puedo dejar fuera a aita<sup>13</sup>) e hijos, hijas queda normalmente para siempre y en nuestro caso sobre todo pero también es*

<sup>10</sup> Desconcertante

<sup>11</sup> Mi hermana mayor

<sup>12</sup> Mi hermana mediana

<sup>13</sup> Como en euskera se le llama al padre

*bueno, que cada miembro de la familia originaria tenga sus funciones y objetivos en la vida, que a menudo no tienen nada que ver con las de otros miembros.*

A menudo pienso que estoy agradecida a la vida, de que os va bien, de que superáis los problemas que se os presentan y de que estáis básicamente satisfechas. Con la edad una tiene menos *motivación para luchar y se queda más con sus recuerdos y la vida cotidiana. No quieres saber de noticias dramáticas en la televisión o el periódico y deseas que los días, meses o años que quedan, pasen de manera harmónica. De todas formas las hijas y nietas están siempre en nuestros pensamientos.*

*Tú y yo cargamos todavía con la época de la anorexia con nosotras<sup>14</sup>. Por lo menos a mi me pasa. Fue una prueba dura, que tu superaste admirablemente. Creo que si no hubiera este tipo de situaciones, tendríamos el paraíso en la tierra. Pero a pesar de la situación mundial actual, merece la pena vivir y aprender. La tecnología ha hecho la separación de la familia algo más fácil y eso en muy poco tiempo. Nosotras la aprovechamos y sentimos que estamos más cerca.*

*Lo que nosotros, como padres queremos es que nuestras hijas y sus planes así como deseos, se hagan realidad o que por lo menos lo intenten. Si eso quiere decir que se tienen que ir al extranjero, entonces es lo que deben de hacer. No creemos que tienen que sentir ningún tipo de obligación hacia nosotras. En el fondo hemos recibido mucho de ellas a lo largo de los años de convivencia, de lo cual podemos vivir de rentas para el resto de nuestras vidas.*

*No creas que siempre te voy a escribir tan largo y tendido. No sé ni si mis pensamientos te son útiles, ¡allá tú!<sup>15</sup>*

Garbiñe a Helga, e-mail escrito el 10 de abril de 2014:

*Hola ama<sup>16</sup>, tenemos carta blanca para seguir adelante con esto, así que te escribo mis pensamientos y emociones sobre lo que me mandaste hace unos días que me sirve y mucho (no solo para cumplir con la tarea; me sirve, sobre todo, personalmente).*

*Me ha emocionado mucho y llamado la atención lo que decías de que por momentos te hubiera gustado que nos quedáramos en los 12 años. Cuando a veces oigo a gente joven sin hijos hablar de que quieren tenerlos nunca se les ocurre ver esa edad de sus futuros retoños como “la mejor” para ellos.*

*Luego hablas de la unión entre padres e hijas que queda normalmente. Y la verdad es que en nuestro caso, yo también la siento (digo en nuestro caso, porque por ejemplo, Nicole<sup>17</sup> me cuenta que un hermano suyo que vive en Suiza ha roto todo tipo de contacto con ellos, con la familia... No sé si en este caso sigue habiendo una unión... ellos tendrían que decirlo). En nuestro caso, ¿qué es lo que nos hace sentir esa unión? Por ejemplo, con Natalia, que se meldea*

<sup>14</sup> Se refiere a cuando yo estuve diagnosticada por algo más de un año con ese padecimiento

<sup>15</sup> Se refiere a “allá tú” o “tú verás si te son útiles”.

<sup>16</sup> Manera en que en Euskadi o País Vasco llamamos a las madres

<sup>17</sup> Amiga alemana que está en el momento de esta investigación de visita en Mérida conmigo

*menos<sup>18</sup>, sigue habiendo esa unión, pero no depende del número ni de la calidad del contacto, ¿o sí? Cómo lo hemos hecho durante todo estos años en los que hemos estado yendo y viniendo, separadas y conviviendo para seguir unidas siendo así, además, que antes (cuando yo me fui a Alemania con 18 años) no teníamos más que teléfono y carta. Y ¿qué tan diferente es nuestra unión dependiendo de estos medios? (son ideas y preguntas que quieren ser una invitación a pensar, no me gustaría que sintieras que tienes que contestar a todas, ni mucho menos).*

*Yo también le agradezco a la vida, primero por tenerla (que creo que no siempre me alegré tanto de vivirla) y segundo porque haya sido en este entorno familiar, con vosotros (y no con María y José en Nabarniz<sup>19</sup>... jajaja). Y por tener padres que me han apoyado siempre tanto. No estoy de acuerdo con lo que dices que acarreamos el tiempo de mi anorexia con nosotras. Yo la recuerdo como algo exterior a mí, como que no me reconozco en esa época, como que sé que pasó, que la pasé, pero no era yo... Y lo que dices me hace pensar en que a lo mejor fue una prueba más grande la que tú superaste alrededor de la anorexia que la que yo superé. Igual y yo era muy joven y no me daba cuenta y tu, por tu edad adulta, sí... O igual la significación que yo hice, el miedo que sentí, lo que dejé volar mi imaginación de a dónde podía llevarnos todo eso no fue tanto... O igual es verdad que el amor de madre es tan grande que finalmente tú sufriste más que yo con eso aunque yo la padeciera. Eso sí me hace sentir muy triste y te pido disculpas, si para algo sirven...*

*Por último quería pararme un segundo en el tema de que lo que queréis como padres es que nosotras intentemos o podamos hacer nuestros sueños realidad. No sé si os conté, que hace unos meses me preguntó un chico de aquí sobre nuestro viaje en bici<sup>20</sup>. Cuando se lo cuento hace un comentario relacionado con que para los mexicanos, nosotras, los europeos, somos unos egoístas porque no tenemos hijos y hacemos ese tipo de experiencias. Yo pensé en que muchos mexicanos y muchas personas tienen hijos justamente por una razón egoísta: tener alguien que les cuide más adelante. Sé que tu no querías tener hijas para “dar una nueva vida” ni ninguna pendejada de esas. Pero sí las querías tener porque las querías tener; es decir, por una razón “egoísta”. Ahora, tu relación con nosotras no ha sido ni de manera europea ni de manera mexicana egoísta. Y eso es algo que me llena el corazón y la mente de agradecimiento, cada vez que lo recuerdo.*

*Bueno amaxxi<sup>21</sup>, no tienes que contestar largo ni a todo. Incluso no tienes ni por qué contestar si no te apetece. También puedes no contestar y escribir sobre o desde otro lugar. Aber du*

<sup>18</sup> Que llama, escribe, ... menos. Que toma menos contacto.

<sup>19</sup> Me refiero a una anécdota de cuando yo era muy chica. Estábamos paseando toda la familia por un pueblo de la zona rural, Nabarniz, y al llegar a un caserío me inventé la historia de que yo era hija de María y José, matrimonio que vivía en ese lugar y que mis padres me habían adoptado.

<sup>20</sup> Estoy haciendo alusión al viaje en bicicleta por Latinoamérica de más de un año de duración que pretendo emprender en unos meses junto con mi compañero

<sup>21</sup> Diminutivo cariñoso de ama, mamita en vasco

*kannst immer ansteigen*<sup>22</sup>. Hasta ahora ha valido la pena y mucho pararme a pensar y a preguntarte sobre este tema. Ich umarme dich ganz dolle!<sup>23</sup>

Helga a Garbiñe, e-mail escrito el 10 de abril de 2014:

*¡Mi ángel!*

*Sé que no esperas una respuesta demasiado profunda de mí. Pero sabes que no puedo dejar de dar mi opinión y como no tendré mucho tiempo durante el fin de semana, porque esperamos a un grupo<sup>24</sup>, te escribo todavía hoy, aunque probablemente no vaya a ser mucho. Pero no voy a contestarte de manera ordenada.*

*Lo primero que me llama la atención es la opinión del mexicano que te llama egoísta porque no quieres tener hijos o todavía no quieres. Él parte de que el egoísmo es una característica negativa. Yo pienso, por el contrario, que no siempre es así. Mi primer embarazo podría llamarse egoísta o instintivo. Creo que muchas mujeres quieren quedarse embarazadas instintivamente. Seguramente depende de la naturaleza, de nuestros genes. No todas las mujeres quieren tener hijos y creo que es su derecho no tenerlos. Yo quería un hijo, pero no de alguien, sino de vuestro padre. Con esto quiero decir, que también hay otros factores importantes, como el amor, la seguridad de que se tiene un futuro conjunto y de que el hombre va a ser un buen padre. A lo mejor no era tan consciente de esto último, pero probablemente estaba segura de ello inconscientemente.*

*El segundo embarazo no fue un acto egoísta de ninguna manera. No quería que la primera hija tuviera que crecer sola. Si no hubiera tenido una buena relación con mi propio hermano, a lo mejor lo hubiera visto de otra manera. La tercera, esa eres tú, no estaba planeada, pero fue recibida con la misma alegría y expectativa que las demás cuando llegó al mundo.*

*En relación al amor de madre, no te puedo decir mucho. Se me hace difícil creer que tú hayas sufrido menos que aita o yo durante el periodo de la anorexia. Creo que el sufrimiento es diferente en cada persona y nadie puede quitárselo a otra persona. Cada quien tiene casi-casi que superarlo. Lo que no significa que la familia no pueda hacerlo más fácil. En nuestro caso, opino que tú puedes superar este periodo difícil más fácilmente que nosotros por el beneficio de la juventud. ¡Algún beneficio tienes que tener como joven inexperta!*

*Ni mis padres ni aita y yo hemos traído hijos al mundo para que nos cuiden más tarde. Yo veo a los hijos como una muestra del amor y la realización de la vida. Como persona soltera se tienen planes de futuro, cuando llega la descendencia todo gira a su alrededor y más tarde no se disfrutan tanto los éxitos o pasos personales, sino los de los hijos. Si te haces mayor sin*

<sup>22</sup> Pero puedes salirte del proyecto siempre que quieras.

<sup>23</sup> Te mando un fuerte abrazo

<sup>24</sup> Hace referencia al pequeño hotel rural que tienen en parte de su casa al que suelen acudir grupos de personas que lo rentan durante el fin de semana.

*hijos, te pierdes esta etapa de la vida. No es una etapa importante para todas las personas. Sin embargo, para mí sí lo es.*

*Para volver una vez más a la anorexia, no me puedo imaginar que ese tiempo no te haya influenciado. Yo no la he olvidado y tampoco lo intento.*

*Así como comunicamos ahora, internet, skype, celular, es fácil tener contacto asiduo, mientras que mi padre tenía que darse por servido con una carta al mes<sup>25</sup>. La unión en la familia probablemente no siempre tiene algo que ver con la cantidad de las noticias, pero sí creo que estoy contenta si escucho algo de vosotras una vez por semana.*

*Que la gente joven tiene que superar su propio camino, es una regla. Piensa en los vascos que se fueron a América o Australia o en los alemanes o europeos. Muchas veces los padres dejaban de saber de sus hijos por el resto de sus vidas. En esto nos va mucho mejor hoy en día. Por eso pienso que vosotras tres no os deberíais de preocupar por nosotros. Estamos los dos juntos y nos apoyamos mutuamente. Aita y yo estamos satisfechos con la vida que hemos vivido y no tenemos ambiciones. Vosotras tres estáis en un buen camino y esa es nuestra mayor satisfacción. Disfrutamos la vida.*

*Bueno, mi nena, esto sería todo. Espero que no te sea demasiado aburrido.*

*Muchos besos*

*Helga*

Garbiñe a Helga, e-mail escrito el 13 de abril de 2014:

*Hola amatzu,*

*Pues menos mal que no iba ser “viel”<sup>26</sup> porque me escribiste más de una hoja!! Dios miiiiiii-iiio, como dice Gabriel<sup>27</sup>, acentuando y alargando la “i”, ¿para todo tiene una opinión esta mujer?! Y qué bien, ¿no? Porque por un lado supongo que por momentos nos ha podido llegar a molestar que de alguna manera sobre todo tenías algo que decir, pero por otro, también pienso, como dice Jakeko Seikkula<sup>28</sup>, un Finlandés que trabaja con personas que tienen esquizofrenia, que no hay nada peor que quedarte sin respuesta... Por lo que siempre nos hemos sentido escuchadas por ti, porque siempre nos has respondido.*

*Estoy pensando en 3 preguntas orientativas que he tenido que plantear para este trabajo. La verdad es que me molesta tener que sesgar nuestra conversación con ellas; como que a lo mejor nos apetecería mucho más compartir otras cosas... Pero, creo que sobre esto también tendrás una opinión (:)) y, de hecho, está relacionado con lo que venimos hablando:*

<sup>25</sup> Se refiere a la época de su juventud a partir de la cual ella también salió al extranjero.

<sup>26</sup> Mucho.

<sup>27</sup> Es un amigo del que ya he hablado a mi madre.

<sup>28</sup> Seikkula y Arnkil, 2006.

*Dices que os tenéis mutuamente, que no nos deberíamos de preocupar por vosotros y eso me alegra mucho. No porque no me tenga que preocupar por vosotros, sino más bien porque os tenéis el uno al otro. A lo mejor no te apetece hablar de esto y si es así, sag es einfach<sup>29</sup> y tan tan, pero ¿cómo serían nuestros cuidados a distancia si no os tuvierais?*

*También hablas de que nosotras tenemos que hacer nuestras vidas y esas vidas están hasta ahora relacionadas con el movimiento y la migración. ¿Qué costes crees que tiene para nosotras, en nuestra relación que nosotras estemos migrando? A lo mejor también te gustaría hablar de los costes que tuvo que tú migraras para la relación con tu aita. Alguna vez me dijiste que él al principio no te apoyaba demasiado con esta idea tuya de viajar... Pero, al fin y al cabo él también estaba muy contento de que te juntaras con aita, de la vida que elegiste,... ¿no?*

*Y luego, la tercera pregunta es acerca de cómo mantenemos esta relación. Tú has dicho que tienes suficiente con que te escribamos una vez por semana. No lo sabía y me alegro que estemos haciendo este ejercicio para aprender este tipo de cosas. Yo veo por ejemplo que Seli<sup>30</sup> intenta ir a veros en todas las vacaciones que ella tiene, yo, cuando estaba en Alemania también lo hacía... ¿Qué tan importante es para nuestra relación, para el acompañamiento que nos damos, el compartir momentos “especiales” (vacaciones, Navidades...)?*

*Ya está, esas son las tres. Como siempre, ama, si no te apetece responder a algo, con toda la libertad. Y si te apetece hablar de algo que no te he preguntado igual.*

*Dankeschön und danke a la vida dass es dich gibt!<sup>31</sup>*

Helga a Garbiñe, e-mail escrito el 15 de abril de 2014:

*¡Mi nena!*

*En cuanto a la primera pregunta: “¿Cómo serían nuestros cuidados a distancia si no os tuvierais?”*

*Tampoco serían diferentes. Si tuviéramos problemas económicos, sería otra cosa. Pero nos va bien. Así que podemos pagar a una persona para que se ocupe de las labores domésticas en cualquier momento, para uno o para los dos. Lo que es importante y, desgraciadamente, no está en nuestras manos es que estemos mentalmente sanos durante nuestra vida. Si esto fuera así estaría por mi parte satisfecha de saber que a vosotras os va bien. Creo que también aita piensa así. Pero esto ya lo he escrito varias veces. Creo que nunca hemos pensado que sois nuestra “propiedad” y que podemos hacer con vosotras lo que pensemos que es correcto. Así que ahora, que sois adultas y hace tiempo tenéis vuestra vida en vuestras manos, es lo mismo.*

*Que estéis “por todo el mundo”, es lo que vosotras queréis y así es como estáis contentas. Nosotros no podemos ni queremos cambiar nada en vuestro deseo. Casi no sabemos lo que es*

<sup>29</sup> Solo tienes que decirlo.

<sup>30</sup> Diminutivo de Selina, mi hermana mayor.

<sup>31</sup> Gracias y gracias a la vida que te tenemos.

*que nuestras hijas vivan cerca de nosotros y que las veamos a diario o semanalmente. Vosotras os fuisteis con 18 años de casa. Solo te puedo decir que, así como estamos y también si no nos tuviéramos el uno al otro, no podemos pedir más y tampoco lo necesitamos. De hecho, es una alegría escuchar tan a menudo de vosotras y también veros. Al igual que mis padres, nunca se me hubiera ocurrido inmiscuirme en la vida de mis hijas, aparte de mis opiniones, naturalmente, que os doy, pero no espero que las aceptéis necesariamente.*

*Las visitas de Selina son siempre bienvenidas, pero tampoco estamos tristes de que esta vez no vayan a venir<sup>32</sup>, por primera vez en Semana Santa. A lo mejor es más importante saber, que pensáis en nosotros que, que vengáis a veces a visitarnos mientras que el resto del año no pensáis en nosotros. Quiero decir que también se puede reforzar el afecto, el amor a distancia y esto es importante. Cada persona consigue mediante el amor de su familia una seguridad que es muy importante en la vida diaria y en la relación con la sociedad.*

*El secreto está en disfrutar las visitas, cuando ocurran. Eso no quiere decir que todo es siempre perfecto en los 14 días que pasamos conjuntamente. Pero si después podemos decir que fue bonito estar juntos, que una ha sido estimulada con la conversación, con el intercambio de experiencias (vuestras y nuestras), entonces ha dejado algo, sobre todo se ha reforzado el sentimiento de pertenecer a una unidad y esto ayuda emocionalmente sobre todo a nosotros y a lo mejor también a vosotras, las más jóvenes.*

*Creo que hablamos todo el rato sobre el mismo tema, aunque las preguntas no sean las mismas. Me parece que no quieres creer que estamos verdaderamente satisfechos y que no nos comparamos con otras familias, cuyos hijos se han quedado aquí. Así como es ahora nuestra vida, estamos contentos, ¡¡¡¡no podría ser mejor!!!!*

*Voy a acabar aquí, porque quiero leer un poco antes de ir a dormir.*

*Ahora puedes preguntarme otras cosas, por ejemplo sobre dinero o platillos. Desgraciadamente no tengo preguntas que hacerte, ya que si te preguntara “¿cómo te va con nuestra edad?” te pondrías enseguida nerviosa. Y aún así tenemos que tomar las cosas como vienen y en eso seguramente no te ayuda la psicología<sup>33</sup>. La vida trae muchos buenos momentos y también malos, pero al final se puede decir casi siempre: “¡ha merecido la pena y nos hemos divertido!”.*

*Buenas noches y saludos a Erik<sup>34</sup>*

*Helga*

<sup>32</sup> Está haciendo referencia a mi hermana mayor y su familia.

<sup>33</sup> Es mi profesión.

<sup>34</sup> Erik es mi compañero.

Skype del 17 de abril de 2014:

*Por el 75 aniversario de mi padre realizamos un skype en el que ambos (mi padre y mi madre) me comparten su preocupación porque piensan que me siento demasiado obligada hacia sus cuidados o su vejez. Explico que nunca había pensado en establecerme y comenzar un proyecto a más largo plazo en ningún lugar, pero que antes de venir a México Erik y yo habíamos convenido en que nos gustaba la idea de establecernos en Astobieta (la casa de mis padres) y tener familia allí. En esta decisión fue importante darme cuenta del valor emocional que tiene esa casa para mí y para mi familia así como haber hecho la experiencia de que si no se vive en ella y se trabaja en el terreno colindante, se echaría a perder. En esta conversación también compartí con mis padres lo que mis hermanas opinaban al respecto. Les alegró mucho escuchar estas ideas. Creo que pudieron desprenderse de la idea que yo estuviera preocupada innecesariamente por ellos y que además encontraron más sentido a seguir trabajando en y para Astobieta, porque las hijas sí tenemos interés en mantener la propiedad.*

Garbiñe a Helga, del e-mail escrito el 18 de abril de 2014:

*Ama, releyendo tu último mail me quedo pensando en la parte en la que hablas de que casi no sabéis qué es vivir con nosotras cerca, pero para mí sí hay épocas en las que hemos vivido más pegadas: cuando trabajé en la oficina de turismo de gernika, por 6 meses en el 2008, por ejemplo. O cuando viví casi por un año completo con Ibai<sup>35</sup> en la casa rural, o, para mí sí fue una época significativa en cuanto a cuidados y acompañamiento, en verano del 2001 cuando estuviste enferma. No tanto de cuidado a ti, sino de cuidado de la casa, de aita, del abuelo Papi... Y me acuerdo que en aquel entonces dije que no quería tener una vida en la que las labores domésticas me quitaran tanto tiempo y esfuerzo. Pero ahora es diferente: lo veo diferente y quiero hacerlo de manera diferente, sin depender tanto del coche, por ejemplo.*

*Me has hecho pensar en lo estimulante que puede llegar a ser para vosotros también vivir a través de nosotras estas experiencias que nosotras estamos teniendo, ¿no? Es decir, que si nos hubiéramos quedado allí, en Euskadi, nuestra vida no hubiera sido menos, pero que los retos cognitivos, actitudinales, sociales que nos encontramos las tres por andar “por el mundo” finalmente también os invitan a vosotros a replantearos cosas nuevas, o ¿cómo lo ves? Estoy pensando un poco también en la estimulación intelectual que pienso que nos es importante en nuestra familia. Pensando con Erik en cómo quiero que sea el futuro, siempre le digo que sí me gustaría buscar una manera en la que no me quede estancada con las ideas y el moverte en diferentes culturas y maneras de hacer te da ese continuo cuestionamiento. Otra manera era como os decía ayer, teniendo que explicar o presentar tu postura a otras personas que pueden aportar desde fuera y enriquecerla.*

*Y finalmente nosotras podemos estar aportándoos a vosotros esto, ¿no?*

<sup>35</sup> Mi ex compañero.

*Ayer en el skype ya te expliqué que no es que piense que no estáis contentos. Creo que sí sois muy felices en Astobieta, en vuestro palacete y en vuestra vida actual. Y eso me alegra muchísimo. Pero esta experiencia de escribirnos y de hablar de este tema, aunque parezca repetitivo, me parece interesante. Por ejemplo, hasta ahora he aprendido que te gusta que te escribamos o hablemos 1 vez por semana, que guardas la época de la anorexia como algo significativo y tampoco quieres modificar eso, que te es más importante saber que os pensamos que que pasemos mucho tiempo con vosotros, etc. (y eso sin repasar todos los e-mails). Sin olvidarnos de la duda que pudimos despejar ayer y que creo que fue una conversación importante generada por este camino que hemos ido construyendo juntas por medio de estos emails. ¿A ti qué te ha aportado este intercambio de mails, si algo te ha aportado? Sobre la pregunta de cómo estoy con vuestra edad o cómo me relaciono con ella, pues sí me golpea darme cuenta, como os dije ayer, que ya han pasado 5 años desde que aita cumplió 70 (edad que me marcó) y que por lo tanto ya tiene 75. Pero al mismo tiempo esto me hace pensar en mi orgullo y admiración hacia vosotros, de lo bien que estáis, de lo mucho que sois con esta edad. Sí creo que voy aceptando, comprendiendo, que esto es así, y así está bien. A cada edad tenemos unas características y capacidades y a mi me encanta la idea de disfrutar las que ahora tenéis (no estoy hablando de aprovechar ni explotar, no vaya a ser que me demanden de maltratadora de mayores<sup>36</sup>).*

*Os mando un fuerte abrazo*

Helga a Garbiñe, del e-mail escrito el 19 de abril de 2014:

*¡Mi nena!*

*No sé si nos sentimos estimulados por medio de vuestras experiencias. Para mí todo tiene que ver con que estéis satisfechas o contentas. En el fondo estáis teniendo las mismas experiencias que nosotros a vuestra edad. Así que me siento confirmada en mis opiniones que a veces os he hecho llegar. Lo que me enorgullece es que no sois “consumidoras normales y corrientes”, quiero decir que tenéis intereses, sois simplemente más humanas. No estaría contenta si vierais la actividad de la compra como un pasatiempo. Que te guste aborrrar, me parece muy bien, solo que esto no se vuelva una obsesión. Por otro lado, vuestras noticias nos estimulan y son razón de conversaciones para nosotros.*

*Este entusiasmo (dinamismo) que tú tienes, sobre todo tú pero también tus hermanas, se pierde con los años. Mientras que tú planeas para dentro de un año (el viaje en bicicleta) o incluso para los próximos cuatro años (el doctorado<sup>37</sup>) nosotros apenas planeamos ya. No por que piense que no voy a llegar hasta entonces, sino porque ya no se da, porque no tengo interés en grandes planes. Por eso pienso que mi futuro está en vosotras. Que, por lo tanto, me alegro*

<sup>36</sup> Por skype había utilizado la expresión “me gusta la idea de aprovecharos mientras estéis con nosotras”. Mis padres lo tomaron a chiste y dijeron que con ese “aprovechar” me estaba refiriendo a explotarlos laboralmente. En esta frase hago alusión a ello, siendo también consciente de que estamos escribiendo algo que otras personas, ajenas a esta broma generada localmente entre nosotros, también leerán.

<sup>37</sup> He compartido con mis padres que a lo mejor me animo a hacer un doctorado en un futuro cercano.

*cuando Natalia tiene planes para el próximo invierno, que tú trabajas en tu viaje en bicicleta, que Selina está intentando conseguir un puesto de trabajo estable al mejorar su curriculum o que quiere tener un segundo hijo. Todo esto lo deseo para vosotras y me alegra por vosotras. Así que en mi caso se puede hablar de una buena posición en la vida. Me imagino la generación de la guerra, donde esto no era así, porque muchas mujeres perdieron a sus esposos e incluso a sus hijos varones en la guerra, de manera que sus recuerdos eran más bien tristes, lo que en mi caso no es así, por suerte.*

*Nuestro intercambio me ha dejado más clara tu postura, aunque, en el fondo, no haya aprendido nada llamativo de ti. Siempre fuiste entregada, honesta, alegre y no sé qué tantas cosas más. Y ya lo sabíamos de antes que las tres encontrarais vuestros caminos en la vida.*

*Que tú has compartido tu vida con nosotros, no se me ha olvidado, pero nunca hemos podido hablar de un tiempo prolongado. Todos sabíamos que nuestra convivencia iba a terminar en algún momento. Por eso no nos entristeció ni nos decepcionó cuando Ibai y tú os fuisteis a vivir a Vitoria<sup>38</sup>.*

*Mientras tú estés satisfecha, estará en general también tu entorno satisfecho. El dicho alemán “así como se llama dentro del bosque, responde éste” es verdad, si yo doy, recibo también.*

## Discusión

ALCANCE DE LA EXPERIENCIA Y RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS INICIALES.

¿Qué pasa con los cuidados de personas adultas mayores en los casos en los que sus hijos/as tienen que emigrar?

Según nuestras conversaciones podrían ocurrir diferentes cosas con los cuidados de las personas adultas mayores: una sería que quedaran sin cuidados, como parece que es el caso en el video que se intercambió y comentó (Democracia real ya, 2013). Otra posibilidad es que estos cuidados se asuman por parte de la pareja, de alguna persona asalariada para tal fin o incluso, como alternativas que no se mencionaron, por otro tipo de personas allegadas. Los cuidados requeridos no son únicamente físicos: en el caso de Helga y Garbiñe se mencionaron las transferencias cognitivas y emocionales, que parece que pueden seguir estando presentes pese a la distancia. Helga dice que las últimas incluso se pueden reforzar a distancia.

¿Cuáles son los costes de esta migración en la relación de ambas partes y por parte individual de cada una de ellas?

<sup>38</sup> Capital de Euskadi ubicada a casi 70 km. de casa de mis padres.

Según Helga, el vínculo en la familia queda normalmente para siempre, independientemente de las circunstancias que rodeen la relación. Garbiñe responde con ejemplos en los que no ha sido el caso, en los que uno de los miembros tras la migración o justamente utilizándola, pone distancia y corta el vínculo. Helga también menciona más adelante el caso de los vascos que emigraban a Australia y América, por ejemplo, que nunca volvían a enviar noticias a sus padres y madres.

Parece que en el caso analizado los costes no son necesariamente negativos: Helga dice que gracias a la buena situación económica que ella y su esposo tienen, en caso de necesitar cuidados que ellos no pudieran proporcionarse, podrían costearlos. También opina que las nuevas tecnologías, las visitas esporádicas que sus hijas les hacen y el saber que ellas piensan en sus padres la mantienen satisfecha.

En los últimos e-mails incluso juegan con la idea de que esta migración puede llegar a ser generadora de conversaciones y de estímulos para Helga y Víctor, su marido. Algo que podría verse como reforzador de esta idea es cuando Helga dice que “cuando llega la descendencia todo gira a su alrededor y más tarde no se disfrutan tanto los éxitos o pasos personales, sino los de los hijos” (10 de abril 2014). Al mismo tiempo, se menciona la idea de que las experiencias de las hijas sirven para verse confirmada en lo que, como adulta mayor, ya se sabe.

Todo esto está relacionado con el tema de las transferencias que Helga y Víctor reciben de sus hijas y las que Selina, Natalia y Garbiñe, a su vez, reciben de ellos. Como se mencionó con anterioridad, es obvio que sigue existiendo un alto grado de transferencias emocionales en ambas direcciones. Helga y Víctor, según asume la primera, también se ven intelectualmente enriquecidos por las experiencias de sus hijas en la distancia, lo que se podría encajar dentro de las transferencias cognitivas. Pese a que la familia sigue intercambiando regalos, fotografías, comida, en caso posible... En las situaciones que para ello se prestan (cumpleaños, Navidades, visitas) éstos elementos fungen mucho más como transferencias emocionales que como transferencias materiales, debido a la menor necesidad física y mayor necesidad emocional o cognitiva de las mismas.

En conclusión, el coste de la migración puede ir desde la pérdida completa del vínculo hasta un enriquecimiento relacional y personal de quienes conforman la diada.

¿DE QUÉ DIFERENTES MANERAS SE MANTIENE ESA RELACIÓN Y QUÉ UTILIDAD O SENTIDO ADQUIERE ÉSTA?

Algo que parece muy verdadero en el caso analizado es que no importa tanto la frecuencia sino la calidad. Pese a que Helga habla en algún momento de que le gusta saber de sus hijas una vez por semana, también opina que no es necesario verse en ninguna fecha en especial: lo importante es que tras los contactos una pueda decir que “ha merecido la pena y nos hemos divertido” (15 de abril 2014). Los e-mails, el skype, el teléfono... facilitan la asiduidad de contacto. La mamá de esta diada piensa mucho en cómo era o hubiera sido en otros tiempos, cuando el medio de comunicación más común era las cartas. Sin embargo, lo que parece más importante es que ella sepa que sus hijas los piensan y cualquier medio para hacerle saber eso sería, en principio, suficiente.

## Resultados no esperados

Algunas de las respuestas que no esperábamos en este intercambio y surgieron de la propia conversación fueron, la importancia para los padres de saber que sus hijas están haciendo lo que quieren en la vida y superan los obstáculos que se les ponen delante. Si bien, esto no es algo generalizable a todas las familias, fue algo que emergió en diferentes momentos del diálogo expuesto.

Por otro lado, y en estrecha relación al tema de los cuidados, parece que la satisfacción de la que tanto habla Helga tiene en parte que ver con la salud mental que para ella es importante mantener durante toda la vida. Esto podría relacionarse con el concepto de empoderamiento manejado desde el feminismo y atribuido también al envejecimiento: el control sobre sus vidas, encarnado en una buena salud mental además de unos recursos económicos para poder disponer de cuidados o apoyo doméstico en caso necesario, otorga una sensación de seguir decidiendo sobre la propia vida. Al mismo tiempo resulta interesante recordar en este punto a Virginia Woolf quien pese a asumir una postura de enferma mental reclama para sí misma justamente esta posibilidad de poder decidir (Daldry, 2002).

De alguna manera podría cuestionarse la idea de invisibilización de la vejez presentada en el marco teórico en alusión a Simone de Beauvoir (1970): el empoderamiento que aquí mencionamos estaría muy por encima de la lucha por la visibilización. El significado otorgado a las personas adultas mayores, como personas dueñas de sus facultades y poder de decisión, hace pensar mucho más

en el concepto de envejecimiento positivo que maneja el matrimonio Gergen (Gergen y Gergen, 2000).

Así, la experiencia que se relata en este texto es una muestra clara de la deconstrucción y reconstrucción de la idea de vejez mediante el diálogo. Preguntados Helga y Víctor sobre este tema en una conversación final por Skype, el segundo opinó que “lo primero (...) es que la edad cronológica no coincide siempre ni tiene por qué coincidir con la edad psicológica: que puede haber jóvenes que se sientan más viejos de lo que dice su carnet de identidad y que incluso otros lo perciban así y viejos que se sienten más jóvenes que lo que su edad diría y que otros también lo ven así”. Sin embargo, también agregaba: “es común a todas las personas, llegadas a cierta edad, el declive de fuerzas y vigor físicos: a mí me sucede al mirarme al espejo o en fotografías recientes que no me identifico con la imagen que me devuelven y me pregunto si soy yo ese”. Desde una mirada más positiva también opinaba que “un viejo gana en serenidad, experiencia, paciencia y método, de forma que no tengo muy claro que mi trabajo físico hoy sea menos eficaz que el de 20 años atrás”.

Para Helga, por su parte, la vejez es “el tiempo después de la jubilación, cuando dejas de tener contacto obligatorio con gran parte de la sociedad. Se descansa de la lucha por un porvenir profesional y familiar”. Ella también habló de los aspectos positivos (como por ejemplo “poder hacer las cosas necesarias con más tranquilidad, estar solamente con las personas que le agradan a uno, tener la libertad de levantarte cuando te apetece, olvidarte de tener que poner una cara amable cuando te sientes triste y muchas más”) y negativos (“perder el contacto con la sociedad si uno no se esfuerza en mantenerlo, perder la salud, la agilidad física y mental, se tiene poca esperanza en el futuro a medio plazo, se piensa más en la muerte pero sin miedo...”) de esta época y resaltó que sus pensamientos ahora estaban más para sus hijas.

En conclusión dicen que “la vejez no es una etapa de la vida especialmente problemática. Su dificultad dependerá sobre todo de cómo respondimos y afrontamos las etapas anteriores”.

### Algunas conclusiones desde la perspectiva de género

Haciendo un repaso de toda la información generada, nos podemos percatar de que las conclusiones de estas conversaciones no se limitan tan solo a la época del adulto mayor. Helga habla del instinto materno, que algunas mujeres

sienten y otras no. Muchas feministas nos preguntaríamos hasta qué punto es este instinto una construcción social (Saletti, 2008). También se abarca el tema del amor de madre, el cual seguidamente nos refiere a las diferentes maneras de vivirlo (en caso de que lo haya), por ejemplo, dejando que las hijas realicen sus sueños, lo cual en muchos casos podría ser criticado como prueba de ser una madre desapegada.

En este sentido, podríamos entender a Helga como una mujer avanzada para su época que se atrevió a salir y viajar en un contexto sociocultural en el que se esperaba que las mujeres permanecieran en casa de sus progenitores hasta casarse. Ahora lo que le es importante a ella, para su tranquilidad durante su vejez, es justamente que sus hijas gocen de esa misma autonomía, que estén libres. Su perspectiva y discurso, bien podría ser visto, pues, como un discurso feminista.

La comodidad que Helga sintió al tener sus hijas ya 12 años y ser ella más libre para poder dedicarse más tiempo a sí misma, mientras al mismo tiempo podía disfrutar de la inocencia de sus hijas es otro punto interesante a analizar desde la perspectiva de género: ¿cómo es que en edades anteriores de sus hijas no pudo ella sentirse libre?

Por último, y adentrándonos más en la etapa vital que nos ocupa, es patente que el contacto que esta familia consigue mantener por medio de las nuevas tecnologías resulta de gran importancia, por lo que nos preguntaríamos ¿cómo se puede facilitar a otras familias que viven una situación similar el acceso a este tipo de tecnologías? Siendo además el mundo de lo tecnológico un mundo clásicamente masculino nos deberíamos a lo mejor preguntar adicionalmente si se deben de plantear medidas especiales para mujeres desde un análisis de impacto de género.

## Aplicabilidad de la experiencia a México

El objetivo de este trabajo no ha sido en ningún momento el de “dominar”, peinar, domesticar, organizar (...) (el conocimiento) para presentarlo en el estrecho mundo conceptual de las ciencias sociales” (Molina, 2014). Desde la postura filosófica de la que partimos, celebramos la diversidad y reconocemos la unicidad de cada relación, situación, contexto y época histórica. Sin embargo, nos gustaría presentar algunas cuestiones comparativas entre México y España

con la intención de abonar al debate de las políticas públicas que rodean al colectivo de las personas adultas mayores en este primer país.

Lo primero que se nos ocurre es diferenciar el proceso migratorio que vive México del expuesto en esta experiencia. En muchos casos se trata de personas que salen de una zona rural, de manera similar a Garbiñe, sin embargo es justamente al comparar las zonas rurales donde se ven mayores diferencias entre países del norte y del sur (Vadillo, 2012). La migración de México está más relacionada aún con necesidades económicas y prueba de ello son tanto los porcentajes de personas migrantes, como sus edades y las remesas que estas personas envían a su país de origen.

Esta situación de precariedad económica y el pobre acceso a las nuevas tecnologías en el caso de las personas adultas mayores de México deberían de ser pues ejes que dirigieran políticas públicas. Lo mismo cabe decir para todo lo relacionado con los sistemas de apoyo formal que como mencionaba Verónica Montes de Oca (2004) son insuficientes en este país, encontrándose a menudo la necesidad de suplirlos o completarlos con apoyos no formales, muchas veces, familiares.

## Propuesta final

Tras esta experiencia se hace patente la importancia de fortalecer o sensibilizar a la población en general sobre el acompañamiento a distancia para la gente mayor usando las tecnologías como recurso emocional decisivo cuando hay migración. En ese sentido proponemos la facilitación de cursos de nuevas tecnologías a personas de la tercera edad, así como la accesibilidad de equipos con conexión a internet. Nos parece importante la alfabetización digital de personas que a lo mejor han vivido la revolución informática al final de su carrera profesional, como es el caso de Helga y Víctor. Pensamos que una campaña titulada “abuelos y abuelas 2.0” podría trabajar este aspecto que tanto apoyo emocional y cognitivo puede brindar a las personas de mayor edad.

## Bibliografía

- Alba, S., Fernández, A. y Martínez, U. (2013). *Crisis económica y nuevo panorama migratorio en España*. Madrid: Fundación 1º de Mayo.
- Anderson, H. y Gehart, D. (2007). *Collaborative Therapy: relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge.
- Banco Mundial (2014). “Comunicado de Prensa: Las remesas hacia países en desarrollo seguirán estables este año, a pesar del aumento de las deportaciones de trabajadores migrantes”. Recuperado de <http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2014/04/11/remittances-developing-countries-deportations-migrant-workers-wb> el 25 de Mayo de 2014.
- Bajtín, M.M. (2012). *Problemas de la poética de Dostoievski*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económico.
- Daldry, S. (director) (2002). *Las Horas* [Película]. Nueva York: Paramount Pictures/Miramax.
- De Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Buenos Aires: Sudamericana.
- De Beauvoir, S. (2000). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.
- Democracia real ya (2013). *La sorpresa*. Video recuperado de [http://www.antena3.com/noticias/sociedad/dos-valencianos-plasman-vdeo-lgrimas-amargas-emigrantes-espaoles\\_2013101000068.html](http://www.antena3.com/noticias/sociedad/dos-valencianos-plasman-vdeo-lgrimas-amargas-emigrantes-espaoles_2013101000068.html) el 28 de marzo de 2014.
- Durán, M. A. (2006). “Las fronteras sociales del siglo XXI”. En Morant, I. [dir. ] *Historia de las mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del XXI*. Madrid: Cátedra. Vol. IV.
- Escudero, B. (2007). “Las políticas sociales de dependencia en España: contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales”. *Reis*, 119/07, pp.65-89.
- Gergen, K.J. (1992). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K.J. (2010). “Kenneth Gergen, PhD, Hablando sobre el construccionismo social”. The Taos Institute. Recuperado el 24 de Noviembre de 2013 en <http://vimeo.com/20869747>
- Gergen, K. J. & Gergen, M. M. (2000). „The new aging: self construction and social values”. Obtenido el 13 de abril, 2014 de <http://www.taosinstitute.net/positive-aging-newsletter>
- Giro, J. (coord.) (2006). *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*. Logroño: Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones.
- Iacub, R. y Arias, C.J. (2010). El empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, vol. 2, núm. 2, noviembre-abril 2010, pp. 25-32.

- INEGI (2013). Datos sobre migración recuperados el 13 de abril de 2014 en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>.
- INMERSO (2012). “Año del envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional”. Recuperado de <http://www.envejecimientoactivo2012.es/> el 25 de mayo de 2014.
- Kerdel, F. (2009). *La vejez en solitario vs. los ancianatos*. Obtenido el 13 de abril, 2014 de <http://piel-l.org/blog/7586>.
- Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.
- Liotard, F. (1999). *La posmodernidad (explicada para niños)*. Barcelona: Gedisa
- Molina, P. (2014). Clases de seminario de tesis dentro del cuarto semestre de la Maestría en Psicoterapia del Instituto Kanankil.
- Montes de Oca, V. (2004). “Envejecimiento y protección familiar en México. Límites y potencialidades del apoyo al interior del hogar”. En Marina Ariza y Orlandina de Oliveira (coord.) (2004). *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. Instituto de Investigaciones Sociales: UNAM.
- Montes de Oca, V. y Hebrero, M. (2005). “México y Guanajuato: Transferencias intergeneracionales hacia los adultos mayores”. *Notas de Población, Celade-División de Población Cepal, No. 80, año XXXII*, octubre.
- Navarro, A. (2012). “Trabajo y salud en mujeres de la tercera edad, el caso de Ameca, Jalisco”. 2º Congreso Internacional Pre-ALASRU. Cuernavaca, Septiembre de 2012.
- Nubiola, J. (2011). “Una mirada filosófica a las nuevas tecnologías comunicativas”. *El Pulso Argentino, n°11, diciembre de 2011*.
- OIT-PNUD (2009). *Trabajo y familia: hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social*. Chile: Andros.
- OIM (2013). *World Migration Report 2013*. Francia: Gráficas Alcoy.
- Pearce, W.B. (1994). “Nuevos modelos y metáforas comunicacionales: el pasaje de la teoría a la praxis, del objetivismo al construccionismo social y de la representación a la reflexividad”. En D. Fried-Schnitman (comp.). *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad* (pp.265-283). Barcelona: Paidós.
- Proenza, Z. (2013). “El sistema de apoyo formal para los adultos mayores en el municipio Camagüey”. *Novedades en población, nr. 17, enero-junio*, pp. 24-37.
- Rodríguez, G. (2002). *Cuidados de larga duración en España: contexto, debates, política y futuro*. Alcalá: Unidad de Políticas Comparadas.
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. Universidad de Granada.
- Seikkula, J. y Arnkil, T.E. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac Books.
- Shotter, J. (1993). *Realidades conversacionales. La construcción de la vida a través del lenguaje*. España: Amorrortu.

- Shotter, J. y Katz, A. M. (1996). Resonances from Within The Practice: Social Poetics in a Mentorship Program. *Concepts and Transformation, 1 (2/3)*. Pp.239-247. Recuperado el 17 de Noviembre de 2013 en <http://pubpages.unh.edu/~jds/Beinum3.htm>.
- Vadillo, F. (2012). Clases de Modelos Contemporáneos, dentro del primer semestre de la maestría en psicoterapia del Instituto Kanankil.
- Villagómez, G. (2013). *No es pecado envejecer: pobreza y desigualdad social del adulto mayor*. México, D.F.: Miguel Ángel Porrúa.
- Villagómez, G. y Sánchez, M.C. (2013). “Tercera edad y pobreza. Algunas aristas de la desigualdad social en Campeche”. En: Villagómez, G. y Vera, L. (coord.) *Vejez: una perspectiva sociocultural*. México: Universidad Autónoma de Yucatán.

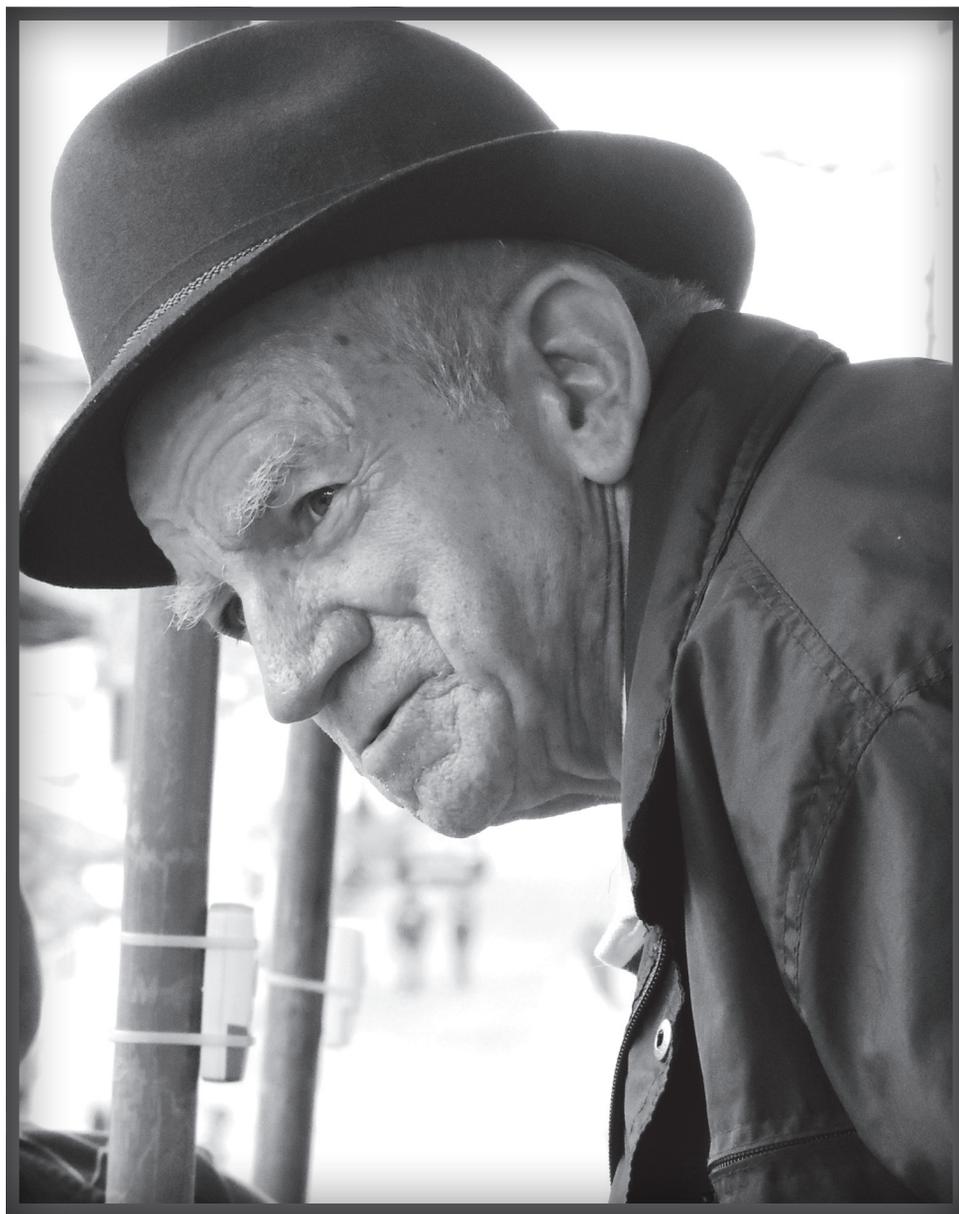


Foto: Gina Villagómez. Filandia, Colombia.



Foto: Francisca Gutierrez de la Concha y Molina, tomada del libro *Desbaciando nudos* de Georgina Rosado

## DESHACIENDO NUDOS: LA VOZ DE LAS ABUELAS

### Reseña de libro<sup>39</sup> y comentarios

Georgina Rosado Rosado

Deshaciendo nudos; es la crónica novelada de la vida de mis abuelas, un tanto versada, un poco sentimental, pero que en realidad podría ser mucho más. La evidencia etnográfica de lo que fue preciso callar, de todo aquello que se ocultó, o se contó entre murmullos para no contrariar la historia oficial, el honor y el modelo ideal de familias. La historia subterránea, los entretelones, que nos permiten entender los verdaderos antecedentes de nuestro ser y deber ser, el tejido real de nuestra identidad de género. Una de las autoras mexicanas que discute y aplica el concepto de género es Marta Lamas, quien lo aborda como *los atributos asignados a hombres y mujeres a través de procesos psicosociales marcados por relaciones de prestigio y de poder* (Lamas, 1997: 3-11).

Es decir, los discursos y prácticas a través de las cuales se construyeron las identidades, pero considerando sus paradojas y contradicciones, tanto las normas explícitas, como sus rompimientos, las reglas institucionales, así como las provenientes del “sentido común” de cada época. Historias liberadoras que nos permiten descubrir que nosotras, las mujeres de hoy, no fuimos las primeras en romper las normas de un modelo idealizado de convivencia y de familias. Porque ese modelo, era la excepción en las prácticas cotidianas, la mentira que de tan repetida paso por verdad, impidiendo el conocimiento real de lo que realmente sucedió, en sus vidas y en la de todos.

Reescribir la historia, atendiendo la voz de las abuelas, es abrir nuevas puertas al pasado, romper mitos y construir nuevas verdades científicas y políticas, donde la perspectiva de género, los conceptos y explicaciones que nos permite elaborar, transitan de la academia a nuestra vida personal, dándole concreción a

---

<sup>39</sup> Rosado y Rosado, Georgina (2014). *Deshaciendo Nudos*, Mérida, Yucatán: Cepsa Editorial.

las frases que encierran grandes ideas como: “lo privado es público”, “lo personal político”. Sobre la discusión sobre los límites entre lo público y lo privado y la visión que se tiene como espacios segmentados (Pateman, 1996; Goffman, 1989) defienden precisamente que lo personal es público. Es aceptar de una vez por todas que efectivamente como nos diría Agnès Heller:

*... La vida cotidiana es el conjunto de actividades que caracteriza reproducciones particulares creadoras de la posibilidad global y permanente de la reproducción social... En toda sociedad hay pues una vida cotidiana: sin ella no hay sociedad” (Heller, 1972: 42).*

Pero advierto que el reescribir la historia, dando voz a las abuelas, en ocasiones duele, porque implica romper la imagen tierna que nos dejó Cri Cri (Gabilondo Soler) de ellas, aquellas de cabello blanco que guardan bajo llave en un antiguo ropero los recuerdos. De las viejecitas que alegran a la familia con sus guisos sabrosos, sus manualidades y frases tiernas. Esas imágenes gratificantes, que en parte son y fueron ciertas, pero que permiten se nos olvide que los amables y queridos rostros de esas abuelitas, esconden grandes secretos que pueden incluir: relaciones pasionales, enfrentamientos con los grupos de poder, rompimiento de las normas, participación en conflictos bélicos, una infinidad de situaciones que nos ilustran y explican la época en la que fueron jóvenes.

Resulta revelador que las abuelas, las mujeres de la tercera edad, de una manera frecuente, más de lo que podríamos imaginar, padecieron a lo largo de sus vidas: injusticias, discriminación y violencia. Situaciones que, la mayoría de las veces, sufrieron y sufren en silencio, para mantener el honor de la familia y cumplir así con los estereotipos femeninos impuestos por el sistema patriarcal, tal como lo refieren algunos estudios al respecto (Villagómez, 2013) donde queda al descubierto el aislamiento y desinterés que sufren las personas de la tercera edad y el sufrimiento, desigualdad y violencia que eso representa para este grupo social, particularmente si se trata de mujeres.

Por eso, “de esas cosas no se habla”, es una frase recurrente, un mandato que de mujer a mujer atraviesa generaciones, y que instalada en el inconsciente femenino nos obligan a callar e impiden darle voz real a las abuelas. No importa que el acontecimiento silenciado, un abuso, un acoso, una infidelidad o alguna forma de violencia sufrida, sea responsabilidad de otra persona, se deberá callar o el estigma social recaerá sobre la mujer. De esta forma la violencia que incluye como variantes los posibles daños físicos, sexuales, económicos y psicológicos que sufre una mujer por razones de género, inmersa en relaciones de discriminación y desequilibrio de poder, incluye uno más; la invisibilidad. Ya no sólo

como sujeto (a) histórico sino como personalidades concretas, que requieren ser reconocidas, aceptadas incluso admiradas no sólo por las características impuestas como “dulces y tiernas abuelitas”; sino por todo aquello que realmente lograron solventar, construir, aportar, y que las constituye como identidades femeninas fuertes, sabias y hábiles en más de un sentido.

Y no hay nada más liberador para ellas y para nosotras, que contar la propia historia, dejar a un lado la carga de los secretos, sentirse escuchada, ser el centro de la atención en un mundo que sobrevalora la juventud y que tiende a ignorar a los y sobre todo a las que se salen de él. Sentirse útil, transmitiendo experiencias, saberes es, para ellas, nuestras abuelas, la mejor de las terapias, un placer inmenso. Para las demás mujeres conocer las historias de las abuelas significa tejer con ellas, utilizando el discurso como madeja, el pasado que nos ayuda a comprender los dilemas del hoy y nuestra propia identidad.

En mi caso, tener la gran fortuna de convivir con ellas durante toda mi infancia y mi primera juventud, conocer anécdotas de sus vidas, sus refranes, sus consejos, sus caricias, resultó en un experiencia compartida intensa, comprometedora y positiva. Mostrar interés por sus historias y escucharlas por largas horas llenó una necesidad importante para ellas, ya que cada anécdota contada, alegre, triste, difícil o exitosa, le daba sentido a sus vidas, les permitía redefinir su identidad, sentirse de nuevo importantes, útiles, comprendidas, vivas. Me ayudó también a mí, porque solo comprendiendo a las abuelas logramos el conocimiento más profundo de quienes somos.

Enlazar las historias familiares nos permite reconocer aspectos de los procesos históricos regionales por lo general ignorados. Por ejemplo, el papel de las mujeres de las pequeñas ciudades a finales del siglo XIX y principios del XX, cuando las maestras y educadoras abrieron camino a las siguientes generaciones de mujeres a la ciencia y al conocimiento (Lamaître, 1998). Sí poco se conoce de las instituciones laicas, educativas y literarias, donde participaban mujeres de las capitales, como la formada por la maestra Rita Cetina en Yucatán llamada la *Siempreviva* (Menéndez, 1909 y Lamaître)<sup>40</sup>, menos aún se conoce la vida de las maestras que desde Villas como la de Espita, dirigían liceos educativos laicos para niñas y becaban a las de escasos recursos.

<sup>40</sup> Rita Cetina Gutiérrez (1846-1908), destacada profesora yucateca que fundó la *Sociedad Científica y Literaria* con el fin de realizar acciones que contribuyeran a transformar la tradicional cultura de las mujeres. Esta agrupación social, junto con una escuela para niñas y una publicación periódica denominadas *La Siempreviva*, fueron el inicio del proyecto educativo emprendido por una mujer visionaria que fortaleció el magisterio de mujeres donde se formaron las precursoras del feminismo en Yucatán (Menéndez, 1909 y Lamaître, 1998)

Es preciso reconocer que el pensamiento de los liberales ilustrados de finales del siglo XIX y principios del siglo XX como mis dos abuelos, eran muchos de ellos, militantes de las logias masónicas. Sin bien es cierto que su ideología no los exentaba de contradicciones y de valores patriarcales, también es cierto, creo, que el ambiente fue propicio para que las “hijas de Eva” se incorporaran a la ciencia y a las artes. Retomando un extracto del libro sobre la fundación de la sociedad *Progreso y Recreo* de Espita podemos reconocer estos procesos escasamente estudiados y comprendidos:

*Fue así que un 31 de agosto del año de 1870 el coronel don Heliodoro Rosado Sosa redactó su proclama, invitando a la juventud espiteña a formar parte de una sociedad que tuviera el objetivo de ilustrar y recrear a la población; a la que nombró, “Progreso y Recreo”. Su biblioteca, su salón de lectura, su hermoso teatro que imitaba al Partenón griego, su orquesta, las actividades realizadas por la sección literaria y la dramática, así como sus famosos bailes, llenaría de luz y prestigio a la villa de Espita, que se convirtió gracias a su sociedad en un fuerte atractivo y lugar de reunión de artistas, poetas y personas “cultas” de todo Yucatán (Rosado, 2014: 20-21).*

Las páginas amarillas y carcomidas de aquel libro lograron la magia, escuchar a un antepasado referirse a sus propios anhelos, afirmar con su voz ronca:

*Cuando lleguemos a poseer una biblioteca, el bello sexo podrá beber en la misma fuente que nosotros, pues esperamos que las personas civilizadas de esta villa contribuirán a ilustrar esta preciosa mitad del hombre (Pacheco y Patrón, 1925: 41).*

Ciertamente, en 1892 los socios de la *Progreso y Recreo* decidieron aceptar a las “hijas de Eva” como socias honorarias de la sociedad. Se reconoció a las mujeres como parte sustancial del *tuch*<sup>41</sup> del mundo, o sea de Espita, cuando sin reparo afirmaron los socios:

*No es nuestra pretensión singularizar a la mujer espiteña haciéndola aparecer como la única en su género. No. Pero tal parece que Natura ha deseado reservar para ella una dosis de clarividencia, dotándola de un espíritu despejado y de un cerebro original. Esto lo patentizan las hijas de la población con su ingreso a la Sociedad “Progreso y Recreo” y con la activa participación que han tomado en todas sus festividades ya sean literarias o teatrales (Pacheco y Patrón, 1925: 45).*

No resultó por lo tanto sorprendente enterarme que la matriarca doña Remedios Cetina (mi bisabuela materna) fue la directora del primer liceo de niñas de Espita donde se impartió educación laica y gratuita, integrante de la primera sociedad literaria y cultural de Yucatán, la *Progreso y Recreo*, así como su

<sup>41</sup> Ombligo en maya.

embajadora ante otras sociedades. La postura de esta generación de mujeres que rompieron, por lo menos en parte, los estereotipos de género, se reflejó en diversos campos, por ejemplo ella, Remedios, era quien cada semana entregaba a cada uno de sus hijos casados, una bolsita de monedas para la manutención de sus familias. Recursos monetarios productos de los negocios de la familia, la explotación y comercialización de maderas preciosas, el aserradero y el expendio que se encontraba en la capital, que ella y sólo ella administraba y distribuía entre su extensa familia.

Tampoco resultó increíble que fuera la matriarca, quien finalmente rompiera con la iglesia católica, debido a que un sacerdote se negó a darle los santos oleos a uno de sus hijos, quien se suicidó debido a un “mal de amor”, explicándole que su vástago vagaría por siempre en los avernos. A lo que ella contestó que, si era así, ella se negaría a entrar al paraíso cristiano y prefería acompañar a su amado hijo por toda la eternidad. Fueron estas audaces e ignoradas mujeres las que explican porque años después otras mujeres que fueron sus alumnas, organizaron en Yucatán el Primer Congreso Feminista de México en 1915<sup>42</sup> y no la concesión gratuita de los revolucionarios del centro ni la influencia fortuita de peregrinas de ojos claros y divinos.

Otro ejemplo de la importancia de conocer la historia de las abuelas para entender el pasado y la conformación de las identidades de género, me lo dio una de ellas cuando a pregunta expresa sobre su pasado contestó: “Yo debí ser Ancona y no Marrufo”, descubriendo ante mí una historia que ignoraba, porque había sido negada, escondida de manera hermética. En aquella ocasión ella narró que su abuelo en 1876 fue forzado a tomar los hábitos, por respeto a los derechos a la primogenitura de su hermano y presionado por su familia que intentaba evitar su matrimonio con la hija del platero de Cacalchén, de clase social más baja.

Mi abuela agregó en su testimonio que finalmente el sacerdote y la hija del platero vivieron abiertamente en unión libre y tuvieron un hijo (su padre), al que por supuesto el sacerdote no pudo reconocer, pero sí recomendar para que administrara las haciendas familiares. Entendí entonces las divisiones que a principios de esos siglos se dieron dentro de las familias yucatecas, que no sólo se estratificaron socialmente a la población, sino que también adoptaron

<sup>42</sup> El Primer Congreso Feminista se celebró en Mérida, Yucatán en 1916. Fue convocado por el gobernador socialista Salvador Alvarado y lo presidió la maestra Consuelo Zavala. En este Congreso se pretendía liberar a la mujer de la tutela social y de las tradiciones que la habían mantenido en un estado de sumisión. Los temas que se abordaron ahí, marcaron el inicio de una lucha por los derechos de las mujeres.

diferentes ideologías, conservadoras o liberales y se enfrentaron abiertamente, porque, como me explicó mi sabia abuela:

*Es fácil aferrarse a costumbres ancestrales cuando se hereda rica hacienda. Se vive en la ciudad, se juega a las cartas la fortuna obtenida con el sudor de los demás, se acude a los teatros con las esposas pavoneándose en los salones de las sociedades, en tanto que los peones, capataces y administradores mantienen la producción del llamado oro verde o sea del benequén. No es nada difícil abrazar ideas modernas y liberales cuando por ser el menor de numerosos hermanos o un hijo engendrado fuera del matrimonio, se tiene a fuerzas que tomar los hábitos o administrar la hacienda de los parientes...* (Rosado, op. cit.: 58).

Las mujeres que vivieron realidades no institucionales pero comunes a principios del siglo XX, como lo fueron los amasiatos con sacerdotes o con hombres de clases sociales superiores, engendraron una generación que no sólo rompió las reglas sino que estableció nuevas. Por supuesto desplegar las alas fue costoso para estas mujeres que vivieron a principio del siglo XX. Un ejemplo de ello fue mi abuela quien sufrió acoso y violencia sexual por parte de un hombre poderoso de su comunidad que le infligió un gran dolor y cambio radicalmente su vida porque:

Chelito dejó de ir a la estación a vender, no acudió más al oficio dominical en la iglesia. Aterrada, se negaba a salir de su casa. Pese a todos sus esfuerzos y precauciones los ruegos inútiles de don Catarino se transformaron en acoso violento y físico, el fatídico día que atrapó a su presa aprovechando el descuido de alguien que dejó la puerta de la casa de la familia Marrufo entreabierta, precisamente a la hora en que Martina se ausentó para ir al mercado. Él era bajo de estatura pero corpulento, por lo tanto la aventajaba en fuerza física, sin embargo cuando la atacó, Chelito le clavó las uñas, le rasgó la piel y dejó surcos ensangrentados en el pecho de su victimario, mientras gritaba a todo pulmón, rogando por ayuda.

Unos vecinos escucharon los gritos y entraron a la casa, donde encontraron a Chelito luchando como fiera, con el vestido roto a girones, defendiéndose con arañazos y mordidas de su depredador. En su cara, también en su cuerpo, se podían ver los moretones, el resultado de la cruel y desigual batalla. El infame acosador salió corriendo sin mirar atrás. El rumor sobre lo sucedido; corregido y aderezado, corrió como pólvora por todo Cacalchén, llegando a oídos de un grupo de señoras integrado por la parentela femenina del cacique, las nuevas ricas del poblado, sin pudor, dictaminaron: —La culpa por lo sucedido la tiene Martina Canto, si el gallo esta suelto, encierren las madres a sus gallinas.

A Chelito Marrufo, después de esos sucesos, se le recrudeció la manía que adquirió desde muy niña de mantener todo en un estricto orden y en limpieza extrema. Adquirió el hábito de barrer continuamente el patio de su casa, hasta convertir la tierra en apelmazado piso, de lavar todo, hasta las piedras, que brillantes y pulidas mantenía enfiladas formando caminos y arriates para las plantas. Jamás hubo en esta tierra, ni en ninguna otra, un gallinero como el suyo, los nidos pulcros se llenaban de huevos, sin que alguna gallina descarriada se atreviera a dejar fuera de lugar alguna rama. Cada hoja, de su frondoso jardín, recuperaba su brillante color durante las madrugadas, gracias al agua derramada de una pequeña jícara, que ella llenaba una y otra vez. Orden y más orden debía prevalecer en su mundo, trastocado, derruido por un huracán, arrasado por un monstruo, pero vuelto a levantar, con laboriosidad y diligencia, porque para mantener el equilibrio, la vida misma, todas las cosas debían tener “un santísimo lugar.

Hasta que un día Martina decidió poner punto final al sufrimiento de su hija y de paso a lo que consideraba “absurdas manías”: la envió donde el infeliz cacique que la hostigó no la alcanzara con su poder. Tenía que marcharse, porque en aquellos casos, el estigma por lo sucedido no la sufre el victimario, quien “al fin varón no controla sus impulsos”, era y es para la víctima, quien “al fin mujer” según la tradición tiene “el deber de callar” y guardarse.

*Mi abuela sintió que la vida terminaba para ella, debía abandonar todo aquello que aprendió a amar, desterrada de su mundo, marginada, llevando auestas la vergüenza de ser mujer. Abordó el ferrocarril con el dolor dibujado en su rostro, en el último escalón se detuvo para despedirse con la mano de sus amigos venteros; Chelito recién abordó el tren se sentó junto a una ventanilla para observar el camino... Su madre le advirtió durante el trayecto; —hijita sobre lo que te pasó con don Catarino es mejor callar, de esas cosas no se habla—, y a Chelito le brotaron las lágrimas (Rosado, op. cit.: 70-73).*

Sin embargo, mi abuela aprovecho la educación que le proporcionó su familia consanguínea, las clases particulares que recibió de niña en la rica hacienda de los Ancona junto a sus primas y decidió estudiar para estenógrafa en una academia de Mérida. Su calidad de pariente no reconocida que le impidió heredar y/u obtener una buena dote, la empujó a incorporarse al mundo laboral. Primero como escribana en un juzgado y después, como secretaria particular de un gobernador socialista. Ella fue pionera en el mundo laboral y político, también de las primeras en subir su falda a media pantorrilla, maquillarse de acuerdo a la moda de las mujeres modernas y lograr, siendo soltera, su autonomía económica.

Finalmente, mi abuela contrajo matrimonio con mi abuelo, el hijo de Remedios, un masón liberal, amante de la farándula, el menor de extensa familia de clase acomodada, que debido a su ideología no tuvo inconveniente alguna para casarse con una mujer sin fortuna, pero que contaba con buena educación. Con este tipo de historias marcadas por el rol de género que les tocó vivir a las mujeres, lo que podemos concluir es que su vida nos explica el surgimiento de otro grupo de féminas, al menos para el caso de Yucatán, que bajo circunstancias difíciles y teniendo que enfrentar la violencia de género, abrieron también los caminos para las siguientes generaciones de mujeres, en este caso en el mundo laboral y político.

Por otra parte, con la historia de mi abuela campechana, nacida en 1890, podemos entender cómo las mujeres, que en apariencia no rompieron las normas ni los estereotipos sobre lo femenino, no sólo lograron sobrevivir situaciones desventajosas para su género sino incluso imponerse, al menos en el espacio doméstico. Lo que relato en mi libro *Desbaciando nudos*, atendiendo a la narración de mi abuela, doña Josefina Spinola, muestro un ejemplo de esta situación:

*Apenas hubo contraído matrimonio, el abuelo Luis siguió el ejemplo de otros masones; se empeñó en emancipar a su esposa del tutelaje de los sacerdotes, declarando la guerra eterna a los explotadores de la conciencia humana. Pero doña Finita fue muy firme cuando le aclaró al abuelo que acataba sus decisiones sobre los asuntos del orden público, estaba claro también que él pudiera hacer con su vida lo que le viniera en gana, pero al cruzar el zaguán de la casa familiar. En su hogar, sin disputas o discusiones, debía aceptar que ella era la reina, ama y señora.*

*Pero Finita al cabo indulgente y muy enamorada, acordó con su esposo Luis, educar a sus hijos e hijas, en la creencia de un Dios todopoderoso, pero alejados de las prácticas; ya sea ritos o tradiciones, vinculadas a fanatismos religiosos, propio de las personas “ignorantes” de la ciencia y la razón. No obstante, dado que Finita fue educada bajo los preceptos del cristianismo, le dejó también muy claro a su esposo que ella nunca abandonaría el rosario y de vez en cuando, sin su compañía, asistiría a la iglesia. Escenificaron así lo sucedido en muchos hogares de entonces, donde masones enlazados con católicas confluyeron en ambientes de encuentro entre la ciencia y la religión, aun cuando el punto fuera ambiguo, no muy claro, ni preciso, pero excluyente de prácticas populares como: asistir a procesiones, vestir cruces, comprar milagritos, adorar santos, etc., etc., etc.*

*Un hecho significativo para ésta y otras historias es que los masones no incorporaron a las mujeres a las logias hasta mucho tiempo después. Craso error; la tradición se impuso; los asuntos del orden público correspondían únicamente a los hombres, pero en los hogares, ahí mandaban las matriarcas. Los masones liberales no quisieron o no pudieron resolver la ecuación; revolución en la calle, tradición y orden en la casa (Rosado, op. cit.: 105-107).*

Pero quizás lo que mejor sintetiza el pensamiento de muchas mujeres de principios de siglo es el prontuario para esposas gozosas que elaboré basándome en el pensamiento y los consejos que me dio mi abuela paterna y que reza:

*Prontuario para esposas gozosas*

- *Dulce niña por favor entiende; el mundo en estos días no es del todo favorable para una mujer, los hombres gozan de libertades que nosotras no, controlan la herencia, la política, dictan la ley, y para colmo en la calle sobran las “otras”, dispuestas a servir la segunda mesa.*
- *De tu futuro esposo no aspire a que por amor ceda las glorias que el mundo le otorgó, aprende más bien a utilizar las tuyas a tu favor. Lo que te pido no es resignación. Más bien aprovechar de la vida lo mejor, usar las armas que el Altísimo Señor nos entregó, las mismas de las que ellos carecen en demasía; astucia, serenidad y valor.*
- *Comprende bien lo que te aconsejo; si quieres alcanzar la felicidad, haz de ti buena estratega. No digas por entero lo que piensas o sientes, haz de tu corazón la tumba sacrosanta de cualquier misterio que perturbe la tranquilidad; tuya, suya, vuestra. Aparenta siempre ingenuidad, práctica bien los gestos, pero no olvides; en nuestro caso ser crédula es el más caro pecado. Mantén por lo tanto el colmillo bien afilado.*
- *Desconfía siempre de quien a tu casa lleve malos informes de tu marido. Sean verídicos o no lo sean, ten la certeza de que van tras el gozo de ver caer tus lágrimas, por lo tanto arrastra de los cabellos hacia fuera de tu hogar a la canalla que intente envenenar tu alma.*
- *No te hagas la vida difícil, da un buen consejo cuando te lo pidan, jamás compres problemas ajenos, ni busques a sabiendas intrigas ni penas. Pero si te preguntan, no dudes en buscar lo mejor de cada situación, las personas siempre agradecen ser aceptadas y salir de casa con un ramillete de esperanzas.*
- *Procura rodearte de personas de carácter jovial y págales con la misma moneda, te aseguro que la felicidad es el mayor imán. No olvides; si logras, a pesar de las penas, la alegría conservar en tu hogar, al llegar al final de tu vida, como en torno a rica miel, libará a tu lado un enjambre de familia.*
- *No te preocupes en demasía por las cosas que no puedes cambiar, nunca serás feliz añorando lo que es mejor olvidar. Sé experta en el arte de imponer tu voluntad únicamente en los asuntos que realmente importen y cuando sepas de antemano que en algo pudieras modificar.*
- *Pero sobre todo, lo que nunca debes olvidar, como faro que alumbre tu vida, la máxima de una mujer gozosa: Esta es la vida y hay que saberla vivir.*

El prontuario también tiene un añadido que dice:

- *Pero si cansada de las infidelidades de tu marido, decides agregar un poco de pimienta a tu sábana, se discreta, que el rubor no colorea tus mejillas cuando indignada niegues la falta. Un mundo que utiliza dos medidas y dos pesas para juzgar, bien merece recibir una que otra mentirilla para cambiar las circunstancias (Rosado, op. cit. 102-104).*

Por supuesto que el pensamiento de mi abuela, nacida en 1890, está muy lejos de poder catalogarse de feminista, pero si tomamos en cuenta que tuvo 12 partos, educó 10 hijos e innumerables niet@s y bisniet@s hasta llegar a los 99 años en perfecto estado físico y mental y que el abuelo jamás cuestionó sus decisiones domésticas y las relacionadas con la educación de sus hij@s, tendríamos que reconocer que fue una buena estratega.

Finalmente, queda expresar que gracias a ellas, mis ancestras, hoy puedo decir con firmeza: De esas cosas sí se habla, se canta, se versa, se escribe, porque darle voz a las abuelas es la mejor manera de reconocerlas y visibilizarlas, pero sobre todo, porque las explicaciones que le dan sentido a nuestras vidas y que nos permiten comprender cómo se ha construido nuestro ser y deber femenino, no están muy lejos, están tan cerca como lo están ellas.

## Bibliografía

- Cetina, Rita (1870) (editora). Revista *La Siempreviva* (1870-1872). Sección literaria. Documento electrónico consultado en mayo de 2011 en: [http://www.bibliotecavirtualdeyucatan.com.mx/archivos/periodicos/La\\_Siempreviva.\\_Revista\\_Quincenal/19\\_de\\_mayo\\_de\\_1870.pdf](http://www.bibliotecavirtualdeyucatan.com.mx/archivos/periodicos/La_Siempreviva._Revista_Quincenal/19_de_mayo_de_1870.pdf)
- Documento oficial s/a (1916). *El Primer Congreso Feminista de Yucatán* Mérida, Yucatán: Talleres tipográficos del Ateneo Peninsular.
- Gooffman, Erving (1989). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires: Amarrortu.
- Heller, Agnés (1972). *Historia y vida cotidiana: aportación a la sociología socialista*, Traducción de Manuel Sacristán. México: Grijalbo.
- Lamaître, Monique J. (1998). *Elvia Carrillo Puerto. La Monja Roja del Mayab*, México: Ediciones Castillo.
- Lamas. Marta (1997). “La perspectiva de género”. En: *Taller Interdisciplinario sobre Género y Derechos Humanos*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos y Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer de El Colegio de México.
- Menéndez, Rodolfo [1909] (2011). *Rita Cetina Gutiérrez*, Mérida, Yucatán, Imprenta Gamboa Guzmán, SEGEY, Gobierno del Estado de Yucatán.
- Pacheco Cruz, Santiago y Edmundo Patrón Erosa (1925). *Reseña Histórica de la Sociedad Progreso y Recreo de Espita*, Mérida, Yucatán: Talleres Gráficos de “La Revista de Yucatán” y Talleres Tipográficos del Gobierno del Estado.
- Pateman, Carol (1996). “Críticas feministas a la dicotomía publico/privado”. En: Carmen Castell (compiladora) *Perspectivas feministas en teoría feminista*, Barcelona: Padiós.
- Rosado y Rosado, Georgina (2014). *Deshaciendo Nudos*, Mérida, Yucatán: CEPESA Editorial.
- Villagómez, Gina (2013). *No es pecado envejecer: Pobreza y desigualdad social del adulto mayor*, México: UADY/ PORRÚA.



## **AUTORAS Y AUTORES**

### **Rosa Judith Rivera González**

Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Colima (2004-2008), participó como trabajadora social en una Casa Hogar del Adulto Mayor y actualmente labora en el Centro de Salud de Santa Catarina del estado de Guanajuato. Correo electrónico: judi\_riv@uacol.mx.

### **Elba Covarrubias Ortiz**

Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Colima (1980-1985), Maestría en Trabajo Social por la Universidad Autónoma de Nuevo León (1999-2001). Mejor maestra de la Facultad de Trabajo Social en 8 ocasiones. Escritora de diversos artículos de difusión y coautora de 4 capítulos y de 2 libros relacionados con familia y adultos mayores y cuenta con perfil PROMEP. Correo electrónico: coelba@uacol.mx.

### **Mireya Patricia Arias Soto**

Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Colima (1983-1988), Maestría en Trabajo Social por la Universidad de Colima (2001-2003). Perfil PROMEP y escritora de diversos artículos de difusión y coautora de libros relacionados con familia y adultos mayores. Correo electrónico: mireya\_arias@uacol.mx.

### **Susana Aurelia Preciado Jiménez**

Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Colima (1990), Maestría en Estudios Latinoamericanos (1994), Tulane University, Nueva Orleans, Louisiana, Estados Unidos de Norteamérica. Ph. D. en Estudios Latinoamericanos

(1999), Tulane University, Nueva Orleans, Louisiana, Estados Unidos de Norteamérica. Actualmente es Perfil PROMEP-SEP y pertenece al Sistema Nacional de Investigadores. Correo electrónico: [preciado@ucol.mx](mailto:preciado@ucol.mx).

### **Gloria Herrera Correa**

Médico Cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán. Especialización en Docencia. Facultad de Educación de la UADY. Diplomado en Nutrición Clínica. Instituto Politécnico Nacional. México D.F. Maestría en Ciencias de la Salud, Rama Terminal en Investigación Clínica. Facultad de Medicina de la UADY. Profesora de Carrera Titular de la Facultad de Medicina de la UADY. Jefa del Departamento de Nutrición Humana y trastornos del metabolismo. Facultad de Medicina. UADY. Directora de la Facultad de Medicina de la UADY. Asesora de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. Asesora de la Comisión de Arbitraje Médico del estado de Yucatán. Coautora de 14 artículos de investigación. Coautora de 5 libros científicos y de divulgación

### **Lizbeth Teresita Marín Piña**

Médico Cirujano. Aprobada con Distinción en la Especialización Gerencia en Salud para Personas Mayores, avalada por La Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) y la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA). Responsable Estatal del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas y Responsable Estatal del Programa de Atención al Envejecimiento en los Servicios de Salud de Yucatán. Distinciones: 1er. Lugar a Nivel Nacional, Como Líder Estatal del Programa de Atención al Envejecimiento 2006. 1er. Lugar a Nivel Nacional, Como Líder Estatal del Programa de Atención al Envejecimiento 2005. Dirección electrónica: [lizbeth.marin@ssy.gob.mx](mailto:lizbeth.marin@ssy.gob.mx)

### **Nelly Eugenia Albertos Alpuche**

Profesora Investigadora Titular "A" de la Universidad Autónoma de Yucatán. Médico Cirujano, facultad de Medicina de la Universidad de Yucatán. Maestría en Epidemiología, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Especialización en Gestión de Instituciones de Educación Superior, INAP – ANUIES. Profesora de licenciatura y posgrado en la Universidad Autónoma de Yucatán. Coordinadora

académica del Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi” - Unidad Biomédica, Universidad Autónoma de Yucatán, enero 1996 – febrero 2002. Jefa de la Unidad de Posgrado e Investigación, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán, enero 2002 – enero de 2010. Integrante del COESAEN, del Consejo Académico, Facultad de Medicina, UADY desde 2010. Directora de tesis de licenciatura, especialización médica y co-asesora de tesis de Maestría. Participación en 15 publicaciones científicas.

### **Ramón Ignacio Esperón Hernández**

Médico Cirujano con Maestría en Educación Superior. Candidato a Doctor en Ciencias por la Universidad de Granada, España. Profesor de Carrera Titular. Coordinador del Área Científica y de Titulación de la Facultad de Medicina con Reconocimiento al Perfil Deseable para Profesores de Educación Superior. Director de tesis de pre y posgrado. Miembro del Cuerpo Académico en Salud Pública en el Programa de Investigación sobre Envejecimiento. Miembro del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento. Miembro Fundador de la Sección Académica de Investigación en Educación Médica de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM). Evaluador de Educación Superior a Distancia por los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES). Evaluador por el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM). Ponente en foros de investigación nacionales e internacionales, autor de artículos y capítulos de libro.

### **Susana Villasana Benítez**

Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en estudios de población por el Colegio de la Frontera Norte. Investigadora del Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad Autónoma de Chiapas. Beneficiada del Programa Institucional de Estímulos a Investigadores de Calidad, Pieic-Unach, convocatoria 2012. Correo electrónico: s1vb@yahoo.com.mx

### **Mirta Flores Galaz**

Licenciada en Psicología, maestría y doctorado en Psicología Social por la Facultad de Psicología de la UNAM. Profesora Investigadora Titular Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán a nivel licenciatura y posgrado. Investigador Nacional Nivel II del Sistema Nacional de Investigadores.

Tutora del Doctorado en Ciencias Sociales y tutora externa del Doctorado en Psicología de la UNAM. Co-fundadora y Presidente de la Asociación Mexicana de Psicología Social. Secretaria Ejecutiva por México, Centroamérica y el Caribe de la Sociedad Interamericana de Psicología (2005-2007). Representante Nacional por México en la misma sociedad (2007-2009; 2009-2011; 2011-2013). Miembro del comité editorial de la Revista de Psicología Social y de la Personalidad, Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, Acta de Investigación Psicológica y Educación y Ciencia. Premio Dr. Rogelio Díaz Guerrero a la Investigación Psicosocial y Etnopsicológica en 2006. Profesor con Perfil deseable PROMEP-SEP desde 1999.

### **María de Lourdes Cortés Ayala**

Licenciada en Psicología y Maestra en Psicología Educativa por la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY). Diplomada en Terapia Breve por la Facultad de Psicología de la UADY y el Instituto de Terapias Breves A. C. y Especialización en Psicología Clínica Infantil por la Facultad de Psicología de la UADY. Candidata a Doctor en Psicología por la Universidad de Oviedo, España. Profesora Titular en la Facultad de Psicología de la UADY, a nivel de licenciatura y posgrado en el área de Desarrollo Humano y Psicología Social. Secretaria Académica de la Facultad de Psicología (1992-1995). Vocal del Colegio de Psicólogos del Estado de Yucatán A. C. (2003-2005) y Vicepresidenta del mismo (2005-2007). Ha dirigido 15 tesis de Licenciatura y 20 tesis de Maestría. Miembro de la Red de Cultura y Personalidad y de la Red Cumex. Profesor con Perfil Deseable PROMEP-SEP (1996-).

### **Lizbeth Padrón Aké**

Licenciada en Enfermería, Maestra en Educación Superior, Profesor Titular de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán a nivel de licenciatura y posgrado. Ponente en foros académicos locales y nacionales. Investigador anfitrión de la Academia Mexicana de la Ciencia y del Programa de Impulso y Orientación a la Investigación de la Universidad Autónoma de Yucatán, ha dirigido 65 tesis de licenciatura y participado en proyectos de investigación relacionados con “Morbilidad Infantil”, “Diabetes Mellitus” Hipertensión Arterial”, “Problemas de mala alimentación” y “Adicciones”.

Actualmente es evaluador externo y Secretaria del Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería, AC.

### **Ligia Maria Rosado Alcocer**

Licenciada en Enfermería, Especialista en Salud Pública, Profesora de Carrera Asociado “A” Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán a nivel de licenciatura. Asesora de tesis de licenciatura. Coautode artículos de investigación y capítulos de libros relacionados con la mortalidad materna. Ponente en diversos foros académicos locales, nacionales e internacionales. Colaboradora de proyectos de investigación relacionados con Alimentación en preescolares en la Facultad de Enfermería, Seguridad Alimentaria en unidades productivas rurales con el INIFAP, Mortalidad Materna en el CIR Dr. Hideyo Noguchi, así como el proyecto de Rickettsiosis con esta última institución.

### **Jennifer del Socorro Rodríguez Llanes**

Estudiante de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán. Segundo lugar en el Seminario de Investigación en la Universidad Autónoma de Yucatán.

### **Natalia de Jesús Cimé Canul**

Licenciada en Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY). Segundo lugar en el Seminario de Investigación en la Universidad Autónoma de Yucatán. Colaboradora en el Programa “Hoy en tu comunidad” de la UADY.

### **Selmy Alejandra Velázquez Aldana**

Estudiante de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán. Segundo lugar en el Seminario de Investigación en la Universidad Autónoma de Yucatán. Segundo lugar en el Concurso sobre adultos mayores de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán (CODHEY) con el tema: Discriminación hacia el adulto mayor. Integrante del equipo de investigación sobre serotipos de Dengue en las comunidades de Maxcanú, Yucatán y la colonia Vergel en Mérida, Yucatán.

## **Damaris Estrella Castillo**

Licenciada en Ciencias Antropológicas y Psicología. Especialidad en Antropología Social. Maestra en Educación Especial. Profesora titular de la Licenciatura en Rehabilitación de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1. Cuenta con el Perfil PROMEP-SEP. Autora de libros. Autora y coautora de ochos publicaciones nacionales e internacionales en el período 2009-2013. Ponente en foros académicos nacionales e internacionales en el área de su especialidad en número de treinta y cuatro ponencias en los últimos tres años. Correo electrónico: [ecastil@uady.mx](mailto:ecastil@uady.mx)

## **Reyna Cruz Bojórquez**

Licenciada en Nutrición por la Universidad Veracruzana. Especialista en Docencia y Maestra en Educación Superior por la Universidad Autónoma de Yucatán. Doctora en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, Universidad de León, España. Profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán. Responsable del Seguimiento de Egresados y Mercado Laboral de la Licenciatura en Nutrición. Coautora de tres libros sobre nutrición y autora y coautora de cinco artículos científicos y de divulgación en los últimos cinco años. Correo electrónico: [rcbojor@uady.mx](mailto:rcbojor@uady.mx)

## **Héctor Rubio Zapata**

Médico Cirujano. Diplomado en Medicina Estética. Maestría en Ciencias Morfológicas. Doctor en Ciencias, especialidad en Neurobiología Celular y Molecular. Profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán a nivel licenciatura y posgrado. Coordinador del Posgrado Institucional en Ciencias de la Salud (2013-actual). Autor y coautor de artículos a nivel internacional y nacional en el área de su especialidad. Ponente en foros académicos nacionales e internacionales en número de dieciséis en los últimos dos años.

## **Pedro Sánchez Escobedo**

Perteneció desde 1996 al Sistema Nacional de Investigadores de México (actualmente en el nivel II) y miembro fundador del Consejo Mexicano de

Investigación Educativa. Ha sido responsable de diversos proyectos de investigación, por los que ha recibido apoyo estatal, federal e internacional. A la fecha ha publicado 5 libros, más de 100 artículos originales de investigación en revistas arbitradas y ha sido invitado como profesor en varias Universidades públicas y privadas de México y el extranjero. Sus áreas de interés académico son el desarrollo de talentos mediante investigación y proyectos de intervención con niños sobresalientes.

### **Javier Vales García**

Licenciado en Psicología por la Universidad de Monterrey, Maestro en Docencia e Investigación Educativa por el Instituto Tecnológico de Sonora y Doctor en Educación con especialidad en Tecnología Instruccional y Educación a Distancia por la Nova Southeastern University de Florida. Profesor investigador Titular “C” del departamento de psicología del Instituto Tecnológico de Sonora y líder del Cuerpo Académico: Actores y Procesos Psicoeducativos. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1 y del COMIE. Autor de libros y artículos científicos en el campo de la psicología educativa.

### **Christian Oswaldo Acosta Quiroz**

Licenciado en Psicología Clínica por el Instituto Tecnológico de Sonora (Itson). Maestro en Psicología con especialidad en Medicina Conductual en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Doctor en Psicología con especialidad en Psicología de la Salud en la UNAM. Medalla de Plata “Alfonso Caso” como reconocimiento por haber sido el graduado más distinguido en la Generación 2006-2010 del Programa de Doctorado en Psicología. Tercer lugar en el Premio Nacional de Investigación Clínica sobre Envejecimiento, otorgado por el Instituto Nacional de Geriátrica. Actualmente es Profesor-Investigador de Tiempo Completo en el Itson Unidad Navojoa, donde imparte clases en licenciatura y maestría. Ha publicado diversos artículos científicos en revistas indizadas y libros en editoriales reconocidas. Finalmente, es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), de la Red Temática de Investigación “Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social” del CONACYT y del Cuerpo Académico “Actores y Procesos Psicoeducativos” del Itson.

## **Ligia Vera Gamboa**

Médica Cirujano egresada de la Facultad de Medicina y Especialista en Docencia por la Facultad de Educación de la Universidad Autónoma de Yucatán. Maestría en Sexología Clínica y Maestría en Sexología Educativa y Manejo y Sensibilización de Grupos por el Instituto Mexicano de Sexología. Profesora Investigadora Titular en el Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi de la UADY. Catedrática en las Facultades de Medicina y Enfermería de la UADY. Profesora del Centro de Estudios Superiores en Sexualidad. Asesora de tesis de licenciatura y posgrado. Autora y coautora de artículos nacionales e internacionales y capítulos de libros en las áreas de VIH, sexualidad, género, violencia y salud sexual entre otros. Activista en la lucha contra el Sida.

## **Garbiñe Delgado Raack**

Es miembro de la Red de diálogos productivos donde ha cursado un Diplomado en Psicología por la Justus Liebig Universitaet de Giessen, Alemania. Es maestra en Psicoterapia por el Instituto Kanankil de Mérida, Yucatán. También ha estudiado Educación social en la UPV-EHu y el máster ofrecido por la escuela vasco navarra en terapia familiar y el hospital de Sant-Pau titulado “Experta en intervenciones sistémicas” en prácticas dialógicas. También realizó formación en temas de género y con el TAOS Intitute así como con el Houston-Galveston Institute en el Certificado internacional en prácticas colaborativas. Cursó el Diplomado de actualización profesional “Debates y desafíos feministas en los estudios de género; representaciones sociales, género y vulnerabilidad”, CEPHCIS–UNAM. Sus áreas de trabajo han estado relacionadas con la psicología social y comunitaria.

## **Helga Raack Knodel**

Mujer de 72 años madre de su coautora Garbiñe Delgado Raack. Vive en Ajangiz, una pequeña localidad del País Vasco, España. Ella es de origen alemán. Nació en plena II Guerra Mundial y en cuanto pudo salió de su país para conocer otros lugares del mundo y estudiar enfermería. Entre otros lugares residió en Inglaterra, Estados Unidos y Panamá. Fue allí donde conoció a Víctor, su esposo, con quien tras casarse siguió viajando y residiendo durante unos años en Ecuador y Alemania hasta que en 1979 se trasladaron definitivamente al País Vasco.

## **Georgina Rosado Rosado**

Es Maestra en Antropología Social por el Colegio de Michoacán. Profesora Investigadora Titular de la Universidad Autónoma de Yucatán desde hace más de 30 años, donde ha realizado diversas investigaciones sobre la mujer y las relaciones de género e impartido diversos cursos y talleres con este enfoque. Autora y coordinadora de diversos libros sobre la mujer, relaciones de género, etnia maya, violencia y discriminación, sexualidad y trabajo, entre otros temas. Es conferencista y activista por los derechos humanos de las mujeres.

## **Gina Villagómez Valdés**

Es Doctora en Antropología Social por la Universidad Iberoamericana (2002). Profesora Investigadora Titular del Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi de la Universidad Autónoma de Yucatán desde 1982. Ha realizado investigaciones y publicado artículos y 10 libros sobre mujeres, violencia, familia, noviazgo, masculinidades, relaciones de género y vejez. Ha presentado ponencias en diversos foros académicos nacionales e internacionales. Conferencista y activista por los derechos humanos de las mujeres y la gente mayor. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel II y cuenta con el Reconocimiento PROMEP-SEP.

**Tercera Edad**  
**Múltiples perspectivas y retos para el futuro**

se imprimió en los talleres de  
Compañía Editorial de la Península, S.A. de C.V.  
calle 38 No. 444 C x 23 y 25, colonia Jesús Carranza  
Mérida, Yucatán, México C.P. 97109  
Tels. (999) 9266153 y 9266143  
cepsaeditorial@gmail.com

El tiraje fue de 500 ejemplares.  
Para los interiores se usó papel cultural crema de 75 gramos.  
y para la cubierta, cartulina sulfatada de 14 puntos.

Se terminó en noviembre de 2014.

Impreso en Mérida, México

*Printed in Merida, Mexico*







Reunir trabajos de investigación en torno a un tema de interés público no suele ser tarea fácil, especialmente cuando las personas que integran el colectivo estudian un fenómeno desde diferentes disciplinas, perspectivas teórico-metodológicas, instituciones y regiones. Sin embargo, el esfuerzo de 28 autores y autoras de diferentes disciplinas (medicina, psicología, psiquiatría, demografía, antropología, trabajo social, enfermería, sexología y filosofía) comprometidos con la generación de conocimiento, hicieron que este proyecto editorial se concluyera con éxito. El motivo que nos unió fue publicar resultados de investigación sobre diversos aspectos de la salud, atención y experiencias de la población adulta mayor en diferentes contextos.



ISBN: 978-607-7824-87-9

