

# PERFILES SOBRE ENVEJECIMIENTO

Estrategias gerontológicas en acción

**José Carlos García Ramírez**  
**Sergio Flores Cerqueda**  
(Coordinadores)



UNEVT



# **Perfiles sobre envejecimiento**

## **Estrategias gerontológicas en acción**

**José Carlos García Ramírez**  
**Sergio Flores Cerqueda**  
**(Coordinadores)**

**VOLUMEN I**



Primera Edición: 2013.

Primera Reimpresión: Octubre, 2014.

D.R. © Universidad Estatal del Valle de Toluca  
Carretera Acueducto del Alto Lerma No. 183  
Col. Pedregal de Guadalupe Hidalgo  
Ocoyoacac, Estado de México.

D.R. © José Carlos García Ramírez

D.R. © Sergio Flores Cerqueda

ISBN: 978-968-614-889-3

Diseño de Portada: David Flores Cerqueda

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de su propiedad intelectual.

Impreso en México / Printed in Mexico

## CONTENIDO

Presentación.....	7
Eulalio Francisco López Millán	
Palabras preliminares a la primera reimpresión.....	9
Coordinadores	
Introducción.....	11
Sergio Flores Cerqueda	

### **PRIMERA PARTE**

#### **Estrategias para la acción**

La ética en los Centros de Día para adultos mayores: entre la acción del Estado y los planes de negocio .....	17
José Carlos García Ramírez	
México	
Fundamentación y obstáculos en la experiencia de la Licenciatura en Gerontología: la Universidad Maimónides.....	57
Graciela Zarebski	
Argentina	

### **SEGUNDA PARTE**

#### **Ensayos**

Condiciones y arreglos de vida de las personas mayores de 60 años en situación de pobreza del Departamento del Quindío.....	73
César Augusto Gómez Santos	
Colombia	
La problemática del suicidio del adulto mayor. Implicancias para las políticas públicas en Argentina.....	99
Débora Natalia Duffy, María Silvina Sosa, Martín de Lellis	
Argentina	
No es eterno lo femenino.....	115
Silvia Kanje	
Argentina	

La atención quiropráctica al adulto mayor: hacia un diseño integral y de manejo multidisciplinario.....	139
César Iván Real Jiménez México	

## **TERCERA PARTE**

### **Investigaciones de campo**

Creencias que sobre la sexualidad tiene el adulto mayor miembro de la Fundación del Bienestar Social e Integral del Anciano en el Estado Miranda.....	159
Barreno Alvarez Jonatán David Venezuela	

Diagnóstico e impacto de la obesidad en el Adulto Mayor en el municipio de Ocoyoacac, Estado de México. Estudio de caso.....	177
Georgina Barrera Brito, Pablo Javier Barrera Brito México	

Expediente Electrónico Clínico Odontológico de Formación Académica (Ecofa) como herramienta tecnológica para el análisis epidemiológico de adultos mayores (Estudio de casos en las clínicas odontológicas de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala).....	195
María Teresa Carreño Hernández, José Luis Olguín Sánchez, Edgar Velázquez Reyes México	

Consideraciones de la biomecánica en el envejecimiento: inmovilidad versus vida saludable.....	205
Ramón Flores Gómez, David Elías Viñas, Luisa Stefania Zamora Fonseca, Raquel Nabor Domínguez, Yesenia García González México	

Sobre los autores.....	215
------------------------	-----

## Presentación

**A** cinco años de la creación de la Universidad Estatal del Valle de Toluca y a cuatro años de la Licenciatura en Gerontología, el camino recorrido que, aún es breve, exige madurar, aprender y producir con compromisos inaplazables. Por ende, uno de los objetivos de esta casa de estudios es la investigación, ya que constituye una pieza estratégica para nuestro modelo educativo. En un esfuerzo por acercar la investigación gerontológica a los estudiantes y al público interesado en las cuestiones del envejecimiento humano, se presenta la publicación *Perfiles sobre envejecimiento: estrategias gerontológicas en acción*.

La estructura del libro comprende tres niveles de reflexión: las acciones estratégicas, los ensayos y las investigaciones de campo, desarrollados por investigadores mexicanos y latinoamericanos. Un valor agregado importante de dicha obra, es la participación de algunas de nuestras alumnas. Indudablemente, la presente publicación constituye un producto sustantivo para el debate gerontológico regional.

Me complace entregar al lector el resultado de un esfuerzo que espero sea un aporte novedoso en conocimientos y creativo en las temáticas desarrolladas.

Deseo que las contribuciones de esta obra represente un aliento para futuras investigaciones a emprender.

**“Educación, Valores y Servicio”**

**M. en A. Eulalio Francisco López Millán**  
**Rector de la Universidad Estatal del Valle de Toluca**



## **Palabras a la primera reimpresión**

**E**s grato para la Licenciatura en Gerontología de la Universidad Estatal del Valle de Toluca reimprimir la presente obra. Agradecemos al público lector que consultó este libro en la dirección institucional (<http://portal2.edomex.gob.mx/unevt/index.htm>). Así como también vale la pena hacer mención a los esfuerzos de los participantes de este volumen los cuales algunos de ellos se les permitió hacer algunas correcciones a sus contribuciones de la primera edición 2013. Una segunda revisión de la obra permitió verificar algunas fuentes de consulta así como también se incluyeron notas y pies de página que en la edición impresa no fueron contempladas. En términos generales los contenidos de los ensayos no sufrieron cambios sustantivos, sino fueron únicamente correcciones parciales en cuanto a forma. De esta manera agradecemos a nuestros lectores su comprensión y su estímulo para motivarnos a seguir generando nuevos conocimientos, nuevas rutas críticas gerontológicas y compartir experiencias académico-investigativas, que se han fuente de información para nuestros estudiantes y docentes. La presente reimpresión es limitada en cuanto al tiraje emitido. Sin embargo queda abierta la posibilidad para a aquellos colegas que deseen publicar o difundir el presente material (con el apego debido a los derechos de autor de la Universidad Estatal del Valle de Toluca).

**Coordinadores**

Ocoyoacac, Estado de México, otoño del 2014



## Introducción

**D**e acuerdo con el marco internacional de la Asamblea sobre Envejecimiento, Madrid, (2002) y el Plan Gerontológico Iberoamericano, (2003), indican que toda institución educativa dedicada a la formación de recursos profesionales en gerontología, deberán producir y promover investigaciones que contribuyan a tener una mejor comprensión del fenómeno del envejecimiento y a buscar las medidas prácticas que coadyuven a la solución de los problemas de salud-enfermedad, rehabilitación, discapacidad, dependencia, familia, derechos humanos, inserción social, autonomía, tecnologías rehabilitadoras, proyectos productivos, educación, políticas sociales de las personas en edad avanzada. Como bien señala el Dr. Ricardo Moragas Moragas de que hoy, es fundamental, “reflexionar sobre la gerontología, tan necesitada de análisis serios y no de parches momentáneos para acallar las múltiples demandas”<sup>1</sup>.

Por tal motivo, la Licenciatura en Gerontología de la Universidad Estatal del Valle de Toluca, se une a lo recomendado por las instancias internacionales (Organización de las Naciones Unidas y la Comisión de Estudios para América Latina) en materia de envejecimiento y pone sobre la mesa del debate gerontológico la presente edición.

El libro se divide en tres partes que son: 1) estrategias para la acción; 2) ensayos; 3) investigaciones de campo. La obra comienza con un extraordinario aporte del coordinador del libro, José Carlos García Ramírez, quien realiza algunos planteamientos históricos de la política asistencial para ancianos mexicanos (aspectos que todo profesional en envejecimiento debe conocer). Posteriormente

---

<sup>1</sup> Moragas Moragas, Ricardo, (2012), “Prólogo”, en *Envejecimiento mundial y desafío regional. Nuevos paradigmas para investigación, la salud pública y los derechos humanos*, José Carlos García Ramírez (Coord.), Plaza y Valdés-UNEVT, México, p. 19.

el autor ubica su estrategia argumentativa en definir qué son los centros de día para adultos mayores y explica cuáles son las características, sus desafíos y oportunidades para las acciones de gobierno y para aquellos que busquen proyectos de inversión (negocios) con responsabilidad social.

Con un enfoque crítico, Graciela Zarebsky, esboza la importancia que tiene para América Latina y Argentina en particular, la formación de recursos profesionales en gerontología. Su planteamiento se centra en la experiencia de la Universidad de Maimónides y en donde señala el proceso formativo del gerontólogo y las estrategias a seguir en los modelos educativos, desarrollados en dicha Universidad.

De la misma manera, se abre otro horizonte explicativo de la vejez con César Augusto Gómez, quien desarrolla un diagnóstico sobre el envejecimiento en la zona del Quindío, Colombia. El autor define la situación compleja del adulto mayor y se enfoca en estudiar la cuestión de la pobreza. Hace también referencia a las condiciones de adaptabilidad y arreglos o estilos de vida de las personas mayores de 60 años y más.

Por su parte, la contribución de los investigadores argentinos, analiza una problemática reveladora: el suicidio y el abuso hacia el adulto mayor en Argentina. La investigación acota los desafíos en el sistema social argentino. Especialmente en el campo de la salud y la política pública. Débora Duffy y colaboradores, plantean la alta prevalencia del suicidio en las personas de tercera edad, teniendo como factor de riesgo problemas psico-afectivos. Ante la escasa existencia de indicadores epidemiológicos, señalan los autores que es fundamental contar con registros precisos que permitan estructurar una base de datos confiable para la intervención sanitaria correspondiente.

Los aportes que realiza Silvia Kanje, ofrece una reflexión sobre envejecimiento y género. En su ensayo la autora analiza, desde el campo de la salud pública y desde la demografía, el proceso de feminización del envejecimiento regional y sus repercusiones en el sistema de cuidados, la familia, las redes sociales y la política pública en Argentina.

Posteriormente, con una mirada novedosa en el terreno de la salud y la rehabilitación, César Iván Real, propone un tema innovador en el área de la “geronto-quiropática”. El autor lleva a cabo un estudio en pacientes adultos mayores con problemas de artritis reumatoide. Los resultados señalan que los dolores lumbares y de articulaciones, especialmente en rodillas, tienen una alta prevalencia generadora de disfuncionalidad física. Concluye que la atención quiropática puede ser una opción rehabilitatoria coadyuvante en la salud y de gran apoyo a los estudios gerontológicos.

Siguiendo el orden del Índice, encontramos la contribución de David Jonatán Barreno Álvarez, quien aborda el tema de la sexualidad en adultos mayores usuarios de la Fundación del Bienestar Social e Integral del Anciano del Estado Miranda (FUNBISIAM), República Bolivariana de Venezuela. Dentro de sus hallazgos encuentra que en el grupo de adultos mayores prevalecen creencias que limitan y niegan la sexualidad en la etapa de la vejez. Dicho grupo asevera que la sexualidad constituye una necesidad básica para el individuo, independientemente de la edad y en este sentido reportan que se mantienen sexualmente activos.

Es de vital importancia que en las Universidades que cuentan con servicios de salud tengan implementado en su estructura administrativa un expediente electrónico clínico. Así lo recomiendan María Teresa Carreño Hernández y colaboradores en un análisis realizado con adultos mayores atendidos en clínicas de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, y en donde ponen a prueba la eficacia del Expediente electrónico clínico odontológico de formación académica (EECOFA). La utilidad de dicho instrumento constituye una base tecnológica y metodológica que tiende a mejorar la calidad de los servicios clínicos ofertados.

Finalmente, Ramón Flores Gómez y un equipo de alumnas de la Licenciatura de Gerontología de la UNEVT, a partir de un estudio de caso en pacientes adultos mayores<sup>2</sup>, plantean la importancia de la biomecánica. Sus hallazgos reflejan

---

<sup>2</sup> El estudio se realizó con usuarios de la Clínica Integral Universitaria de la Universidad Estatal del Valle de Toluca, del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Capulhuac y en

problemas de alteraciones físico-funcionales (deformidad postural) en los pacientes. Finalizan señalando que la valoración biomecánica puede ser un método de diagnóstico gerontológico para el estudio del síndrome de inmovilidad en el adulto mayor.

Para la Licenciatura en Gerontología, la presente obra representa un esfuerzo incalculable donde la voluntad, la constancia y el compromiso de quienes conformamos la Academia en esta Universidad, se ven cristalizados. A pesar de que somos jóvenes en el quehacer gerontológico, buscamos de manera permanente la edificación de una nueva realidad social a favor de nuestros abuelos y abuelas, quienes son nuestra memoria y nuestro presente.

Esta obra contó con el invaluable apoyo de la Secretaria de Educación Pública que, mediante el Programa Integral de Fortalecimiento Institucional (PIFI 2012-2014), financio esta publicación. Al Rector de la Universidad Estatal del Valle de Toluca, Eulalio Francisco López Millán, por impulsar la investigación gerontológica. Finalmente, expreso mi gratitud a nuestros estudiantes quienes son nuestra motivación.

**Mtro. Sergio Flores Cerqueda**  
**Director de la Licenciatura en Gerontología**

# **PRIMERA PARTE**

## **Estrategias para la acción**



## **La ética en los Centros de Día: entre la acción del Estado y los planes de negocio**

*José Carlos García Ramírez*

### **Resumen**

El análisis inicia con un recorrido histórico del proceso de institucionalización en lo referente a la atención de las personas ancianas en México. Es importante comprender los motivos que tuvieron diferentes instituciones (religiosas, de gobierno y privadas) en las prácticas de asistencia destinadas a la población anciana. Posteriormente, me refiero a los Centros de Día y luego explico cuáles serían las condiciones ético-normativas para su funcionamiento en términos de responsabilidad social y calidad en los servicios.

### **Palabras clave**

Vejez, política asistencial, centro de día, ética.

### **Perspectiva histórica sobre la atención a la población anciana en México**

Antes de discernir sobre las cuestiones ético-normativas que deben estar consideradas en cualquier proyecto administrativo de alojamientos para adultos mayores (Centros de Día), es condición *sine qua non* realizar un breve recorrido histórico en México sobre la relación entre instituciones<sup>3</sup>, administración<sup>4</sup> y personas

---

<sup>3</sup> Entiendo por “institución” un sistema social basado en un conjunto de reglas que sirven para organizar las acciones intencionales de los individuos a través del constreñimiento o deberes y de los derechos y cuya finalidad es buscar beneficios para la comunidad. El constreñimiento significa aceptar procedimientos consensuados que tiendan a limitar acciones arbitrarias y que busquen la integración, el bienestar y la coexistencia (North, 1990). Sin embargo, no hay que olvidar que fue A. Comte quien formaliza el concepto de “institución” y la define como todo aquello que está constituido, organizado o “instituido” en la sociedad –familia, capital, Estado– (Comte, 1965).

<sup>4</sup> En términos generales, la “administración” es un proceso compuesto por funciones básicas: planificación, organización, dirección, coordinación, control y cuyo fin último es coadyuvar a

ancianas<sup>5</sup>, para poder así entender la idiosincrasia o la construcción de representaciones socio-culturales que tienen algunas prácticas institucionales sobre las personas envejecidas y así entonces, tener más claro el por qué y para qué de los alojamientos o Centros de Día.

En el mundo prehispano, particularmente entre los aztecas, referirse a la vejez tenía dos modelos comúnmente aceptados: 1) *Modelo asociado al envejecimiento exitoso*: varones que se distinguían por sus acciones heroicas (guerreros jaguares o águilas, sacerdotes conocedores de la dimensión animista o espiritual o bien, sabios que procedían de alguna dinastía o casta gobernante) y mujeres que, en menor grado, destacaban por sus habilidades en el manejo de la herbolaria y consejos domésticos (García, 2003); 2) *Modelo asociado a la salud/enfermedad*: concepción basada en componentes mítico-religiosos. No interesaba si el enfermo era un infante, un adolescente o un senecto. La salud/enfermedad simplemente era un dato real interpretado de manera simbólica o religiosa (Florescano, 2012).

La vejez no estaba relacionada directamente con la enfermedad, sino más bien con la idea de desgaste o de pérdidas naturales. Las crónicas prehispanas<sup>6</sup> relatan que las acciones sanitarias para ancianos la ejercía algún miembro de la familia o los *ticitl*<sup>7</sup> (médicos de la comunidad). Aunque no hubiese un trabajo

---

salvaguardar o reproducir la vida de un conjunto de personas cohesionadas por intereses comunes (Chiavenato, 2009).

<sup>5</sup> Me refiero a la palabra “persona” para aludir a la especie *homo* y no a otro ser viviente. Por su parte el vocablo “anciano” en castellano es un adjetivo referido al varón y a la mujer de edad avanzada o de muchos años. Desde 1983 la Organización de las Naciones Unidas recomendó que a las personas ancianas se les denominara “tercera edad” (una forma de dividir el ciclo de la vida humano: niñez, adultez y vejez) con la finalidad de ubicarlas dentro del rango de 60 años y más (García, 2012).

<sup>6</sup> Bernardino de Sahagún dejó testimonio escrito sobre la sabiduría médica azteca. Sahagún decía lo siguiente: “el médico suele curar y remediar las enfermedades; el buen médico es entendido, buen conocedor de las propiedades de las yerbas, piedras, árboles y raíces, experimentado en las curas, el cual tiene también por oficio saber concertar los huesos, purgar, sangrar y sajar, y dar puntos, y, al fin, librar de las puertas de la muerte. El mal médico es burlador, y por ser inhábil, en lugar de sanar, empeora a los enfermos con el brebaje que les da, y aún a las veces usa hechicerías y supersticiones para dar a entender que hace buenas curas” (de Sahagún, 1999).

<sup>7</sup> Entre los pueblos aztecas había distintos tipos de sanadores. El *ticitl* examinaba a las personas enfermas y las curaba con remedios basados en sus conocimientos (hoy sería nuestro médico de cabecera o de familia). El *nahualli* actuaba mediante la confección de horóscopos y era capaz de

institucionalizado de atención a la población longeva, sin embargo, sí había un proceso “administrativo” de los recursos medicinales empleados para la sanación o control de la enfermedad a través de médicos, curanderos o chamanes de la comunidad (Florescano, 2012).

Es a mediados del siglo XVII, en pleno proceso de la Conquista, cuando los usos y costumbres de los pueblos originarios fueron trastocados. Los diversos grupos evangelizadores (Franciscanos y Dominicos, principalmente) implementaron esquemas de atención a la salud para los “indígenas” golpeados por dicho proceso. Detectaron que la comunidad y la familia eran los proveedores estratégicos de atención a la salud: se entendió que los niños, las mujeres y los ancianos eran a quienes habría que brindarles el apoyo comunitario<sup>8</sup> (Florescano, 2000). Los apoyos brindados fueron siempre por motivos religiosos y en donde la caridad y la beneficencia fueron las dos acciones sociales por excelencia. Años posteriores, esos apoyos informales se transformaron a lo que sería cierta atención formal, gracias al surgimiento de los “hospitales”<sup>9</sup>.

A grandes rasgos, los conceptos “administrativos” de servicios de atención a la población anciana durante los siglos XVII, XVIII y XIX, fueron por lo menos los siguientes:

---

predecir el pronóstico de los males al mismo tiempo que curaba con métodos secretos y determinados rituales simbólicos. Se centraba más en el espíritu que en el cuerpo (estaría más bien relacionado con lo que hoy en día tratan de hacer los psicólogos y psiquiatras). Otros sanadores destacaban por sus habilidades: el cirujano, *tetecqui* o *texoxotla ticittl*; el sangrador, *tezoc* o *teximani*; la comadrona, *tamatqui* o *temixintiani*; el boticario, *papiani* o *panamacani*. Sabían curar fracturas y mordeduras de serpientes. En el oficio de la práctica médica, las mujeres de edad avanzada destacaban por la experiencia que pudiesen tener y porque se encontraban en la edad posmenopáusica (por ejemplo, la menstruación y el parto se consideraban impurezas del cuerpo y ponían, por consiguiente, en riesgo su práctica).

<sup>8</sup> Obviamente que, por intereses prácticos de la evangelización, los intercambios sociales entre misioneros y sobrevivientes de la Conquista, se complementaron a través del servicio caritativo ejercido por los evangelizadores y la sumisión devota por parte de los colonizados (Boff, 1998).

<sup>9</sup> La primera estructura formal instaurada para la atención de enfermos, pobres y ancianos de la Nueva España fue el Hospital de la Inmaculada Concepción -actual Hospital de Jesús- (Loyo-Varela, 2009), cuya organización y administración se inspiró en lo que sería el Nosocomio Bizantino y el Maristan Islámico, en el Oriente Medio, considerando el Hospital del Monasterio del Pantocrátor en el año de 1136.

- ✓ La caridad. Ésta es una categoría del orden moral que determinó la práctica religiosa para redimir a los más pobres y desprotegidos. Las reglas de operación eran definidas por la comunidad clerical, así como también la administración de los simbolismos religiosos y de los recursos económicos o en especie que recibía.
- ✓ El patronato. Consejo formado por varias personas encargadas de vigilar el uso correcto de los bienes propiedad de la Corona Española. El Patronato Real era el poder que le concedía el Papa a los reyes en la Nueva España. Dentro de los bienes a vigilar estaban los centros o dispensarios para ancianos indígenas en situación de abandono. El patronato también se encargaba de justificar jurídicamente la expropiación o despojo de las tierras comunales indígenas. Según las crónicas de Fray Servando Teresa y Mier, los patronatos le exigían a los indígenas ancianos sus tierras a cambio de apoyo moral y de servicios de cuidados sanitarios.
- ✓ La mutualidad. Se aplicó prioritariamente a la gente anciana indígena que realizaba pagos en especie a los hospitales con la finalidad de recibir cuidados o atención por alguna enfermedad hasta los últimos días de vida. Esos servicios eran pagados por muy pocos caciques longevos nativos.

En los inicios del siglo XIX, las instituciones hospitalarias que brindaban atención a la gente anciana, acuñaron el concepto de “beneficencia sanitaria”. Se trataba de un modelo de intervención orientado al tratamiento de enfermedades como la viruela, tifoidea y ciertos tipos de tumores malignos. Durante ese siglo se dotaron a los hospitales de camastros y se tuvo mayor control del paciente asignándoles reportes clínicos.

Derivado de las leyes de desamortización de 1851 y 1856 decretadas por Benito Juárez se expidió en 1861 la creación de la Dirección de Fondos para la Beneficencia Pública, organismo dependiente del Ministerio de Gobernación y que permitía donaciones a organizaciones y patronatos religiosos destinados ayudar a los ancianos (García, 2012).

Esos cambios modificaron la percepción social de la vejez y los mecanismos institucionales para la atención de las personas mayores. Dicha perspectiva entendió que el envejecimiento era un proceso individual circunscrito en la familia y al que las instituciones públicas (de salud principalmente) les correspondía cierto “compromiso” moral de ayuda cuando se trataba de ancianos pobres. Los viejos y las viejas pobres, enfermas y abandonadas, fueron definidos como seres dependientes e indefensos sujetos a la caridad y beneficencia.

La percepción institucional que se tuvo de la vejez en el México de finales del siglo XIX (en cuanto a ser un fenómeno asociado a la decrepitud e indefensión), permitió que aparecieran organizaciones privadas filantrópicas impulsadas por residentes extranjeros<sup>10</sup>. Éstas se encargaron de ofertar servicios alternativos o de reforzamiento para contrarrestar las penurias generadas durante el proceso de envejecimiento (Florescano, 2012).

En 1899 el Congreso de la Unión facultó al Ejecutivo expedir la primera Ley de Beneficencia Privada. Eso marcó el inicio de otro tipo de atención a las personas ancianas en el sentido de que se buscó cierta especialización de individuos (no necesariamente profesionales) que tuviesen afinidad e interés por ellas. Obviamente que se trataba de ancianos (no así de ancianas) adinerados que podían pagar por recibir cuidados prolongados o parciales o para curarlos de alguna enfermedad (Muriel, 1990).

Referirse, *grosso modo*, al proceso histórico de atención a la población envejecida en México permite, para el caso que me ocupo, tener claridad del por qué en la actualidad las instituciones de carácter público y privado, poseen ciertas representaciones particulares sobre el mundo de la senectud, las cuales condicionan prácticas específicas y determinan decisiones políticas.

---

<sup>10</sup> Así surgen el Hospital Inglés, la Sociedad de Beneficencia Española (quien por cierto apoyó de manera incondicional años posteriores a don Arturo Mundet Carbó, empresario y fundador de lo que hoy es un alojamiento importante para los adultos mayores: Casa para Ancianos ‘Arturo Mundet’), la Sociedad Americana de Beneficencia, la Asociación Francesa, Suiza y Belga, la Asociación de Beneficencia de la Colonia Italiana y la Alianza Monte Sinaí (Muriel, 1990).

## **Política asistencial o proceso de institucionalización**

Para cualquier estudio sobre envejecimiento y política que se pretenda realizar, es condición necesaria conocer los principios políticos y la dinámica socio-histórico económica, que son las que determinan las acciones institucionales y colectivas, sin dejar a un lado, las construcciones culturales sobre la vejez que se van forjando.

Como ya se dijo en los párrafos anteriores, el “modelo de beneficencia” construido por instituciones religiosas (basado en la caridad y la piedad), fue superado por el “modelo asistencial” de principios del siglo XX. Eso significó desplazar al Estado clerical (siglos XVII-XIX) por el Estado moderno liberal. En México, el origen de la política social para ancianos fue de tipo asistencial.

En la década de 1930 se sustituyó el concepto de beneficencia por el de asistencia, y se le reconoció al Estado su facultad para intervenir en materia de salud y auxilio social, así como el derecho de los ciudadanos a solicitarla (Florescano, 2012).

La creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (1943) y el desarrollo de la ciencia y la tecnología aplicadas a las cuestiones del estudio del envejecimiento (a través de las áreas de especialización geriátrica), coadyuvaron a convocar al Primer Congreso Panamericano de Gerontología realizado en la ciudad de México en 1956. Cabe mencionar que gracias a toda la política social de salud durante la década de 1950 y con el advenimiento del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (1959), surgieron los primeros modelos de intervención gerontológica a través de los programas asistenciales para ancianos; proveyéndolos de alimentos, vacunas y apoyo psicológico familiar (a través de los familiogramas).

Fueron tres acontecimientos fundamentales que marcaron la irrupción del Estado asistencial mexicano: la Reforma juarista, el positivismo científico incubado en el periodo porfiriano y la gesta revolucionaria de 1910 (García y Espinoza, 2010). Esos acontecimientos determinaron el origen del Estado liberal moderno y, en

donde éste, asumió el tutelaje social basado en el bienestar de la gente<sup>11</sup>. La política asistencial fue entendida como una responsabilidad del Estado ante las diferentes necesidades sociales a las que se tendría que dar atención y solución. Se buscaba hacer fuerte al Estado frente a la sociedad y generar la idea de que las instituciones públicas eran protectoras y benefactoras. Los deberes del Estado benefactor (*Welfare State*) ayudaron a estructurar los primeros derechos sociales. Así, la intervención estatal se dejó ver en los rubros de educación, salud, alimentación y vivienda.

En el caso de la política asistencial para población envejecida a mediados del siglo XX, solamente se consideró brindarles asistencia médica en las unidades del sector salud y apoyo social a través de la dependencia de gobierno llamada Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Cabe mencionar que para las décadas de los 50s y 60s la población de 60 años y más apenas alcanzaba los 2.5 millones (INEGI, 2005). Para esos años, la población rural anciana se vio mermada en cuanto a su reducido volumen poblacional, debido al intenso flujo migratorio de adultos en la década del 1940 los cuales algunos empezaron a envejecer en los Estados Unidos. La generación que se mantuvo en sus lugares de nacimiento o de residencia fue la que nació a finales de 1890. Obviamente, en esas fechas no existió ninguna institución pública o privada que atendiera las necesidades de la población rural longeva.

Para el caso de ancianos carentes de seguridad social y económica (principalmente los habitantes de zonas urbanas) se diseñaron esquemas de reparto de alimentos y se abrieron espacios públicos para la atención de enfermedades sin ningún costo (Guadarrama, 2001). Cabe resaltar que los grupos que tradicionalmente brindaron apoyo comunitario y familiar a los ancianos enfermos que vivían solos o en pareja, fueron aquellos que tenían una filiación religiosa (United Nations, 2011).

---

<sup>11</sup> Diversos estudios (García, 2006) sobre teoría política y política pública sostienen que los pensadores de la Ilustración europea (siglo XVIII) fueron los primeros en efectuar las distinciones entre Estado y sociedad civil y quienes empezaron a explicar conceptos tales como respeto a la legalidad, promoción y protección de espacios públicos para la asistencia de la gente pobre, derechos sociales (Guadarrama, 2001).

Es en la década de 1970 cuando las estrategias de política asistencial logra materializarse en la primera institución formal de atención social (subsector coordinado por el Programa Nacional de Salud) a través del INSEN (Instituto Nacional de la Senectud, 1979), hoy llamado Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. El INSEN tuvo un planeamiento basado en la diversificación de sus servicios a nivel federal, estatal y municipal. Los servicios ofertados fueron la asesoría legal, actividades manuales, físicas y recreativas, donaciones de instrumentos físicos para discapacitados, ventajas económicas a través de credencial de filiación, servicios médicos en el primer nivel de atención, entre otros.

La estructura administrativa del INSEN, la componía profesionales en las áreas médico biológicas, especialistas en geriatría, trabajadores sociales y psicólogos, así como también equipos de voluntariado expertos en el trabajo con adultos mayores. El INSEN fue definido como el órgano rector de atención a la población senecta mexicana. Sus redes institucionales de apoyo fueron la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Desarrollo Integral de la Familia, Fundaciones Privadas, Casa Arturo Mundet, entre otras. La cobertura de atención se basaba en el principio universalista<sup>12</sup>, es decir, una cobertura para toda la gente que cumpliera el requisito mínimo de edad de 60 años para ser beneficiaria. Se podría decir que a finales de la década del 70, las proyecciones basadas en los satisfactores sociales de la población anciana era medianamente óptimo (Palloni, 2001), a menos en aquellos longevos asentados en las principales zonas urbanas del país.

---

<sup>12</sup> Los principios universales tienen tres niveles de interpretación: 1) ético: es decir, toda acción institucional, colectiva o individual tiene que regirse por principios generalizables inviolables en donde se ponga como fin último el bienestar y la dignidad de todo ser humano. Un principio es universal porque es válido para el género humano sin importar raza, clase social, género, edad; 2) político: porque el fundamento de todo orden institucional y constitucional reside en la voluntad popular. El Estado es el responsable de asegurar las condiciones materiales dignas de todo ciudadano. Los políticos solamente son servidores públicos, instrumentos de las instituciones, cuyo trabajo es ser catalizadores de lo que los ciudadanos requieren para vivir bien. La universalidad en política consiste, por tanto, en poner al servicio de la gente todas las garantías de la Constitución y hacerles valer sus derechos en un clima de igualdad y justicia; 3) jurídico: porque todo ser humano es igual ante las leyes y el Estado. El modelo basado en principios universales se contrapone al modelo de focalización o de asistencia fragmentada. Por lo tanto, todos los bienes materiales o recursos tangibles e intangibles son de todos los ciudadanos que componen un país.

Con las transiciones demográfica, epidemiológica y residencial (García, 2012) derivadas durante los años 80s del siglo pasado, los servicios públicos para adultos mayores inicia un proceso de diversificación y se comienzan a implementar lugares especializados para ellos. De esa manera, los asilos fueron cuestionados por su carácter precario e indigno. Se cuestionó también la poca sensibilidad y en algunos casos la irresponsabilidad de familias que algunas solamente recurrían al asilo para internar y luego abandonar a sus viejos.

Por lo tanto, se inician las modificaciones que, a menos en sus diversas formas de nombrarlas, supusieron cambios cualitativos. Por ejemplo, se utilizaron conceptos como “Hogar para Ancianos”, “Club para Adultos Mayores”, “Alojamiento para Cuidados Prolongados”, “Residencias”, “Centros de Día”, entre otros. Cabe mencionar que los asilos no han desaparecido por completo. Sin embargo, para los fines de la presente investigación, solamente me enfocaré en los Centros de Día y de la importancia que tendría la ética y los procedimientos normativos como condiciones de posibilidad para una correcta viabilidad de su funcionamiento.

## **Los Centros de Día**

Seguramente que los profesionales en gerontología<sup>13</sup> tendrán que multiplicar sus esfuerzos en el futuro inmediato para reflexionar, discutir y estructurar estrategias que tengan que ver con la implementación de programas de atención a la población senecta requiriente a través del modelo de “intervención” denominado Centro de Día (CD).

La literatura producida (Rodríguez Rodríguez, 2007) en los últimos quince años señala que los CD fueron concebidos a partir de la posguerra de 1945 en

---

<sup>13</sup> Ya desde la década de 1950, la International Association of Gerontology, recomendaba tres campos teórico-prácticos en los que debería organizarse el trabajo gerontológico: el sanitario (asistencial), el biológico (investigación básica en los niveles tisular, celular y molecular) y el social (cuestiones sociológicas, psicológicas, de trabajo social y jurídicas). Para mayor claridad revisar el excelente artículo de V. Korenchevski, titulado “The International Association of Gerontology and Rapid Progress of Gerontology” en el que resume con claridad y creatividad la perspectiva general de dicho Congreso realizado en 1951 en la ciudad de St. Louis, (USA). Ver <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2022540/?page=1>

países como Francia, Alemania, Reino Unido. La perspectiva que se tuvo de ellos fue en definirlos como espacio público de atención a problemas de orden psiquiátrico y conductuales. Dichos espacios tenían la modalidad de recibir a veteranos que por razones de historias de vida vivían solos y con problemas mentales agudos. Es a mediados de la década de los años 70s del siglo pasado cuando los nosocomios europeos detectan que la población anciana comienza a tener mayor necesidad de recibir apoyos de salud mental. Como respuesta de gobiernos se ofreció la apertura de CD especializados en las áreas psiquiátrica, trabajo social y rehabilitación física. A esas respuestas se le conoce en gerontología como “proceso de institucionalización”: se pensó que la internación en hospitales era la mejor opción pues así se mantenía controlado al paciente.

Fue en la Universidad de Manchester, Londres, Inglaterra, en donde el CD fue conceptualizado geriátricamente. Eso permitió ciertas modificaciones en la estructura administrativa y en los tratamientos específicos dando así origen a los Hospitales de Día (HD). Dichos Hospitales para estaban destinados a prestar servicios de control de cuadros patológicos y tratamiento rehabilitatorio, cubriendo también el área psicosanitaria. Otro dato relevante es que en los HD se brindaba apoyo de traslado a los hogares de los pacientes que después de terapias de rehabilitación y convalecencia lo requerían.

Esa perspectiva de ver al individuo longevo únicamente como una entidad orgánica y definida de manera clínica, duró poco tiempo. Pues las explicaciones de las ciencias sociales contribuyeron a delimitar las interpretaciones biomédicas.

Se comprendió que conforme avanzaban los años, los individuos son más propensos a experimentar diversos tipos de depresiones acompañadas a menudo de crisis somáticas. El concepto de atención primaria puesta en marcha fue que la presencia del trabajador social era necesaria pues ayudaba a detectar las influencias negativas del entorno familiar y social sobre los pacientes añosos. Mientras que la participación del médico y del rehabilitador contribuían a intervenir, corregir y prevenir daños orgánicos y físicos. De esa manera se generó dos modelos de atención a la población senecta: por un lado el Hospital de Día (espacio de

intervención psicosanitaria) y por otro el Centro de Día (definido como lugar terapéutico y de integración psicosocial).

A finales de los años 70s, del siglo XX países como Estados Unidos, Canadá y en menor medida, Argentina y Brasil, retomaron la experiencia de los CD europeos y plantearon como desafío inmediato impulsarlos con la finalidad de favorecer la integración de las personas senectas a la comunidad y de formar recursos profesionales especializados en la atención de los problemas de salud. Así también, se buscó de manera parecida lo que Francia recomendaba en materia gerontológica:

- ✓ Contrarrestar las psicopatologías perturbadoras generadoras de depresiones y aislamientos.
- ✓ Reducir los gastos médicos y de dependencia de fármacos.
- ✓ Ayudar en las finanzas públicas de los gobiernos, descargando ciertos servicios que podían absorber el paciente (con la toma de conciencia del autocuidado) y los familiares.
- ✓ Evitar la hospitalización a través de programas educativos en salud.

México no fue la excepción al verse también impactado por el proceso histórico de los CD. A mediados de la década de los ochenta se comenzaron a visualizar la creación de espacios profesionales de atención para el adulto mayor. Fueron las instituciones hospitalarias como el IMSS y el ISSSTE las que iniciaron la labor de diversificación de los servicios geriátricos que solamente se concentraban en las principales ciudades del país (Distrito Federal, Monterrey, Guadalajara y Baja California). Después de 1990, los CD comenzaron a adquirir trayectorias disímiles y a desarrollarse paradojas que en la actualidad todavía no se resuelven. Por ejemplo y por mencionar algunas divergencias en cuanto a su finalidad, se creyó que éstos no deberían de estar bajo la administración de expertos o especialistas en medicina, pero tampoco lo podían hacer los trabajadores sociales o burócratas, más o menos sensibles, a la problemática de la vejez.

Existen por lo menos, según los hallazgos encontrados, cuatro retos a los que se enfrentan los CD en México:

- Aunque éstos vienen constituyendo una alternativa al sistema de cuidados, donde algunos cuentan con orientación médica, otros, que son muy pocos (con programas e instrumentos rehabilitadores) se ha logrado imponer la actividad lúdico-recreativa. Con ese empoderamiento se corre el riesgo de que se conviertan en lugares pasivos, contemplativos y extremadamente promotores de actitudes individualistas poco comprometidas con el entorno comunitario.
- Dado que los CD están siendo considerados como “negocio político”, pueden verse susceptibles de corromperse pues lo que interesa es el “cliente” anciano como voto electoral potencial. Esa perspectiva degrada los servicios y la visión integral de los CD la cual consiste en hacer del adulto mayor una persona capaz de ser independiente en su vida diaria, saludable en la medida de lo posible, participativa social y políticamente y solidaria de manera intergeneracional.
- Los CD al ser utilizados como ejemplo de las políticas sociales, éstos se ven menguados financieramente para su operación eficaz ya que son considerados como espacios que financieramente dependen de la Secretaría de Desarrollo Social. Además, en las políticas de gobierno, éstos compiten con otros “grupos vulnerables” por recursos económicos los cuales son extremadamente escuetos. Eso genera que los servicios de atención a la población usuaria anciana sea deficitaria.
- Ante las limitaciones de algunos alojamientos para ancianos y que son subsidiados por diferentes programas de gobierno, actualmente se vienen incrementando la participación de grupo privados que han venido construyendo CD y estancias de cuidados prolongaos donde los familiares o usuarios pagan por recibir tratamientos, orientación psicológica y todo tipo de apoyos psico-socio-sanitarios en el primer nivel de atención. Los costos oscilan dependiendo del lugar y de la población

a la que se refieren. Por ejemplo, en la Ciudad de México, los precios de una estancia de cuidados prolongados pueden estar entre 3 mil y 18 mil pesos mensuales (según salario mínimo en el tercer trimestre de 2013). Los CD en manos de la iniciativa privada se caracterizan por brindar profesionales adecuados y de calidad dependiendo, obviamente, de la renta a pagar.

Esquematisando las diferencias y objetivos que existen entre los Centros de Día, Hospitales de Día y Hogares o Clubes para adultos mayores, el Cuadro 1 resume las características de cada uno de ellos. Cabe mencionar que en ocasiones puede haber cierta correlación mínima.

**Cuadro 1.** Características de algunos modelos de atención a población adulta mayor

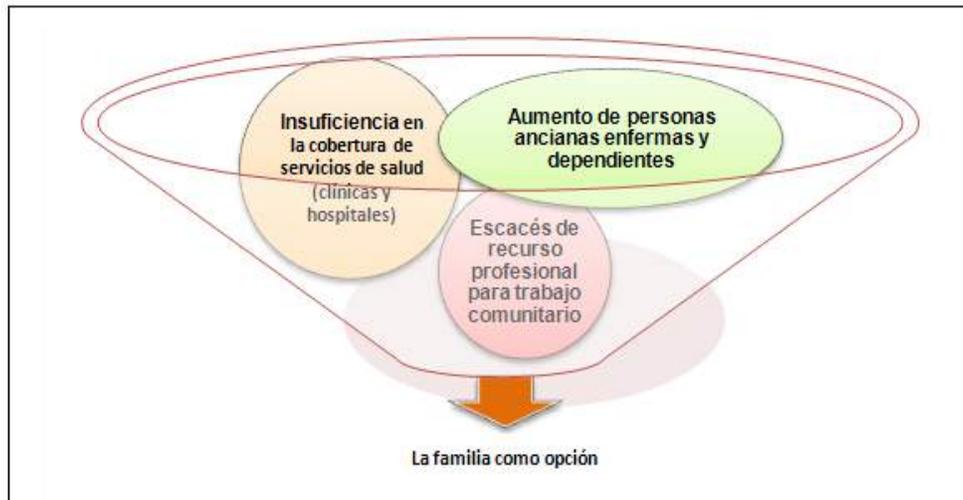
Modelo de atención	Modalidad	Objetivo	Duración del servicio	Destinatarios	Recurso profesional
Centro de Día	Servicios socio-psico-sanitarios y/o sociales	Prevención de la institucionalización, rehabilitación, mantenimiento del nivel de autonomía y apoyo familiar	Habitualmente es matutino, aunque puede mantener horarios flexibles (dependerá de la política de servicio del CD)	Personas con problemas de pérdida de autonomía funcional o psico-social (también pueden residir senectos en situación de abandono familiar)	Gerontólogo, trabajador social, gericultista, psicólogo, nutriólogo
Hospital de Día	Servicios psico-sanitario y/o geriátricos	Valoración e intervención geriátrica con tratamiento y rehabilitación ante problemas de enfermedad	Horario cerrado, es decir, las 24 horas proyectado a pocos meses según la rehabilitación	Pacientes geriátricos vulnerables que precisan atención sanitaria	Geriatra, gericultista, gerontólogo, trabajador social
Hogares y/o Clubes	Servicios sociales	Prevención, socialización, información	Matutino	Personas autónomas o independientes	Gerontólogo, trabajador social, psicólogo

**Fuente:** Elaboración propia con base en “Documento Técnico: Centros de día para personas mayores” (IMSERSO, 1999) y “Modelos de atención gerontológica” (INAPAM, 2012).

La implementación de los Centros de Día podría constituirse como un espacio alternativo de las familiar y de las clínicas y/o hospitales (primer nivel de atención) dado que las tendencias del sistema de cuidados institucionales se pueden ver superado por el aumento de la demanda. Recientemente la Comisión para América Latina y el Caribe (CEPAL), dio a conocer un informe de la población senecta en la región latinoamericana y caribeña y en el cual se indica, entre otras cosas, que el nivel de

morbilidades y dependencia están aumentando en la población anciana. Paralelamente indica que las instituciones de salud pública, tienden a disminuir su cobertura (CEPAL, 2013). La institución familiar, como lo indica el Esquema 1, se está convirtiendo en el reducto último donde se estará descargando los cuidados básicos y de rehabilitación que las instancias sanitarias, principalmente públicas, no puedan absorber.

**Esquema 1.** Visualización de la familia como espacio de contención



**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de CEPAL (2013); García (2012).

Sin embargo, cuando la familia tiene la característica de ser nuclear, sería muy limitado el apoyo que pudiese recibir la persona anciana. Luego, si se incorporan las variables de hogar unipersonal (cuando se vive en estado de viudez, separación y soltería) u hogar compartido -cuando por lazos de amistad se comparte el mismo espacio, ya sea varón con mujer, mujer con mujer, varón con varón o bien, cuando existen relaciones con preferencias sexuales diferentes- (Montes de Oca, 2006) y, finalmente, si se agregan aquellas personas ancianas en situación de abandono, entonces, los Centros de Día se convertirían en otro espacio de contención. Incluso, dichos Centros no solamente estarían referidos para atender las variables comentadas, sino también se enfocarían en población anciana que cohabita en familia ampliada (primera, segunda y tercera generación). De allí que los Centros de Día sean proyectos o alojamientos que podrán responder a

diferentes contextos y necesidades de aquellos que los requieran Montes de Oca, 2001).

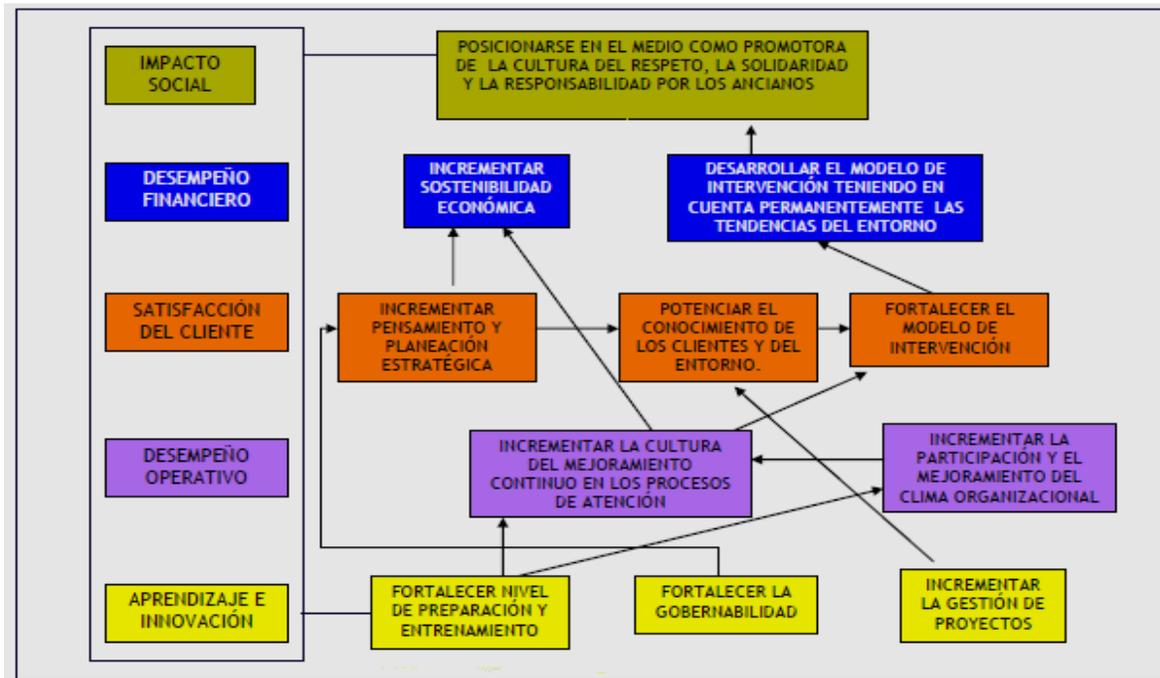
**Esquema 2.** Los Centros de Día como espacio alternativo



**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de CEPAL (2013); García (2012).

Un CD visto como negocio particular estaría destinado para aquella población anciana con solvencia económica. Las tendencias residenciales en México son un nicho aprovechado por inversionistas (norteamericanos, judíos, españoles, árabes y argentinos) quienes cuentan con estrategias básicas en materia gerontogerátrica. Como bien se sabe, todo proyecto de negocio deberá contar con estudios de factibilidad a partir del análisis de mercado: recursos físicos, financieros y humanos. En el Cuadro 2 se aprecia la visión que deberá tener el inversionista en cuanto al proceso maestro de planeamiento.

**Cuadro 2.** Plan metodológico de inversión en un Centro de Día



Fuente: Elaboración con base en Plan Gerontológico Corporación “Sendero de Luz” (2010-2015).

La pregunta central sería cómo implementar y mantener un CD con fines de asistencia social o subsidiada por el erario (recursos económicos del gobierno). Cabe reconocer que el INAPAM, como órgano federal responsable de la política social dirigida a la gente mayor, viene implementado una serie de modelos de atención gerontológica que, dentro de un esquema de contención económica o de servicios limitados hace lo que puede para ofrecer atención a la población que la requiere (en las zonas urbanas se puede notar ciertas acciones, aunque en las zonas rural e indígena se observa cierta ausencia). Los Centros de Día pueden constituir “salidas” a la creciente demanda de servicios sociosanitarios e incluso, ante el incremento de situaciones de abandono por parte de familiares, los CD pueden ser:

- Opciones comunitarias o de organizaciones sociales y/o filantrópicas.
- Estructuras a través de las cuales se diseñen proyectos productivos *por y para* los adultos mayores (en los que ellos mismos planifiquen, instrumenten, coordinen, evalúen y atiendan).
- Áreas de oportunidad para emprender negocios particulares con una visión de responsabilidad social.

## ¿Cómo planificar Centros de Día?

Antes de pasar al desarrollo de la planificación de los Centros de Día (CD)<sup>14</sup>, es básico definir las características de alojamiento que se quiera desarrollar:

- ✓ El CD como macroalojamiento (generalmente dependiente de organismos públicos y con más de 200 plazas disponibles).
- ✓ Como microalojamiento (dependiente de organizaciones comunitarias o privadas calculado de 20-40 plazas).
- ✓ De alojamiento mediano (donde se tenga disponibles 50 plazas y donde puedan participar instituciones públicas y privadas).
- ✓ CD con servicios integrales (donde se busque obtener una rentabilidad económica, el cual estará dotado de todos los servicios necesarios para funcionar sin depender de recursos externos de gobierno o de fundaciones). Los recursos profesionales tendrán que ser multidisciplinarios y en el que la figura del gerontólogo será estratégica<sup>15</sup>.

Los países como Reino Unido, Alemania, Francia, Holanda y, en menor grado, España, han demostrado que los Centros de Día exitosos son aquellos tutelados por profesionales (que comparten estrategias multidisciplinarias) y que logran establecer vínculos con la comunidad y más específicamente, con la familia. Estudios recientes (Flascha, 2003), señalan que la campaña europea denominada

---

<sup>14</sup> Existen experiencias locales, como es el caso de los Estados Unidos, Brasil y Argentina, donde los CD que son “administrados” o coordinados por gente mayor en condiciones de salud óptima, poco a poco van cobrando significancia debido a que la perspectiva de integración, autonomía e identidad es sustantiva para los usuarios.

<sup>15</sup> En 1903, E. Metchnicoff no solamente se refirió por primera vez al concepto de “gerontología”, sino también habló del gerontólogo (ver artículo en línea “Hacia una fundamentación científica de la gerontología”, José Carlos García Ramírez: [http://www.praxissociologica.es/images/PDF/2008-12/revista\\_n12-6.pdf](http://www.praxissociologica.es/images/PDF/2008-12/revista_n12-6.pdf). Actualmente en América Latina existen por lo menos 70 instituciones de Educación Superior que ofrecen la Licenciatura en Gerontología, especialidades y algunos diplomados e incluso tecnicaturas. Lo relevante es que cada día se vislumbra la necesidad de multiplicar la formación de gerontólogos, los cuales tendrán que enfrentar una serie de retos como son el desarrollo de las capacidades críticas, el fortalecimiento de sus aptitudes teóricas y prácticas (desde una perspectiva biopsicosocial y espiritual del fenómeno del envejecimiento), el emprendimiento en cuestiones referentes a la arquitectura y las tecnologías aplicadas a las necesidades de la población longeva, así como también, la gestación y desarrollo de redes científicas dedicadas a la investigación regional.

(“*To age and Live at Home*”, “*Alter und Leben zu Hause*”, “Envejecer y Vivir en Casa”), ha contribuido a mejorar en ciertos aspectos la calidad de vida de aquellas personas ancianas que aceptan el esquema CD-Hogar Familiar.

El CD como hogar familiar, es sin duda una opción viable en el que se pretendería reproducir las condiciones óptimas o ideales de una familia donde:

- Los roles sean definidos por esquemas de participación y colaboración (es decir, donde la persona anciana pueda realizar actividades y socializar o compartir experiencias y trabajos comunes –siempre y cuando la estructura administrativa del CD coordine las actividades–).
- Los procesos de interacción garanticen un espacio de convivencia libre de discriminación, maltrato y violencia y en el que los conceptos de reconocimiento, dignidad y autonomía, sean el fundamento ético que deben reivindicar con acciones concretas todo aquel personal que de manera directa o indirecta esté vinculada con la persona mayor usuaria.
- La perspectiva intergeneracional sea una nota esencial a desarrollar a través de programas sociales donde se integren en las diversas actividades (lúdico-recreativas, de esparcimiento, de actividad física y de rehabilitación, orientación emocional y lecturas reflexivo-literarias) niños, jóvenes y adultos.
- La capacidad de apertura contribuya a recibir propuestas y programas de apoyo de instituciones públicas o privadas que posibiliten el mejoramiento de la infraestructura física y de los servicios ofertados.

En síntesis, los CD-Hogar Familiar deberán ser un espacio “simulador” (familia ampliada) basado en los roles de participación e inclusión, en la interacción simétrica y respetuosa de los participantes, en el fomento a las relaciones intergeneracionales (Moragas Moragas, 1996) y en la apertura a coordinarse interinstitucionalmente, hagan de la estancia de las personas mayores y de todos

los involucrados, una experiencia vital y satisfactoria en términos de plenitud y bienestar<sup>16</sup>.

Desde la perspectiva filosófica, Agnes Heller (1971), indica que las necesidades humanas sirven para motivar a las personas, en cualquier cultura y momento histórico, a buscar los medios para satisfacerlas. La satisfacción de las necesidades esenciales como son el comer, el alojamiento, el vestir, el trabajar y el estar bien con los demás (la otredad o la alteridad), es condición básica para desplegar las potencialidades creativas y dignas del ser humano (sin importar edad, género y raza). La satisfacción de las necesidades (materiales y espirituales) constituye el sentido de la vida humana en su cotidianidad<sup>17</sup>.

Sin embargo, según Maslow (1998), también considera que toda estructura social e institucional (como podrían ser los Centros de Día), tiene que estar al servicio de la satisfacción de las necesidades humanas y promover el mayor bienestar psíquico y físico de las personas.

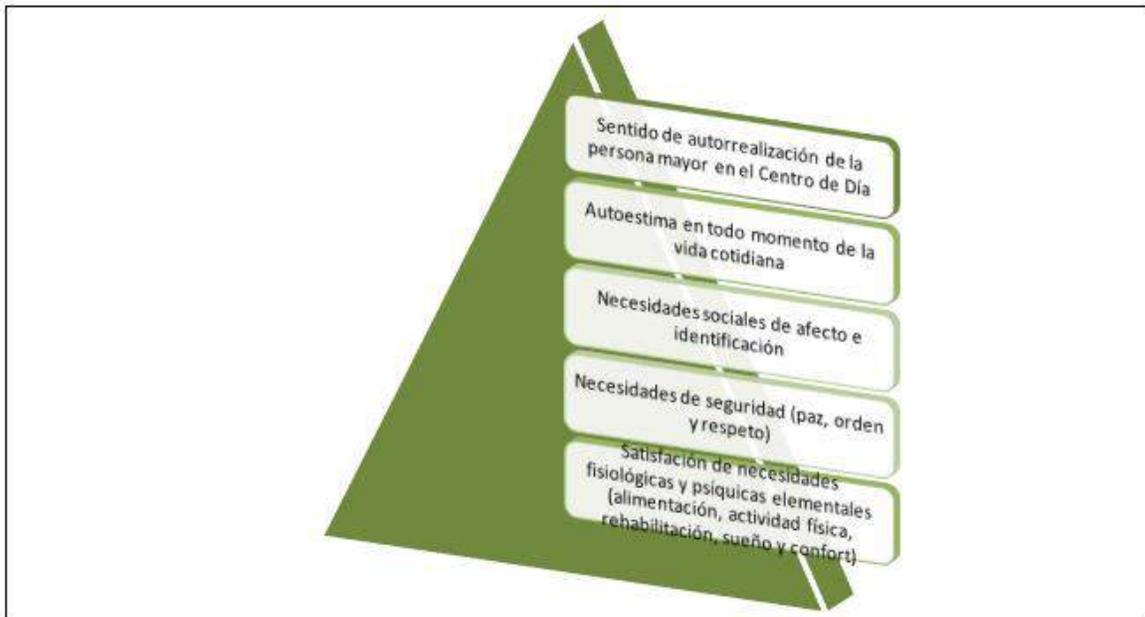
---

<sup>16</sup> El concepto de bienestar es ligado con el de calidad de vida y el cual se refiere a una percepción subjetiva pero, he aquí lo importante, condicionada por factores objetivos generados en un contexto cultural, social, político, económico, familiar y ambiental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido que el bienestar, en términos de calidad de vida, comprende por lo menos seis horizontes fundamentales: un área biológica (la energía, la fatiga), un área psicológica (sentimientos positivos), el nivel de independencia (movilidad), las relaciones sociales (apoyo social práctico), el entorno (la accesibilidad a la asistencia sanitaria) y las creencias personales/espirituales (significado de la vida). Las tesis de Amartya Sen indudablemente contribuyeron a que el área de la salud ahondara en el concepto de calidad de vida y su relación con la idea de bienestar (Sen, 1976; OMS, 1998). Ahora bien, el concepto de bienestar valdría la pena reflexionarlo desde la gerontología a través de la teoría de la auto-determinación formulada por Deci y Ryan, que es una perspectiva del desarrollo y del estar bien (*wellness*) en el ámbito de la vida diaria. El bienestar está ligado al mundo de las necesidades psicológicas básicas cuya satisfacción es necesaria para el estar bien psicológico y cuya importancia aplica a todas las edades y a todos los humanos. El estar bien va más allá de concepciones *hedónicas* o de placer y se incrusta en la felicidad. La felicidad es el resultado del bienestar donde la satisfacción de las necesidades de atención médica (mejoramiento de la salud fisiológica, mental y afectiva) y de los beneficios sociales y económicos, permiten la *realización de potencialidades del desarrollo del adulto mayor*. Como dice Yehoshúa Erlich, promotor de la División de Cooperación Internacional del Ministerio de Relaciones Exteriores de Israel, que el desarrollo del adulto mayor depende de la equidad entre bienestar y la productividad: "cada uno recibe según su necesidad y entrega según su capacidad". Por lo tanto, el bienestar integral depende de los satisfactores materiales y espirituales o culturales con los que una persona está feliz consigo mismo y con su entorno. El bienestar es autopercepción pero también es valoración cuantificada o medible (Ryan y Sapp, 2007).

<sup>17</sup> Heller dice que no hay vida cotidiana sin espontaneidad, juicio provisional, trabajo, familia, economía, interacción con los otros y, sobre todo, medios o instrumentos al alcance de las personas a través de las cuales se logren satisfacer las necesidades. De esa manera, toda organización social y de gobierno necesariamente tiene que generar los medios para coadyuvar a la satisfacción de las necesidades materiales que todo individuo tiende a demandar (Heller, 1971).

Bajo la perspectiva, por lo tanto de Heller y Maslow, los planificadores de los CD para adultos mayores, así como también profesionales y usuarios, tendrán que entender inequívocamente que la finalidad de esos establecimientos será diseñar, planificar, actuar, servir y mejorar los servicios a partir de la siguiente pirámide:

**Esquema 3.** Los Centros de Día vistos desde la satisfacción de necesidades



**Fuente:** Elaboración propia con base en Heller (1971) y Maslow (1998).

A partir del Esquema 3, se puede inferir el hecho de que hay que llevar a los y las profesionales que están al frente de los CD al convencimiento de que en cualquier momento de la vida cotidiana, el fin último, como diría Aristóteles, de toda persona mayor (sin importar si es dependiente o independiente en su vida diaria) es la satisfacción de ciertas necesidades materiales, psíquicas y espirituales en términos de autoestima y felicidad (Naciones Unidas, 2013).

### **Arquitectura geriátrica**

Dice un proverbio latino “*Domus amica, domus optima* (Casa amiga, casa óptima)” o como también reza el refrán popular “el buen juez por su casa comienza”. La casa o el hogar es el espacio por excelencia que humaniza y acoge, protege y

conforta, congrega y consolida las identidades de quienes lo habitan. Según el filósofo alemán Martin Heidegger (1963) diría que el ser humano, en su actividad existencial, coloca como referencias primordiales el cuidado de sí mismo y de “su casa (*zu Haus*)”. La casa es el espacio estratégico desde donde las personas que por filialidad o por acercamiento con otros, diseñan sus proyectos de vida y se lanzan a la búsqueda de las cosas o de los medios para darle sentido a sus actividades vitales. La casa o el espacio está construido con artefactos, objetos, estructuras que siempre “están a la mano” de quien la habita. La arquitectura<sup>18</sup> es una actividad básica en la vida humana, pues ella diseña y edifica el hogar donde los individuos se protegen, descansan, intimidan, sueñan y proyectan sus propósitos o, simplemente, se ocultan para encerrarse a sí mismo o, mejor dicho, para esperar su fin (o sea para fenecer).

Un Centro de Día es la “no casa (*Un-zuhause*)” del adulto mayor. Sin embargo, el objetivo fundamental es hacer de esa “no casa”, el hogar secundario a modelar. El Centro de Día tiene como punto de partida el diseño o la arquitectura por medio de la cual se construirá el espacio óptimo donde los usuarios se “sientan como en su verdadero hogar”.

El objetivo central de la llamada “arquitectura geriátrica” es contribuir con diseños y construcciones que tiendan a mejorar la calidad de vida en los niveles físicos, psíquicos y de interacción de las personas de edad avanzada. Seguridad, funcionalidad, confort y felicidad, tienen que ser los criterios a tomar en cuenta cuando se inicia un proyecto arquitectónico para edificar un CD.

Antes de construir (ya sea a través de instituciones de gobierno o de planes de negocios para empresarios) se tiene que considerar los parámetros<sup>19</sup> a seguir:

---

<sup>18</sup> La arquitectura, en términos generales, ha demostrado a través de sus construcciones su gran capacidad para dar cobijo, adaptarse a las necesidades, proveer espacios para la adaptabilidad y belleza visual, funcionalidad y de hacer felices a los moradores del espacio arquitectónico (Cassinello, 2007).

<sup>19</sup> Es interesante la propuesta realizada por Adela María Cassinello quien desde la experiencia española, aporta una serie de elementos básicos que se deberán tener en cuenta en el momento de diseños de alojamientos para personas mayores (Cassinello, 2007).

- Encuadrar el diseño en la normativa de construcción para adultos mayores y discapacitados<sup>20</sup>.
- Integración arquitectónica en el entorno.
- Accesibilidad integral.
- Zonas ajardinadas pertenecientes al recinto residencial.
- Adaptación de la volumetría de la edificación a escala humana (evitar las edificaciones en altura).
- Relación con el exterior de forma que posibilite la relación intergeneracional (al menos de manera visual).
- Materiales de construcción y decorativos que, dentro del diseño estético, cumplan con su funcionalidad específica.
- Diseño de organigramas funcionales donde queden claramente especificados los espacios operativos y administrativos (área de recepción, área administrativa y de organización de servicios, área de esparcimiento y de dinámicas individuales y colectivas, área de servicios socio-sanitarios, de rehabilitación y de prácticas espirituales, áreas para la manutención, el alojamiento (dormitorios – si fuese el caso–) y salones de esparcimiento, juegos y de alimentos).

Siguiendo los análisis de Muriá y Olivares (2001) referente a la arquitectura geriátrica se observa que el trabajo multidisciplinar es primordial, de allí que el gerontólogo tiene una función de articulador pues con su perspectiva crítica,

---

<sup>20</sup> Se recomienda revisar lo sugerido por la Estrategia Regional derivada del Plan de Envejecimiento en Madrid 2002, en cuanto al significado de “espacios propicios y favorables”. Así también las normas para establecimientos contenida en el Proyecto de Norma Oficial Mexicana (PROY-NOM-005-SSA3-2007) en cuanto a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención psico-socio-sanitaria y que también podría aplicar para los Centros de Día para adultos mayores; el Proyecto de Norma Oficial Mexicana (PROY-NOM-031-SSA3-2009) en lo referente de la organización e infraestructura de establecimientos (públicos y privados) que oferten servicios de atención a las personas mayores; Norma Oficial Mexicana (NOM-167-SSA1-1997) sobre los requisitos para la arquitectura y accesibilidad para establecimientos que ofrezcan servicios de atención y cuidados para adultos mayores, así como de la prohibición de las barreras arquitectónicas; Norma Oficial Mexicana (NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico) en atención a los procesos de regulación y orientación de la conformación y organización de los documentos escritos, gráficos e imagenológicos por medio de los cuales se brinde un servicio sociosanitario; Norma Oficial Mexicana (NOM-233-SSA1-2003) la cual establece los requisitos arquitectónicos y de accesibilidad en lo referente a establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria y los cuales podría aplicar para los CD.

científica y profesional, puede contribuir en las asesorías para la edificación de lo *que debe* ser un CD, a partir del siguiente cuadro de preguntas estratégicas (de paso sea dicho que son esenciales para cualquier evaluación aplicada al caso de alojamientos para adultos mayores y personas con discapacidad):

### **Elementos para evaluar accesos**

- ¿La entrada al edificio es accesible desde el estacionamiento para personas en sillas de ruedas o con alguna discapacidad motriz?
- ¿Hay suficiente espacio en la entrada para maniobrar la silla? (mínimo 1.00 m para empujar la puerta y 1.50 m para jalarla).
- ¿El desnivel del umbral es menor de 1 cm?
- ¿La zona de aproximación al borde de la rampa o escalera es de 1.20 m de ancho?
- Si el edificio tiene torniquetes o puertas giratorias, ¿existe un paso disponible para sillas de ruedas?
- ¿Hay suficiente espacio en el vestíbulo, para que una persona en silla de ruedas o con muletas pueda abrir las puertas desde afuera o adentro sin dificultad?
- ¿El acabado del piso permite el movimiento fácil de la silla de ruedas?
- ¿Existe señalamiento que indique el permiso de acceso a perros guía?
- ¿Existe señalización normativa y en relieve en los accesos de locales con servicio al público?

### **Puertas**

- ¿Hay suficiente espacio al nivel de la puerta, para que una persona en silla de ruedas pueda maniobrar?
- ¿Las superficies de los acabados en pisos interiores y exteriores son antiderrapantes aun estando mojadas?
- ¿Los umbrales tienen una altura menor a 1 cm?
- ¿El ancho de la puerta (mínimo 1.00 m libre) es adecuado en relación con el espacio de apertura?
- En vestíbulos dobles para evitar corrientes de aire, ¿Hay al menos 1.90 m entre puertas?
- ¿Se han incorporado puertas plegadizas para aumentar la accesibilidad?

- ¿Las puertas grandes cuentan con bisagras especiales para facilitar su apertura?
- ¿Se han utilizado las manijas tipo palanca en lugar de las de pomo, para facilitar su agarre?
- ¿Las puertas pueden ser abiertas utilizando una sola mano y abaten hacia el muro más cercano (si están en esquina)?
- ¿Existe color contrastante entre el marco y la puerta o cancel?

## **Rampas**

- ¿Está protegida la rampa de la lluvia?
- ¿La superficie de la rampa es uniforme y antiderrapante (con un alto coeficiente de fricción)?
- ¿Existen descansos en rampas con longitud mayor de 6.00 m?
- ¿Existe área suficiente en la llegada y arranque de la rampa para permitir el paso por una puerta (si es que existe) de personas con sillas de ruedas (1.20 m de ancho extra después de la zona de cerrado de la puerta)?
- ¿Los descansos son de 1.00 m a 1.50 m de longitud?
- En los casos de descansos en retorno, ¿su dimensión mínima es de 1.50 m por 1.80 m?
- Si la rampa es mayor de 6.00 m de longitud, ¿tiene ancho mínimo de 1.00 m?
- Si la rampa es mayor de 6.00 m de longitud, ¿la relación de la pendiente es 1:20?
- ¿La pendiente de la rampa no es mayor del 6%?
- ¿Existe pasamanos a lo largo de la rampa, a una altura de 75 cm y 90 cm? ¿Se extiende 30 cm en el arranque y la llegada?
- ¿Los bordes laterales de la rampa son de 5 cm?
- ¿La zona de aproximación a la rampa es de 1.20 m de ancho y con textura diferente al piso predominante?
- ¿Existe señalamiento que prohíba la obstrucción de la rampa con cualquier tipo de elemento?
- ¿Existe símbolo internacional de acceso a personas con discapacidad?

## **Escaleras**

- ¿El ancho mínimo de la escalera es de 1.80 m?
- ¿La zona de aproximación a la escalera, es de 1.20 m. de ancho y con textura diferente al piso predominante?
- ¿Las huellas tienen 32 cm de ancho mínimo?
- ¿Los peraltes son de 12 cm a 17.5 cm de altura, verticales o inclinación máxima de 2.5 cm?
- Si existe nariz, ¿es menor de 1 cm?
- Tanto para el peralte como para los primeros 5 cm de la huella, ¿se especificaron materiales antideslizantes de un color contrastante con el resto de la huella?
- ¿Pueden identificarse fácilmente los escalones?
- ¿Los acabados están bien terminados, son seguros y antiderrapantes?
- ¿Los acabados de los pisos y escaleras son del mismo espesor?
- ¿Los pasamanos son de sección redonda de 3.8 cm de diámetro, están colocados en ambos lados a 75 cm y 90 cm del nivel de piso y prolongados 60 cm en el arranque y llegada de la escalera?
- ¿La separación entre el pasamanos y el muro es de 5 cm como mínimo?
- ¿La ubicación de la escalera provoca distracción visual de los usuarios?

## **Elevadores**

- ¿El elevador está ubicado cerca del acceso principal?
- ¿El área interior libre es de 1.50 m por 1.50 m como mínimo?
- ¿El ancho mínimo de la puerta es de 1.00 m?
- ¿Los controles de llamada están colocados a 1.20 m del nivel de piso a la parte superior?
- ¿Existen dos tableros de control de niveles colocados en ambos lados de la puerta a una altura de 1.20 m?
- ¿Existen sistemas de alerta (aviso anticipado de llegada de cabina) audible y visual, para que las personas puedan aproximarse y entrar al elevador antes de que sea cerrada la puerta?
- ¿Los barandales interiores están colocados a 75 cm y 90 cm de altura en tres lados

y separados 5 cm de la pared?

- ¿Los mecanismos de cierre automático de puerta tienen 15 segundos de apertura como mínimo?
- ¿Hay exactitud en la parada con relación al nivel de piso?
- ¿Existe señalización del número de piso en relieve, colocado en el canto del marco a una altura de 1.40 m del nivel de piso?

### **Circulación horizontal de comunicación**

- ¿El ancho libre mínimo es de 1.80 m?
- ¿Existe sistema de alarma de emergencia a base de señales audibles y visibles con sonido intermitente y lámpara de destellos?
- ¿Existe señalización conductiva?

### **Salidas de emergencia**

- ¿Están preparados los vestíbulos de elevadores a prueba de fuego?
- ¿Existen áreas de seguridad protegidas a prueba de fuego para resguardo temporal de personas con discapacidad o imposibilitadas para usar escaleras?
- ¿Las cajas de alarma están colocadas a 1.20 m de altura o menos?
- ¿Hay señales de alarma visuales y auditivas?
- ¿Existe señalización normativa, en relieve y color contrastante con el fondo?
- ¿El abatimiento de las puertas es hacia el exterior?

### **Área de recepción**

- ¿Las áreas de atención al público cuentan con un mueble de control con una altura de 90 cm y puede usarse sin conflictos de tipo antropométrico?
- ¿Existe un área de 1.50 m de ancho como mínimo para permitir el acceso de sillas de ruedas?

### **Telefonía para usuarios**

- ¿La altura de colocación del aparato es de 1.20 m en su parte superior?
- ¿El área de uso es de 1.20 m por 1.20 m para permitir acceso en silla de ruedas?

- ¿La circulación de acceso al módulo es de 1.50 m de ancho, cuando no está integrado al vestíbulo?

### **Sala de espera**

- ¿Se ha destinado un área como mínimo para personas en sillas de ruedas por cada 16 lugares de espera?
- ¿El área destinada es de 1.20 m por 1.20 m como mínimo?
- ¿La circulación es de 1.50 m como mínimo?
- ¿Se ha reservado un asiento como mínimo para personas con muletas o bastón por cada 16 lugares de espera?
- ¿Existe gancho para colgar muletas o bastón colocado a una altura de 1.60 m?

### **Vestidores**

- ¿Las dimensiones mínimas del vestidor son de 1.80 m por 1.80 m?
- ¿El ancho mínimo de las puertas es de 1.00 m?
- ¿Se han colocado las barras de apoyo adecuadamente para su uso conforme a las características antropométricas de los usuarios?
- ¿Existe gancho para colgar muletas o bastón colocado a una altura de 1.60 m?

### **Sanitario para público y familiares**

- ¿Se ha reservado por lo menos un compartimento para personas con muletas o bastón?
- ¿El ancho libre mínimo del gabinete es de 90 cm?
- ¿La puerta tiene como ancho mínimo 90 cm?
- ¿Se ha reservado por lo menos un compartimento para personas en sillas de ruedas?
- ¿Las dimensiones mínimas del compartimento son de 2.00 m de fondo por 1.60 m de frente?
- ¿La puerta tiene como ancho mínimo 1.00 m?
- ¿El inodoro tiene una altura de 52 cm?
- ¿El compartimento del mingitorio tiene como ancho mínimo 90 cm?

- ¿El mueble del lavabo se colocó a 76 cm de altura libre y se ancló al muro para soportar un peso de 100 Kg?
- ¿Se ha colocado el desagüe hacia la pared posterior para permitir el paso de las piernas de la persona con discapacidad en silla de ruedas?
- ¿La distancia a ejes entre lavabos es de 90 cm?
- ¿El grifo está colocado a 35 cm de la pared y separado 20 cm entre sí?
- ¿El grifo correspondiente al agua caliente (en caso de que exista) está señalado en color rojo?
- ¿Los manerales son tipo aleta?
- ¿Los accesorios (toallero y secador de manos) están colocados a 1.00 m de altura como máximo, del nivel de piso?
- ¿Se han colocado las barras de apoyo adecuadas a las características antropométricas de los usuarios con discapacidad?
- ¿Existen ganchos o ménsulas para colgar muletas o bastón colocados a 1.60 m de altura?
- ¿El acabado de los pisos es antiderrapante?
- En los compartimentos para personas con discapacidad, ¿los muros son macizos?
- ¿La circulación interna tiene como mínimo 1.50 m de ancho?
- ¿La puerta del sanitario es de 1.00 m de ancho mínimo y abatible hacia afuera?

#### **Área de encamados** (si fuera un CD de estancia diurna)

- ¿Se ha considerado 1.00 m como mínimo de espacio entre camas?
- ¿La circulación interna es de 1.50 m libres como mínimo?

#### **Baños para usuarios**

- ¿La dimensión mínima de la regadera es de 1.10 m de frente por 1.30 m de fondo?
- ¿El ancho mínimo de la puerta es de 1.00 m?
- ¿Se colocó regadera de teléfono?
- ¿Existen bancas de acero inoxidable para el área de regaderas y de madera para la zona de vestidor?

- ¿El área de inodoros tiene dimensiones mínimas de 1.00 m de frente por 1.60 m de fondo?
- ¿Se han colocado llamadores a 60 cm de altura y están conectados a la central de enfermeras?
- ¿Se han colocado las barras de apoyo adecuadas a la antropometría del usuario con discapacidad?
- ¿Existen ganchos o ménsulas para colgar muletas o bastón a 1.60 m de altura?
- ¿El acabado de los pisos es antiderrapante?

### **Auditorios** (si fuera el caso)

- ¿Se ha reservado un área exclusiva para personas en silla de ruedas?
- ¿Las dimensiones mínimas de esta área son de 1.00 m por 1.20 m?
- ¿Se ha pintado en el piso el símbolo internacional de acceso a personas con discapacidad?
- ¿Se ha considerado un lugar por cada 100 asistentes o fracción a partir de 60 lugares?
- ¿Se ha reservado un área exclusiva para personas con muletas o bastón?
- ¿Existe señalamiento que indique área reservada para personas con discapacidad?
- ¿Se han considerado por lo menos 2 asientos por cada 25 asistentes?
- ¿La ubicación para las áreas reservadas está cercana a la salida de emergencia, sobre pasillos y a nivel de acceso?

### **Comedores**

- ¿Se ha reservado mínimo un espacio de 1.20 m por 1.20 m por cada 20 comensales y cercano al acceso?
- ¿La circulación interna tiene como mínimo 1.50 m de ancho?
- ¿La mesa tiene una altura libre de 76 cm y asientos no fijos?
- ¿Existe señalización que indique área reservada para personas con discapacidad?

## **Estacionamiento**

- ¿Se ha reservado un lugar de estacionamiento por cada 25 cajones o fracción para personas con discapacidad?
- ¿Su ubicación está próxima al acceso principal?
- ¿Las dimensiones mínimas del cajón son de 3.80 m de ancho por 5.00 m de largo?
- ¿Existe señalamiento con el símbolo internacional de acceso a personas con discapacidad, pintado en el piso?
- ¿Existe señalamiento con el mismo símbolo colocado a 2.00 m de altura?
- ¿Se ha considerado rampa de acceso a la plaza con un ancho mínimo de 2.20 m?
- ¿Se ha reservado un lugar sobre la calle, cercano al acceso para personas con discapacidad? (sólo cuando no exista estacionamiento).

## **Instalación eléctrica**

- ¿Cuenta con circuitos de alarma?
- ¿El tipo de focos lámparas disminuye la agudeza visual y evita el deslumbramiento?
- ¿La iluminación es adecuada y permite distinguir colores e indicaciones sobre las paredes y pisos, así como permite vislumbrar obstáculos?
- ¿Las conducciones eléctricas están ocultas en falsos techos y pareces no conductoras de electricidad y que no estén al alcance de los usuarios?
- ¿Los mecanismos de apagado y encendido son visibles y están colocados a una altura de 1.40 m?

Cabe mencionar que los estudios de arquitectura geriátrica tienen como referencia los aportes que se han hecho en materia de diseños para espacios de personas con discapacidad (Muriá y Olivares, 2001), eso no significa que sean discordantes, ya que se prefiere arquitectura integral que ayude y prevenga riesgos para los usuarios (independientemente de la edad y capacidades físicas).

## **Ética, servicio e intervención**

El presente análisis llega así al punto medular de toda acción institucional o iniciativa de inversión de capital para la edificación o reestructuración de los Centros de Día (CD) para adultos mayores y en el cual se afirma que la ética es el criterio de acción básica para todo modelo de intervención geriátrica y gerontológica (Martínez, 2007). Definiré a la ética como el conjunto de principios materiales que regulan toda acción humana e institucional y en donde los criterios de justicia, imparcialidad, transparencia en los procesos técnico-administrativos, equidad en las oportunidades, responsabilidad en las decisiones, respeto a los derechos humanos en términos de bienestar, sean todos éstos las condiciones mínimas a seguir (García, 2003; 2013).

La filosofía no está muerta, pues la ética la vivifica a partir de reflexionar sobre de las necesidades reales de la humanidad y de proponer, en la medida de lo posible respuestas que orienten acciones institucionales. En materia gerontológica y en lo que sería el diseño para la implementación de CD la reflexión ética es primordial, pues sólo así se puede saber cómo ésta se relaciona con el derecho y a la vez con temas del envejecimiento<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> La Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, las resoluciones en favor de las personas mayores adoptadas por la Asamblea General, los Planes de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de 1982 y 2002, y los instrumentos desarrollados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (Recomendación 162 y la Resolución relativa a seguridad social de la Conferencia Internacional de Trabajo, 89a. reunión 5-21 junio, 2001). A nivel del Sistema de la OEA, se encuentran la Convención Americana de Derechos Humanos y el Protocolo Adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Así como la Resolución CE130.R19 sobre salud y envejecimiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (García, 2012). El Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (García, 2012) nos hace referencia explícita a los derechos de las personas mayores, aunque el artículo 9 trata sobre “el derecho de todos a la seguridad social”. Tampoco –al igual que la Declaración Universal de Derechos Humanos– se prohíbe la discriminación basada en la edad, aspecto que sí está recogido en la legislación de varios países de la región (García, 2012). No obstante, es posible revisar la aplicación por extensión de los derechos establecidos en estos instrumentos, tal cual lo hizo el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el año 1999 (García, 2012). Para el caso mexicano se tiene a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que de manera incipiente en sus Artículos 1º solamente se refiere una vez a los adultos mayores cuando dice que nadie debe ser discriminado por la edad; y el 4º donde solamente se refiere genéricamente a que todo individuo tienen derecho a servicios de salud, a disfrutar el medio ambiente y a gozar de relaciones equitativas en la familia. O sea, que en materia de envejecimiento y constitucionalismo en México existe un gran vacío conceptual y de responsabilidad social. También se cuenta con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (publicada en 2002). Dicha Ley en realidad no es

Indudablemente que los principios materiales requieren para su cumplimiento y observancia principios formales o normativos los cuales serán los que materialicen las perspectivas éticas y exijan su cumplimiento cabal (García, 2006).

Todo modelo de intervención gerontológica (ya sea a través de instituciones de gobierno o de planes de negocios, por ejemplo), tiene que tener en sus esquemas de operación claridad en los principios éticos (Martínez, 2007) como son:

- Información y consentimiento informado.
- Respeto a la autonomía o subjetividad del otro.
- Prácticas de comunicación simétricas y de no violencia psicológica, física o institucional.
- Para el caso de personas en situación de dependencia e incapacitación, se deberán encuadrar principios y reglas axiológicas donde el tutelaje y la protección (institucional) no violenten la libertad y autonomía del necesitado o imposibilitado.
- Apegarse estrictamente a lo estipulado en el Artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en el que queda prohibida todo tipo de práctica discriminatoria, de maltrato y de violencia.

---

más que un conjunto de imperativos morales que pretenden direccionar la política social en materia de envejecimiento. Además contiene elementos administrativos u operativos que se apoyan en la institución cabecera responsable de garantizar y velar por el desarrollo integral de los adultos mayores, me refiero al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). En el INAPAM se ofertan una serie de beneficios de tipo instrumental, de apoyo psicológico, de servicios de salud en el primer nivel de atención, de actividades recreativas y lúdicas, entre otras. Tanto la Ley de las Personas Adultas Mayores como el INAPAM se orientan a promover e intervenir en cuatro áreas estratégicas 1) Autonomía y autorrealización; 2) Participación; 3) Equidad; 4) Corresponsabilidad y 5) Atención preferente. En resumen, se trabaja con un modelo de empoderamiento de las libertades individuales. Sin embargo, no se contempla el otro ámbito de la política jurídica la cual tiene que ver con la justicia social, la igualdad de oportunidades y los beneficios económicos. Precisamente los resultados de la presente investigación encuentran que son los derechos sociales, las libertades públicas, los beneficios económicos y las responsabilidades del Estado mexicano desde donde deben plantearse los modelos de bienestar para el adulto mayor. De paso hay que decir que se trata también de abordar y reflexionar por los llamados derechos de la tercera generación, es decir pensar seriamente el futuro social y económico de las próximas generaciones longevas que ya están “a la vuelta de la esquina” (Bialik, 1992; Palloni, 1999; Ramírez, 2006; García, 2010).

- Manejo e interpretación correcta (no provocando negligencia, dolo o maleficencia) de las leyes en el momento de su aplicación para atender demandas de adultos mayores (orientación jurídica para casos de testamento, pensiones, jubilaciones, alimentos y hogar para quienes están en situación de mendicidad)<sup>22</sup>.
- En los CD todo tipo de programa gerontológico o geriátrico a implementarse, deberá estar basado en estudios serios, factibles, producto de investigaciones profesionales.
- Todo CD deberá contener con un programa de mejora en la calidad de sus servicios y en donde los usuarios den cuenta por sí mismos de la calidad del servicio ofertado.

La ética sin duda alguna puede ser también un criterio que coordine u organice en un nivel teórico, instrumental y operativo, cualquier tipo de estrategia a desarrollar<sup>23</sup>. Cuando se trate de construir modelos de intervención gerontológica para instrumentarse en los CD se tendrán que tener presente los siguientes rubros a cubrir:

1. Atención psico-afectiva: es un área básica que los CD tienen que conocer y desarrollar, ya que se requiere de técnicas profesionales que potencialicen las expectativas de autoestima, identidad y comunicabilidad entre los adultos mayores y así generar respuestas que favorezcan los estilos de vida y los deseos por vivir con dignidad (deben incluirse estrategias de logoterapia y de tanatología para el usuario y para sus familiares).

---

<sup>22</sup> La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores publicada el 25 de junio de 2002, tiene por objeto observar el planeamiento institucional dirigido a las personas mayores. Sus áreas prioritarias según su Artículo 5º son: I) De la integridad, la dignidad y preferencias; II) De la certeza jurídica; III) De la salud, la alimentación y la familia; IV) De la educación; V) Del trabajo; VI) De la asistencia social; VII) De la participación; VIII) De la denuncia popular; IX) Del acceso a los servicios.

<sup>23</sup> José Javier Yanguas, con un análisis enfocado a los diferentes tipos de servicios que habría que implementarse en los alojamientos para personas mayores, sostiene que hay que conceptualizar primeramente lo que se quiere para luego saberlo diseñar, desarrollar y aplicar. Los programas son básicos para que sobreviva cualquier tipo de iniciativa en materia de alojamientos (Yanguas y Leturia, 2007).

2. Estimulación: forman parte de los criterios ambientales o externos que hacen posible el confort, el relajamiento y la aceptación del proceso de saber estar en un alojamiento donde las relaciones intersubjetivas son esenciales (la música, los aromas, las plantas y arbustos, lo agrícola, los animales, la recolección de frutos, semillas y hierbas medicinales, constituyen los elementos perceptuales que generan efectos psico-neurológicos y sociales).
3. Promoción de la autonomía física y de la salud: además de las intervenciones con escalas de valoración mental y afectivas, los controles básicos en nutrición, metabolismo, cardiovasculares, articulares, reumatoides, gástricos, podológicos (uñas, talón y dedos) y tendencias depresivas y farmacodependencia, tendrán que estar muy presentes en los servicios a ofertar y con la asertividad de un proceso administrativo eficiente y eficaz.
4. Promoción de la autonomía funcional: los programas en los CD tendrán que ser creativos y dinámicos con la finalidad de disminuir la dependencia del adulto mayor, aumentar la funcionalidad en sus actividades de la vida diaria.
5. Cuidando al cuidador: la capacitación de quienes intervienen profesionalmente en CD es una tarea permanente a ponderar ya que se busca sensibilizar aún más y evitar colapsos y aburrimiento.
6. Promoción del apoyo familiar y social: fomentar la interacción social, el envejecimiento acompañado y el envejecimiento participativo del usuario, ya sea dentro del CD o en sus relaciones familiares, amigos, vecinos o comunidad: porque renunciar a convivir es comenzar a morir.
7. Programa permanente de actividad física con fines de rehabilitación, de placer y terapéuticos (los aportes de la biomecánica son de extrema importancia y que el gerontólogo deberá conocer inevitablemente). Así como también enseñanza de nuevas modalidades para quienes

cuenten con las posibilidades psíquicas, físicas y laborales para emprender planes de negocios o aprender oficios.

8. Intimidad, autonomía, derechos y competencias en las decisiones: es aquí un punto central para empoderar al propio adulto mayor a que sea capaz de organizarse junto con sus iguales y así emprender acciones libres que contribuyan al mejoramiento de los CD, de la comunidad, del medio ambiente o simplemente se lancen a la defensa de sus derechos humanos.
9. Si el CD quiere ser un espacio sustentable y socialmente ejemplar, además de considerar lo anterior, tendrá que implementar un área destinada a la investigación (empírica y teórica) y en donde ésta sirva para generar nuevos conocimientos y técnicas que puedan ser aprovechadas al interior del CD (vale la pena agregar que con una unidad investigativa es más fácil solicitar apoyos públicos y privados para el mejoramiento de la infraestructura del lugar).

En suma, los modelos de intervención gerontológica y geriátrica tendrán que pensar aún más en la diversidad de estrategias factibles para el desarrollo de CD. Los modelos deben ser abiertos en cuanto a la heterogeneidad de las necesidades y la demanda. El fracaso de dichos modelos habitualmente se da porque no se realizan a partir de estudios teóricos serios y se cree que la pura aplicación técnica o la réplica de otros modelos son suficientes para el éxito de los programas.

La experiencia en América Latina y, en especial en México, ha demostrado resultados escuetos o limitados al momento de evaluar programas sociales en alojamientos para adultos mayores (Naciones Unidas, 2013), por la sencilla razón de que se mezclan variables como son: desinterés de los actores políticos en materia sobre envejecimiento; voluntarismos poco reflexivos que llevan a que los diseñadores de propuestas apuesten a esquemas repetitivos; desviación de recursos económicos y en donde se le da prioridad al pago de la nómina más de empleados y burócratas y no lleguen así los recursos a los destinatarios esenciales; escasa cultura de la importancia de los CD en su dimensión integral tanto para que

inviertan las dependencias de gobierno como la iniciativa privada; dispersión de los profesionales interesados en las cuestiones de envejecimiento (cuando hay integración generalmente se realiza al amparo de los profesionales del sector salud o cuando hay intereses políticos para apoyar alguna candidatura).

Los CD son opciones racionales que pueden contribuir al desarrollo de una política gerontológica sustentable, siempre y cuando se vean como procesos de inversión social. Una cultura del envejecimiento exige comenzar a reflexionar las oportunidades que se vislumbran con los CD. Pero también sirve para analizar los riesgos familiares, sociales, culturales, políticos y económicos si se abandona la responsabilidad social de dejar que la población mexicana envejezca sin protecciones económicas, sin planes de inversión (público-privadas) estimulantes. No hay mejor plan de negocio (ENTREPRENEUR, 2013) si no es aquel que se base en las responsabilidades sociales. Pero tampoco una acción política es creíble si no invierte y previene en asuntos referidos a la vejez: un CD racionalmente planificado y éticamente coordinado, puede ofrecer riqueza y certidumbre política.

## **Conclusiones**

En el presente estudio crítico se puso de manifiesto la importancia de algunos antecedentes históricos que han determinado la concepción de la vejez en México. Fue necesario realizar un recorrido a través de las acciones institucionales en diferentes momentos político-culturales para así comprender cómo surgen las primeras iniciativas de atención a la población longeva y luego, qué tipo de organización institucional es la que ha prevalecido hasta el día de hoy: caridad, asistencia y esquemas de bienestar son los que han definido la perspectiva político-económica cuando se trata de acciones institucionales para la gente mayor.

Dicho recorrido también ha sido necesario para poder encuadrar los significados de los CD para adultos mayores (objeto de estudio del presente análisis) y así entrar en un marco de conceptualizaciones, caracterizaciones y proyecciones. La hipótesis central consiste en que a mayor tendencia de envejecimiento poblacional; los límites en los servicios de salud para adultos mayores; el aumento de enfermedades crónico-degenerativas y situaciones de

dependencia funcional; la complejidad y debilitamiento de la composición familiar; el aumento de abandono y maltrato; la existencia de sectores de personas mayores con capacidades para laborar y socializar (por ende ausencia de oportunidades); la necesidad de que las instituciones públicas reconfiguren sus esquemas de atención; el crecimiento paulatino de recursos profesionales formados en gerontología; el interés de grupos privados por innovar en esquemas o arreglos residenciales para gente mayor, entre otros condicionantes, se abre la urgencia por investigar los significados, retos y alcances de los Centros de Día.

Para tal efecto, se plantea que la ética constituye un área fundamental para el diseño, desarrollo, implementación y mejora de modelos de intervención para adultos mayores puestos al servicio de dichos Centros. Además, los principios éticos fundamentados en los derechos humanos, también potencializan la posibilidad de estructurar políticas públicas sustentables para la atención del envejecimiento en México<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> En México ha predominado una política social o asistencialista en materia de envejecimiento. No es lo mismo una política social que una política pública. La primera se refiere a la intervención y administración del gobierno en asuntos particulares de la vida social. Su intervención es a través de las instituciones que lo representan (Camacho y Moreno, 1994). En cuanto a la segunda, se trata de un proceso más complejo y dinámico en donde la intervención para resolver necesidades sociales, se realiza en función del “consenso fáctico” o de participación simétrica entre instituciones de gobierno, organizaciones sociales, promotores, profesionistas y especialmente los afectados directos, a través de marcos ético normativos (Lasswell, 1951; Habermas, 1999). La esencia de la política pública es la participación y la resolución de problemas o necesidades específicas. En materia de envejecimiento, Naciones Unidas indica que lo sustantivo del método participativo es escuchar a los interesados y darles la oportunidad de intervenir sobre los asuntos a resolver. Pero especialmente es que instituciones, afectados e interesados o redes sociales, formen parte del consenso para delinear conjuntamente acciones institucionales traducidas en beneficios sociales (ONU, 2003; Villareal, 2006). Se llega a una política pública cuando se ha desarrollado un proceso de madurez, de sensibilización y de responsabilidades de los actores políticos institucionales (García, 2006) por las necesidades humanas o de los ciudadanos que aspiran al legítimo derechos de vivir dignamente (García, 2012).

## Referencias

1. Bialik, Richard, (1992). "Family care of the elderly in Mexico", en *Family, Care of the Elderly*, J. Konsberg Editor, Newbury Park, California.
2. Boff, Leonardo, (1999). *Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra*, Vozes, Petrópolis, Brasilia.
3. Camacho Chac, Manuel y Moreno Salazar, Pedro, (1994). *Reforma del Estado y políticas sociales*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
4. Cassinello Plaza, Adela M., (2007). "Diseño arquitectónico integral en residencias y otros alojamientos", en *Residencias y otros alojamientos para personas mayores*, Panamericana, Madrid.
5. CEPAL, (2013). "El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?", en <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/4917/P4917.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>
6. Comte, Augusto, (1965). *Discurso sobre el espíritu positivo*, Alianza, Madrid.
7. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, (2012).
8. Chiavenato, Adalberto, (2009). *Introducción a la teoría general de la administración*. Mc Graw Hill, Bogotá.
9. de Sahagún, Bernardino, (1999). *Historia General de las cosas de la Nueva España*. Colección Sepan Cuantos, Porrúa, México.
10. Declaración Universal de Derechos Humanos, (1979). Linotpo, Bogotá.
11. ENTREPRENEUR, (2013). "Plan de negocios: estancias de día para adultos mayores", en <http://www.mediasolutions.com.mx/ncpop.asp?n=201305010129141501&t>
12. Flascha, Michael, (2012). "Perspectivas sobre las relaciones intergeneracionales y el envejecimiento en Europa", en *Envejecimiento Mundial y desafío regional: Nuevos paradigmas para la investigación, la salud pública y los derechos humanos*, Plaza y Valdés, México.
13. Florescano, Enrique, (2000). *Etnia, estado y nación. Ensayos sobre las identidades colectivas en México*, Fondo de Cultura Económica, México.
14. ----- (2012). *La función social de la historia*, Fondo de Cultura Económica, México.
15. García Ramírez, José C., (2008). "Hacia una fundamentación científica de la gerontología", en *Revista Praxis Sociológica*, Universidad de Murcia, [http://www.praxissociologica.es/images/PDF/2008-12/revista\\_n12-6.pdf](http://www.praxissociologica.es/images/PDF/2008-12/revista_n12-6.pdf).
16. ----- (2003). *La vejez. El grito de los olvidados*, Plaza y Valdés, México.
17. ----- (2006). *Los derechos y los años. Otra forma de pensar y hacer política en Latinoamérica: los adultos mayores*, Plaza y Valdés, México.
18. García Ramírez, José C. y Espinoza, María T., (2010). "La filosofía política de Ricardo Flores Magón", en *Revista Intersticios. Independencia y revolución: una mirada filosófica*, Vol. 33, Universidad Intercontinental, México.
19. García Ramírez, José C., (2012). "Hacia un modelo de bienestar en el envejecimiento en México: resignificando los derechos humanos, el sistema de cuidados y la política pública", en *Envejecimiento mundial y desafío regional. Nuevos paradigmas para la investigación, la salud pública y los derechos humanos*, Plaza y Valdés, México.
20. Guadarrama Sánchez, G., (1999). "Presencia de la mujer en la asistencia social en México", en *Economía, sociedad y territorio*, Vol.II, No. 5, El Colegio de México, México.
21. Habermas, Jürgen, (1999). *Facticidad y validez*, Trotta, Madrid.
22. Heidegger, Martin, (1985). *Ser y tiempo*, Fondo de Cultura Económica, México.
23. Heller, Agnes, (1971). *Historia y vida cotidiana*, Grijalbo, México.
24. INAPAM, (2012). *Modelos de atención gerontológica*, México.
25. INEGI, (2005; 2010). "Censos Poblacionales", México.
26. IMSERSO, (1999). "Libro Blanco sobre Discapacidad", Madrid.
27. Lasswell, Harold D., (1951). "The Policy Orientation", en Lerner, D., Lasswell, H., *The Policy Sciences*, Stanford University Press, Stanford.
28. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, (2002). México.

29. Martínez Maroto, Antonio, (2007). "Aspectos legales y consideraciones éticas básicas relacionadas con las personas mayores y los alojamientos", en *Residencias y otros alojamientos para personas mayores*, Panamericana, Madrid.
30. Maslow, Abraham H., (1998). *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser*, Kairós, Barcelona.
31. Montes de Oca, Verónica Z., (2001). "Las personas adultas mayores y sus apoyos informales", en *DEMOS, Carta demográfica sobre México*, UNAM, México.
32. Montes de Oca Verónica Z. y Hebrero, M., (2006). "Eventos cruciales en ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México", en *Papeles de Población*, (50). CEAP/UAEM, México.
33. Moragas Moragas, Ricardo, (1991). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*, Herder, Barcelona.
34. Muriá Villa, Rafael y Olivares Villagómez, Areli, (2001). "Criterios de diseños arquitectónicos de apoyo para personas con necesidades especiales", en *Revista Digital Universitaria*, Vol.1 No. 3, <http://www.revista.unam.mx/vol.1/num3/proyec1/>
35. Muriel de la Torre, Josefina, (1990). *Hospitales de la Nueva España: de los siglos XVII y XVIII, hasta la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia*, UNAM, México.
36. Naciones Unidas, (2013). "Envejecimiento en el Siglo XXI. Una celebración y un desafío: resumen ejecutivo", en <http://www.helpage.org/la/nete/reporte-global/>
37. Norma Oficial Mexicana (NOM-167-SSA1-1997). México.
38. Norma Oficial Mexicana (NOM-168-SSA1-1998). México.
39. Norma Oficial Mexicana (NOM-168-SSA1-1998: "Del Expediente Clínico"). México.
40. Norma Oficial Mexicana (NOM-233-SSA1-2003). México.
41. North, Douglas, (1990), *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University Press, Cambridge.
42. ONU, (1983; 2003). "Reportes envejecimiento demográfico", Nueva York.
43. OPS, (2002). "Encuesta multicéntrica. Salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe", Informe Preliminar, Washington, D.C.
44. Palloni, Alberto, (2002). "Disposiciones para la vida de las personas de edad", en Boletín de Población de las Naciones Unidas. Arreglos residenciales de las personas de edad, Edición especial No.42/43, Nueva York.
45. Plan de Envejecimiento en Madrid, (2002). Madrid.
46. Plan Gerontológico Corporación Hogar Sendero de Luz, (2010-2015). Ver [http://www.hogarsenderodeluz.com/articulos/Plan\\_Gerontologico\\_Institucional\\_-\\_Corporacion\\_Hogar\\_Sendero\\_de\\_Luz.pdf](http://www.hogarsenderodeluz.com/articulos/Plan_Gerontologico_Institucional_-_Corporacion_Hogar_Sendero_de_Luz.pdf)
47. Planes de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (1982; 2002). Nueva York.
48. Proyecto de Norma Oficial Mexicana (PROY-NOM-005-SSA3-2007). México.
49. Proyecto de Norma Oficial Mexicana (PROY-NOM-031-SSA3-2009). México.
50. Ramírez, Berenice y Ham-Chande, Roberto, (2006). *Efectos económicos de los sistemas de pensiones*, El Colegio de la Frontera Norte-Plaza y Valdés, México.
51. Rodríguez Rodríguez, Pilar (Coordinadora), (2007). *Residencias y otros alojamientos para personas mayores*, Panamericana, Madrid.
52. Ryan, Richard y Sapp, Aislinn, (2007). "Basic psychological needs: a self-determination theory perspective on the promotion of wellness across development and cultures", en Ian Gough and J. Allister McGregor (Edit.), *Wellbeing in Developing Countries. From Theory to Research*, Cambridge University Press, Cambridge.
53. Sen, Amartya, (1976). *Elección colectiva y bienestar social*, Alianza, Madrid.
54. United Nations, (2011). "Indicators: drawing on existing experiences: la migration and age structure", en *Fostering Research on South-South Migration and Human Development*, Department of Economic and Social Affairs United Nations Secretariat, April, New York.
55. Villareal, Mónica, (2006), *Mecanismos participativos en el diseño, formulación e implementación de leyes, políticas y programas sobre envejecimiento*, CEPAL-Población y desarrollo, Santiago de Chile.
56. Yanguas Lezaum, José J. y Leturia Arrazola, Francisco J., (2007). "Conceptualización en alojamientos para personas mayores", en *Residencias y otros alojamientos para personas mayores*, Panamericana, Madrid.



## **Fundamentación y obstáculos en la experiencia de la Licenciatura en Gerontología: la Universidad Maimónides**

*Graciela Zarebski*

### **Resumen**

Existe el consenso mundial acerca de la necesidad por diversificar y ampliar la formación de profesionales con las competencias necesarias para la atención de la salud y el bienestar de las personas mayores. Sin embargo, la creación de nuevas carreras, como la licenciatura en Gerontología, -que intentan cubrir estas necesidades emergentes-, se enfrenta con obstáculos al momento de pugnar por su implementación: caso en la Universidad de Maimónides, Argentina.

El presente trabajo se fundamenta desde el Paradigma de la Complejidad y la necesidad de contar con nuevas instancias de aprendizaje. Incluir asimismo los aportes que brindan sus egresados al campo del envejecimiento y analizar los obstáculos para su implementación en vista de una reordenación del campo de la Gerontología.

### **Palabras Clave**

Competencias, envejecimiento, gerontología, paradigma de la complejidad.

### **Recursos humanos en gerontología**

El estallido demográfico de la longevidad es un fenómeno que los especialistas conocemos ampliamente, más allá de lo promisorio de este hecho, se producen consecuencias en el orden social y la salud pública para las cuales nuestras sociedades no están suficientemente preparadas.

La gran masa de población envejecida demanda cada día de un número mayor de requerimientos de atención, para lo cual se debe disponer de una amplia gama de personal capacitado, déficit aun visible en países de avanzada.

Siguiendo los lineamientos de la Revisión del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (MIPAA, 2002) “un enfoque integrado en la atención a la salud y el bienestar de las personas mayores sólo es posible si “se vertebra en los distintos procesos de formación, correspondientes a la diversidad de perfiles profesionales y de niveles formativos implicados, tanto en la formación inicial como en la formación continua”. Esta referencia da cuenta del consenso mundial acerca de la necesidad de diversificar y ampliar la formación de profesionales en el tema.

Ahora bien, la diversidad de perfiles profesionales y niveles formativos que se requieren en gerontología, hace referencia a un déficit para abarcar el fenómeno del envejecimiento en su totalidad aún con el aporte de especialistas de posgrado. Con lo que se amplía más el campo de acción de la gerontología y plantean nuevas necesidades de intervención en distintos niveles y ámbitos.

Las transformaciones corporales por el paso del tiempo, la edad del climaterio y el período de la pre-jubilación, son temas que requieren cada vez más del asesoramiento profesional. La inquietud por las modificaciones en la memoria, así como la superación de diversas pérdidas, suelen interrogar acerca del grado de normalidad o patología del envejecimiento propio o de algún familiar o allegado. Temáticas que llevaron en las últimas décadas al desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención en los cuales se trabajan grupalmente y mediante talleres y disertaciones los diferentes puntos de preocupación.

Y da lugar a la necesidad de ampliar el concepto de gerontología, pues en un primer momento dio cuenta de una parte de los procesos de envejecimiento y con las actuales especializaciones necesita ser acrecentado conceptualmente, ya que nuestro objeto de estudio no es tan sólo el *geronte*, sino además el estudio del envejecimiento como proceso y un enfoque interdisciplinario, lo cual llevó a sustituir en la Universidad el nombre de Escuela de Gerontología por el de Escuela de Ciencias del Envejecimiento.

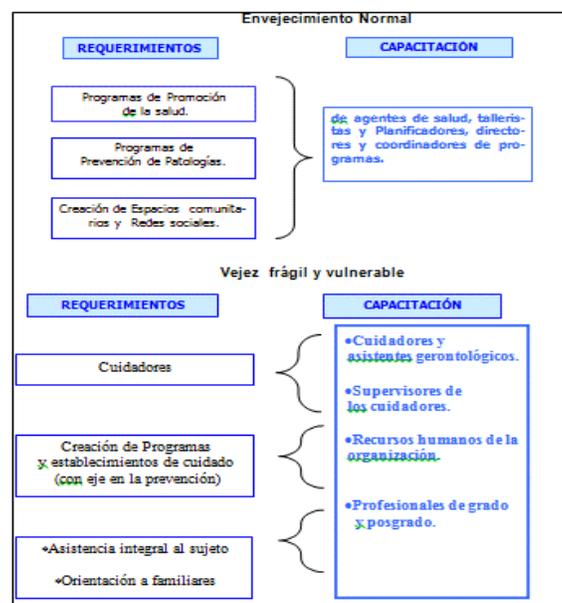
Además de requerir capacitación para coordinar estos programas y talleres en hospitales, centros de salud, hogares de día y centros universitarios y comunitarios

de todo tipo, hay otras situaciones que, por el grado de dependencia que implican, amplían la demanda de personal formado. Desde la dirección de una residencia geriátrica hasta la supervisión de los cuidadores, pasando por la coordinación del equipo interdisciplinario, la atención domiciliaria y el asesoramiento a los familiares, se requiere, además de contar con técnicos y profesionales especializados.

De un profesional que pueda abarcar desde una mirada integral e integradora todas estas situaciones y aporte herramientas que permitan articular acciones y gestionar los casos. Teniendo en cuenta, según el documento citado (MIPAA, 2004).

“los futuros planes de estudio en los diferentes niveles formativos deberán recoger adecuadamente estos cambios, tanto en lo referente a la formación de las profesiones existentes en la actualidad, como en la definición de nuevas profesiones orientadas al cuidado”, pensamos que la formación de profesionales especializados por un lado y la de auxiliares -técnicos, asistentes, cuidadores-, no alcanza a dar cuenta de las necesidades de atención de las diversas circunstancias que plantea el envejecimiento poblacional. De manera esquemática los requerimientos de formación se presentan del modo siguiente:

Tabla 1. Elementos para formación



Fuente: Elaboración propia.

De manera que cabe preguntar con qué recursos humanos se cuenta en la actualidad para atender e intervenir en las diversas situaciones que se plantean, cuestión a todas luces relevante desde el proceso del envejecimiento.

**Cuadro 1. Recursos Humanos disponibles por niveles de formación**

Cursos cortos	Pre-grado / Grado	Posgrado
Cuidadores y Asistentes Gerontológicos	?	Profesionales de distintas disciplinas sin formación gerontológica en su mayoría
		Escasos Especialistas y Magisters capacitados gerontológicamente

Fuente: Elaboración propia.

Se destacan en el cuadro las actuales carencias entre cuidadores y profesionales, además de la falta de niveles intermedios, ya no decir de la falta de profesionales que se dediquen al tema con formación y vocación gerontológica. Ese vacío debe cubrir nuestras carreras, es ahí al mismo tiempo donde tienen su mérito. No es lo mismo un profesional de cualquier disciplina que se decide trabajar con la vejez y – con suerte– realiza algún curso de gerontología, que una persona que elige como carrera el estudio de la gerontología.

Y otro aspecto es el acercamiento no sólo de personas de mediana edad que trabajan la temática, sino de jóvenes motivados por una cierta vocación por abordar los procesos de envejecimiento, de ahí preguntar del porqué no canalizar esa vocación del modo más adecuado, profundo y sistemático, pero qué opción superadora proporcionamos a tantos cuidadores de ancianos, asistentes gerontológicos, auxiliares, que desean seguir aprendiendo y acceder a un título universitario vinculado a su dedicación laboral, es otra de las problemáticas que nos plantea el desarrollo del área.

## **Nuestros obstáculos**

Cabe retomar aquí la Revisión del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (MIPAA, 2004) que refiere que “es imprescindible que la formación de profesionales incorpore nuevos componentes orientados a la existencia y desarrollo de las habilidades y aptitudes que faciliten la creación, y en su caso la transformación de los sistemas de atención para dar respuestas al reto que supone el envejecimiento en el conjunto de los países.” ¿Qué es lo que se hace necesario transformar?

Si bien la consideración de que la vejez como fenómeno esencialmente biológico es claramente parcial, simplista y reduccionista, por otra parte la biomedicalización de la gerontología todavía no ha sido superada.

Mientras que el peso que está adquiriendo el problema social, económico, familiar, subjetivo, que acompaña al envejecimiento poblacional y sobre todo la complejidad del tema, aunado a la necesidad de crear programas en distintos ámbitos preventivos, asistenciales y de rehabilitación, reclaman perfiles distintos de profesionales a fin de cumplir múltiples tareas.

Lo hasta aquí referenciado nos habla de la necesidad de un cambio de paradigma en la gerontología. Paradigma que también atañe a las ciencias en general y en nuestra área sería el “paradigma de la complejidad” que aquí abordamos para la disciplina gerontológica:

“El surgimiento del enfoque *de la Complejidad* (...) –desde las primeras décadas del siglo veinte, con mayor intensidad y evidencia en su segundo tercio, hasta la eclosión del campo que hoy denominamos *Teoría o Enfoque de la Complejidad* en la década del 80 de dicho siglo– atestigua cómo su corpus transdisciplinario (conceptual, metodológico y metódico) de conocimientos se ha ido constituyendo a partir de una u otra disciplina (por cierto de numerosas de ellas, exactas, naturales, técnicas y sociales) y, con posterioridad, las ha nutrido con lo elaborado transdisciplinariamente (...). La comprensión de ‘redes en red’ ha sido adoptada como ‘metáfora central’ por

casi todo el espectro disciplinario” (Sotolongo Codina, Delgado Díaz, 2006, p. 3).

Si bien, no es el único ámbito en el cual se plantea la necesidad de crear nuevas carreras universitarias. En el campo de la salud, por ejemplo a partir de la segunda mitad del siglo veinte, a la par de la gradual ruptura epistemológica que plantea el paradigma de la complejidad y respecto al positivismo vigente, hemos asistido a la aparición de nuevas disciplinas que fueron gestadas como productos transdisciplinarios, es decir que nacen de la integración de disciplinas pre-existentes que no alcanzaban, cada una por su lado, a dar respuestas integrales a los nuevos requerimientos, así surgieron la Terapia Ocupacional, la Psicomotricidad, entre otros.

Del mismo modo, han surgido a nivel mundial –los colegas brasileros de la UFSCAR dan cuenta de la existencia de 41 carreras sólo en Iberoamérica – la creación de Carreras de grado y pre-grado en Gerontología. Si nuestras carreras avanzan y por ende, el número de egresados gerontólogos, podremos lograr, no sólo mayor cobertura a los requerimientos, sino también una transformación en el campo de acción gerontológica. La constitución de equipos interdisciplinarios formados y el avance de las investigaciones gerontológicas como propugnan las carreras, podría revertir también el modelo hegemónico vigente.

El resultado sería por una “mejor preparación para el envejecimiento desde los gobiernos, instituciones y familias, así como la comprensión más integral de problemas y herramientas más eficaces de intervención”. ¿Quién puede estar en contra de este objetivo? ¿Qué intereses se ponen en riesgo? Si bien, sabemos que la formación de profesionales especializados conlleva años de estudio -grado y posgrado-, del cual egresarán con una mirada específica desde su disciplina particular.

En tanto que, el avance de las especializaciones arroja, como uno de sus efectos, la fragmentación del objeto de estudio, el recurso con el cual se cuenta para contrarrestar estos efectos sería el abordaje interdisciplinario y transdisciplinario

como única forma de dar cuenta de la complejidad del fenómeno. Cabe sin duda preguntar y pugnar por la posibilidad de articulación entre disciplinas, entre prevención y asistencia, desde la diversidad de disciplinas. Distintas son las acciones a realizar en el campo gerontológico y requieren de profesionales universitarios con una formación interdisciplinaria que les permita el análisis multidimensional de fenómenos complejos en torno a los procesos de envejecimiento.

Desde mi práctica profesional y dirección de la licenciatura, aunado a la especialización y una maestría, he podido comparar el perfil de los egresados de grado y posgrado, que hay tareas o herramientas que el especialista no maneja por centrarse en un aspecto específico, de modo que se producen situaciones – comprobadas cotidianamente–, en las cuales el sujeto queda en manos de diversos especialistas y en lugar de contribuir al re-armado de su identidad en cuerpo y espíritu, lo disgregan aún más. Sabemos lo amenazante que es el envejecimiento en cuanto al proceso de pérdidas y transformaciones vinculares, corporales, en roles y funciones, y que de no contar con un soporte adecuado -personal y de equipo-, se implicaría el riesgo en un derrumbe para el sujeto anciano. Envejecer requiere de este soporte, además de un ámbito integrador y del profesional que más allá de las terapéuticas lo guíe, oriente, integre así mismo y al equipo, pero también a programas, redes e instituciones.

Sin duda, sería difícil que un solo profesional del equipo pretendiera abarcar todas esas acciones eficientemente además de las propias. El hecho es que sus acciones no se realizan y si las trata de hacer no siempre las cumple de manera que quedan disponibles, de forma que esta falta de profesionales debería ser cubierta por nuestras licenciaturas.

Las interrogantes continúan y nos plantean cómo es posible soportar a profesionales especializados, con un licenciado complementando sus abordajes e incluso los coordine, teniendo en cuenta que la mayoría de las intervenciones especializadas está en manos de profesionales que no cuentan con formación gerontológica suficiente. Máxime que en la práctica se contrastan, con los

profesionales egresados de la licenciatura, conocedores del tema y problemáticas, pero también de las complejidades y herramientas específicas de intervención.

Por ello, la presencia del egresado de licenciatura en Gerontología en equipos e instituciones permite aliviar la carga del resto de los profesionales y solucionar diversos problemas específicos a su disciplina. Sin embargo, algo tan específicamente particular y concreto, no suele ser bien comprendido incluso para quienes enfrentan cotidianamente la complejidad del problema, generando resistencias diversas, comunes además en nuestras distintas latitudes.

Citado por Pedro Luis Sotolongo cabe regresar a la reflexión del filósofo francés M. Foucault:

“Michel Foucault ha argumentado extensamente acerca del *poder* disciplinario, ese usufructo (...) de las desiguales-circunstancias-en-favor-de-algunos (los especialistas de una u otra disciplina) y en-desfavor-de-otros (los no pertenecientes a las mismas), que ha caracterizado, y sigue caracterizando, al ejercicio de los saberes disciplinarios. Posiblemente todos hemos sentido, en una u otra ocasión, lo difícil que se torna ser aceptado por los expertos especializados en una u otra disciplina cuando no se procede de la misma y se intenta vincularse con ella. Tales conformaciones (prácticas) de *saber-poder*-disciplinario han sido –y lo son aún– uno de los principales obstáculos para el diálogo multi, inter y transdisciplinario” (Sotolongo Codina, Delgado Díaz, 2006, p. 5).

### **Reordenar el campo de la gerontología**

Se esgrime un argumento de que no se puede pretender abarcar algo tan complejo, aunque sabemos que de algún modo desde la particular práctica geriátrica se pretendería postular lo contrario. Históricamente, y dado el mérito indudable que tiene la medicina de ser la disciplina precursora en el estudio del envejecimiento, los médicos se hicieron cargo de responder a la demanda que la población en

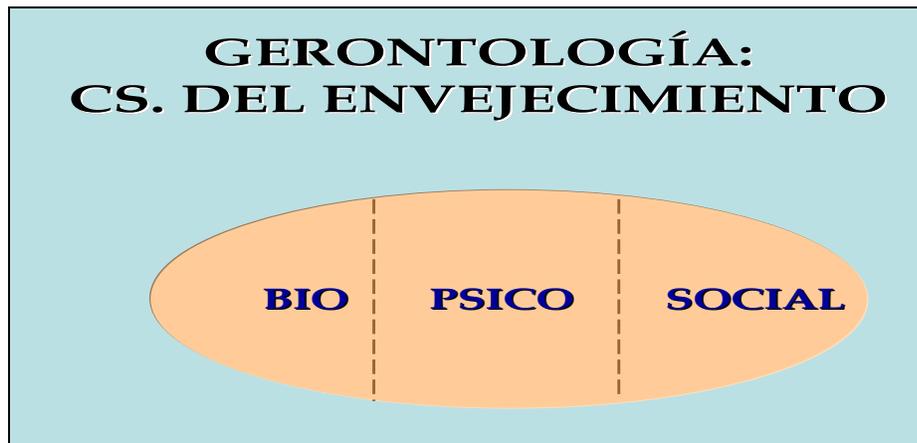
general, incluido el adulto mayor solicitaba, incluso desde temáticas para las cuales no contaban con la formación específica.

Sin embargo, una pregunta evidente para nuestra actualidad desde nuestra áreas es la siguiente: ¿Acaso es lo mismo envejecer hoy en Latinoamérica, a comienzos de la segunda década del siglo veintiuno, que envejecer en las primeras décadas del siglo pasado, -cuando se establecieron los parámetros básicos de la geriatría y posteriormente de la gerontología a nivel mundial-, y se organizaron las sociedades científicas? Ahí la interrogante.

Si bien existía un contexto demográfico, social y cultural que lo justificaba al pasar los 60, -cuando se llegaba a esta edad -, y los pocos años que podían quedar estarían marcados por la enfermedad, el descanso o para el retiro. Y el reducido círculo íntimo de la familia, se volvió casi la única realidad para el anciano además su soporte y sostenimiento para lo quedará de vida. Este panorama genero al mismo tiempo la necesidad de que tanto las ciencias y los profesionales del área ya no fueron capaces en dar sustento a ese organismo: el adulto mayor. Así, la mirada positivista en gerontología podía sumar a lo biológico, la intervención asistencialista desde lo social.

Actualmente no sólo los avances médicos y tecnológicos son los que mejoran la calidad de vida, también la presencia de nuevas disciplinas sociales y humanas que colaboran en equipo para entender la complejidad del ser humano y su proceso de envejecimiento ayudan a su re-habilitación, portan otros enfoques, nuevas miradas, herramientas diagnósticas y de intervención que facultan un trabajo sin duda interdisciplinario. En tanto, que a medida que se amplió la capacitación gerontológica y su vínculo con otras disciplinas, en las últimas décadas del siglo XX, el campo de la gerontología adopto la estructura siguiente:

**Figura 1.** Gerontología



**Fuente:** Elaboración propia.

Si acordamos en que se debe avanzar en la formación y especialización de los profesionales, se debe también acordar que cada una de las áreas - interdisciplinarias en sí mismas - cuente con una diversidad de profesionales en condiciones de especializarse en y desde sus especificidades, de manera gráfica sería como se ilustra en la siguiente figura.

**Figura 2.** Campo organizativo gerontológico



**Fuente:** Elaboración propia.

Un esquema organizativo del campo gerontológico así planteado, tiene ciertas ventajas como veremos a continuación:

- A la par de permitir visualizar el carácter interdisciplinario, destaca una condición elemental para que la interdisciplina funcione: la horizontalidad que debe regir como modelo de vinculación entre los miembros del equipo, lo cual significa que ninguna tendrá más valor o más poder que otras;
- Ya no cabe la distribución de tareas jerárquicas: asistenciales por un lado, preventivas por otro, todos deberían participar en tareas asistenciales y preventivas, cada disciplina con sus herramientas específicas;
- Por último, la Geriatria está integrada al campo gerontológico y el geriatra al equipo como un gerontólogo más.

Si todos los que nos incluimos en este campo son gerontólogos se podrá ubicar al licenciado en gerontología como refiere la siguiente figura:

**Figura 3. Licenciado en Gerontología**



**Fuente:** Elaboración propia.

Las ciencias del envejecimiento que conforman el plan de estudios de este producto transdisciplinario como es una licenciatura en gerontología, en la Universidad Maimónides son enumeradas a continuación:

- a) Biogerontología,
- b) Psicogerontología,
- c) Gerontología Social,
- d) Tiempo Libre y Recreación,
- e) Gestión de Instituciones,
- f) Salud Pública y el Trabajo en Terreno.

Es cierto que todo esto supone incluir un gran campo temático y distintas disciplinas, este es precisamente uno de los argumentos que se esgrime en contra del licenciado en gerontología. Pero es necesario que alguien lo abarque – y para eso una nueva carrera – al menos a un nivel que permita cumplir con esa función.

El licenciado en gerontología no cura como el médico, ni como el psicólogo o interviene como el trabajador social, pero cumplirá tareas que ellos y otros no alcanzan a cubrir acabadamente.

Finalmente, si MIPAA, 2004 señala que “con el fin de favorecer esta orientación del cuidado, la existencia de centros de referencia capaces de realizar funciones de formación, innovación y apoyo se identifican como un factor de avance”<sup>25</sup>, en este sentido la Universidad Maimónides ha desarrollado la única Escuela de Ciencias del Envejecimiento de la Argentina, que abarca desde un curso de Asistentes Gerontológicos, hasta las tres áreas de posgrado: Geriatria, Psicogerontología y Gerontología Social pasando por la licenciatura en gerontología, además de gran cantidad de talleres y cursos de todo tipo para la participación de los mayores y un equipo de asistencia integral interdisciplinario.

---

<sup>25</sup> Las negritas son del autor no del documento de la MIPAA.

Gráfico 1. Escuela de Ciencias del Envejecimiento



Fuente: Elaboración propia.

Donde se puede observar que hay lugar para todos, cada miembro del equipo tiene su función a cumplir y cada área tiene su tarea, la complejidad del envejecimiento en este sentido es abarcada complementaria y armónicamente. Y donde la existencia del otro enriquece la propia mirada. Los alumnos de la licenciatura cuentan con un ámbito de observaciones y prácticas en las áreas asistencial y comunitaria, en tanto que las carreras de posgrado aportan sus ateneos e investigaciones en las cuales darles inclusión.

En este sentido se aspira a que desde Congresos, Coloquios y publicaciones se permita avanzar no sólo en el sostenimiento y afianzamiento de nuestras carreras, sino también a brindar mayor impulso y respaldo a sus egresados para que contribuyan a la transformación que el campo de la gerontología reclama y sin duda tendrá en este siglo XXI.

## Referencias

1. MIPAA (2004). "Avanzando en la Puesta en Práctica del Plan de Acción Sobre el Envejecimiento. La Formación de Profesionales" en *Reunión técnica de seguimiento de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento 2002*. Nov. 2004. Madrid
2. Morín, E. (1998). "Epistemología de la Complejidad" en Fried Schnitman, Dora (compiladora) (1998) *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Paidós. Bs. Aires.
3. Morín, E. (2004). "La Epistemología de la Complejidad" en: *Gazeta de Antropología* N° 20, Texto 20-02. CNRS, París.
4. [www.ugr.es/~pwlac/G20\\_02Edgar\\_Morin.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G20_02Edgar_Morin.html).
5. Sotolongo Codina, Delgado Díaz, (2006) "La Complejidad y el Diálogo Transdisciplinario de Saberes" en *La Revolución Contemporánea del Saber y la Complejidad Social. Hacia unas Ciencias Sociales de Nuevo Tipo*. Cap. IV. ISBN 987-1183-33-X <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/soto/capituloIV.pdf>.
6. Zarebski, G. (2009) "Vulnerabilidade e Resiliência no Envelhecer", en: *Neurociências na Melhor Idade*, compiladores: L. E. L. Ribeiro do Valle, G. Zarebski, E. L. Ribeiro do Valle. 2009. Tecmedd. S. Pablo.
7. ----- (2011) "La Teoría del Curso de la Vida y la Psicogerontología Actual: frutos simultáneos de un mismo árbol " en: Yuni, J. (comp.) *La vejez en el curso de la vida*. Encuentro Grupo Editor. Córdoba
8. ----- (2011) "Campo de la Psicogerontología: Vulnerabilidad Emocional, Factores de Riesgo Psíquico y Resiliencia" en Quintanar, F. (comp.) *Atención Psicológica de las Personas Mayores*. Edit. Pax México. México
9. ----- (2011) *El futuro se construye hoy. La Reserva Humana, un pasaporte hacia un buen envejecimiento*. Edit. Paidós. Buenos Aires.

# **SEGUNDA PARTE**

## **Ensayos**



## **Condiciones y arreglos de vida de las personas mayores de 60 años en situación de pobreza del Departamento del Quindío**

*César Augusto Gómez Santos*

### **Resumen**

En este capítulo se da cuenta de la caracterización de los hogares pobres que tienen dentro de su núcleo familiar uno o más personas mayores de 60 años; para ello se alude a las características de la vivienda, al acceso a los servicios públicos, a la educación, la salud y a la actividad laboral de las personas mayores de 60 años del Departamento del Quindío de la zona rural y urbana, Colombia. Se encuentran diferencias porcentuales poco significativas en función del género, por otro lado, se evidencia que existen significativas brechas entre las condiciones de vida de las personas mayores en función de la zona de residencia, constatando que se encuentran peores condiciones en la zona rural que en la urbana.

### **Palabras clave**

Condiciones de vida, arreglos de vida, personas mayores, vejez, pobreza

### **Introducción**

Desde una perspectiva demográfica, desde finales del siglo XX, principios del XXI y con toda seguridad durante lo que queda de este, no ha habido, ni habrá en el mundo un fenómeno más importante y relevante que el del envejecimiento de la población, debido a los grandes impactos y transformaciones que este tiene en diversos ámbitos de la vida social, económica y cultural.

El envejecimiento demográfico, producto de la disminución sostenida de la fecundidad, conjugada con la disminución de la mortalidad y su consecuente aumento de la esperanza de vida, ha sido afrontado por el mundo desarrollado desde hace ya varias décadas, llegar al nivel de envejecimiento actual le ha tomado

al mundo desarrollado aproximadamente dos siglos, (Aranibar, 2001), de tal manera que han tenido oportunidad y tiempo de adaptar las estructuras sociales y económicas para poder afrontar apropiadamente este fenómeno, situación que de acuerdo a las proyecciones de población de Naciones Unidas (naciones Unidas, 1999), no tendrá lugar en el mundo en vía de desarrollo, debido a lo velocidad con que el fenómeno se está instaurando. En el caso de América Latina y el Caribe ya se encuentran países con niveles avanzados en la transición demográfica que han tenido que combatir los efectos adversos del fenómeno después de que se manifiestan, esto en el mejor de los casos, porque otros países aún no han realizado las adecuaciones pertinentes y como consecuencia de ello presentan sistemas de seguridad social, de salud y de servicios sociales que no responden a las reales necesidades de la población de personas mayores.

Por otro lado, el mundo en vía de desarrollo está experimentando las adversidades del envejecimiento demográfico en condiciones cualitativamente distintas, como por ejemplo la situación de pobreza casi generalizada y exclusión social de grupos desfavorecidos dentro de los que por supuesto se encuentran las personas mayores, de tal manera que los efectos del envejecimiento se conjugan con situaciones sociales, políticas y económicas preexistentes, dando como resultado de acuerdo con Pizarro (1999), una situación de vulnerabilidad social en la que un patrón de desarrollo de ciertos países privilegia la estabilidad macroeconómica por encima del bienestar social de las personas.

Apoiados en este breve pero ilustrador panorama, es claro que los países en desarrollo deben conocer las condiciones en que sus poblaciones viven y envejecen, con el propósito de promover y formular políticas públicas adecuadas que den curso a planes y programas que respondan adecuadamente a las necesidades de su población, en el contexto de un envejecimiento poblacional acelerado con un sistema de servicios sociales y de salud precario que de alguna manera obligan a los miembros de generaciones más jóvenes y a la organización

familiar a abrirle un espacio a los miembros de mayor edad para que cuenten con protección, vivienda y alimentación que nadie les provee.

Para aportar a esta necesidad de carácter investigativo se presenta este trabajo, con el propósito de identificar y describir las condiciones de vida de las personas mayores, lo cual servirá como insumo para la formulación de política pública de envejecimiento y vejez, tal como se ha dicho antes.

Este trabajo hace parte de algunos de los resultados del proyecto de investigación financiado por la Universidad del Quindío titulado: “Vejez y pobreza en el departamento del Quindío”, uno de los departamentos del eje cafetero Colombiano; en él se hace referencia a las condiciones y arreglos de vida de las personas mayores de 60 años de ambos géneros que residen en la zona rural y urbana del sector geográfico en estudio.

Para efectos de este trabajo se entiende por Condiciones de Vida a las diversas características que adoptan las relaciones humanas al interior del hogar o la familia y que están condicionadas, además de las actividades que desarrollan los miembros del hogar, por su entorno físico y ambiental. Las condiciones de vida están directamente asociadas con el nivel de ingreso económico de la familia, provenientes ante todo del ingreso obtenido a través del trabajo. Las condiciones de vida están estrechamente relacionadas con las necesidades humanas, las “buenas” o “malas” condiciones de vida dependen de la satisfacción de las necesidades objetivas<sup>26</sup> tales como la vivienda, alimentación, educación, salud, vestido, empleo, entre otras. Por otro lado, los arreglos de vida procuran determinar con quién vive la persona mayor y cómo se relaciona con los miembros de otras generaciones.

---

<sup>26</sup> En relación con este tema Doyal y Gough diferencian claramente dos concepciones de las necesidades, como impulso o pulsión o como metas y propósitos. Los primeros se descartan debido a que provienen del deseo y no son propiamente una necesidad, las necesidades se asocian a la prevención del grave daño que ocasionaría si no se satisface. Las necesidades entonces son objetivas y los impulsos son subjetivos.

## **Métodos**

Este trabajo presenta una metodología para identificar y describir factores que influyen y/o intervienen en la situación de pobreza de las personas mayores de 60 años y para describir las condiciones y arreglos de vida que presenta el citado grupo poblacional que vive en la zona rural y urbana del Departamento del Quindío. Para lo cual se realizó una medición de la incidencia de la pobreza en este grupo poblacional a partir de un método bidimensional de medición de la pobreza<sup>27</sup>. Esta metodología se aplica a un trabajo de tipo descriptivo en el que a partir de la medición de pobreza se estableció la incidencia de este fenómeno en la vejez, adicionalmente se describen las condiciones y arreglos de vida de la población mayor.

## **Unidad de análisis**

Para estimar los índices de indigencia o pobreza extrema y de pobreza en este estudio, se ha utilizado tanto el hogar como las personas como unidad de análisis. Para efectos de este trabajo se considera hogar al que está constituido por una persona (sola) o grupo de personas, con o sin vínculos de parentesco, que hacen vida en común, es decir, se alojan y se alimentan juntas y que adicionalmente tengan una persona mayor de 60 años.

Miembros del hogar son sólo los residentes permanentes, definidos como aquellos presentes en el hogar o que se encuentren residiendo transitoriamente fuera de éste, siempre que el período de ausencia no supere los tres meses, los resultados

---

<sup>27</sup> El método bidimensional de la pobreza consiste en cruzar los resultados de la medición por línea de pobreza –LP- y la medición por Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI-. Según Beccaria y Minujin (1985), Esta metodología aprovecha la complementariedad entre los métodos parciales. Los resultados del Enfoque Bidimensional se resumen en un cuadro que clasifica la pobreza en cuatro categorías dependiendo de si los hogares se consideran pobres según uno de los métodos, según ambos o según ninguno de ellos, así: Hogares en Situación de Pobreza Crónica (Con NBI y Pobres por LP); Hogares en Situación de Pobreza Reciente (Sin NBI y Pobres por LP); Hogares con Carencias Inerciales (Con NBI y No Pobres por LP) y Hogares en Condiciones de Integración Social (Sin NBI y No Pobres por LP).

presentados a nivel de personas hace alusión al persona mayor de 60 años miembro de dicho hogar. Es evidente entonces que se encontraron hogares con una importante variedad en cuanto a su tamaño por lo que al utilizar los hogares como unidad de análisis se excluye toda consideración en relación al distinto tamaño que éstos presentan.

## **Muestra**

La población total de este estudio estuvo conformada por 50.681 personas de 60 y más años ubicadas en la zona rural y urbana del Departamento del Quindío, de acuerdo con proyecciones de población a 2005, realizadas por el Departamento de Estadística del Instituto seccional de Salud del Departamento del Quindío.

El tamaño muestral para este estudio ha sido de 610 hogares en los que por lo menos uno de sus miembros sea una persona mayor de 60 años, ésta presenta un error muestral del 4% y una confiabilidad del 95%. Debido a que se requería representatividad tanto de la zona urbana como de la rural se realizó un muestreo independiente tanto para la zona urbana como para la zona rural. El total de hogares estudiados en la zona urbana es de 414 y para la zona rural es de 196. La muestra calculada para este trabajo es estratificada, probabilística y Multietápica.

## **Resultados**

Los objetivos generales de este trabajo de investigación son:

1. Identificar y describir los factores que influyen y/o intervienen en la situación de pobreza de las personas mayores de 60 años del Departamento del Quindío.
2. Describir las condiciones de vida que presentan los mayores de 60 años que viven en la zona urbana y los que viven en la zona rural del departamento del Quindío.

Los resultados en relación con primer objetivo se encuentran publicados en la Revista de Investigaciones de la Universidad del Quindío<sup>28</sup>, por esta razón nos referiremos exclusivamente a los resultados relacionados con el segundo objetivo.

### **Caracterización de las condiciones de vida de los hogares pobres con persona mayor del Departamento del Quindío**

Los hogares de los adultos mayores del departamento del Quindío son en términos generales de regular tamaño, se encuentra un número considerable de hogares unipersonales distribuidos en las zonas rural y urbana, el 11.64% del total de los hogares está constituido por una sola persona, estos hogares están exclusivamente conformados por personas solteras, separadas o viudas.

Un 24.26% de los hogares está conformado por dos personas, los cuales en su gran mayoría conforman hogares nucleares simples (jefe de hogar sin pareja, pero con un hijo o nieto dentro del hogar), y hogares nucleares completos (una pareja sin hijos dentro del hogar); otro tipo de familia con gran presencia dentro de los hogares con persona mayor en el Departamento la constituye la familia extensa simple, definida como aquella en donde se encuentra un núcleo con pareja con o sin hijos solteros, o con parientes solos que no conforman otro núcleo, dentro de los que se ubican los hogares con tres y cuatro miembros con un 20.16% y 15.57% respectivamente, lo mismo sucede con los hogares con cinco miembros, los cuales presentan una proporción del 15.25%.

En una muchísimo menor proporción se encuentran los hogares con 6,7,8,9, y 10 miembros (Tabla 1), en este grupo se ubican básicamente aquellos hogares compuestos por más de un núcleo familiar, (familias extensas compuestas) que en la mayoría de los casos presentan parentesco entre sí, aunque también existen aquellos en que no hay parentesco alguno.

---

<sup>28</sup> Gómez S., César A. 2008. Vejez y Pobreza en el Departamento del Quindío. En: *Revista de Investigaciones Universidad del Quindío*, No. 18. Armenia 2008 (pp. 94-107)

**Tabla 1. Número de personas por hogar**

Número de integrantes del hogar	Rural		Urbano		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
1	20	10.20%	51	12.32%	71	11.64%
2	56	28.57%	92	22.22%	148	24.26%
3	45	22.96%	78	18.84%	123	20.16%
4	24	12.24%	71	17.15%	95	15.57%
5	29	14.80%	64	15.46%	93	15.25%
6	11	5.61%	22	5.31%	33	5.41%
7	6	3.06%	22	5.31%	28	4.59%
8	3	1.53%	9	2.17%	12	1.97%
9	0	0	2	0.48%	2	0.33%
10	2	1.02%	3	0.72%	5	0.82%
<b>Total</b>	<b>196</b>	<b>100%</b>	<b>414</b>	<b>100%</b>	<b>610</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

Los hogares de los adultos mayores Quindianos que conformaron la muestra presentan un tamaño intermedio, pues el promedio total del número de integrantes por hogar es de 3.5 personas por familia. La información presentada permite concluir que existe una gran variabilidad en el tamaño de los hogares, aspecto que no se tiene en cuenta al estudiar la condición de pobreza, por lo cual se considera erróneamente que la contribución de los hogares a la pobreza es equivalente, independientemente de su tamaño.

**Tabla 2. Población mayor de 60 años por sector y sexo**

Sector	Hombres		Mujeres		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Rural	142	16.80%	139	16.45%	281	33.25%
Urbano	242	28.64%	322	38.11%	564	66.75%
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>45.44%</b>	<b>461</b>	<b>54.56%</b>	<b>845</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

La muestra seleccionada de manera aleatoria, permite apreciar una mayor proporción de mujeres, 54.56% que de hombres 45.44%, tanto en la zona urbana como en la rural, lo cual sugiere una mayor supervivencia de la mujer respecto del hombre (Tabla 2).

**Tabla 3. Status de las personas mayores de 60 años**

Status	Rural				Urbano				Total	
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Número	%
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%		
Trabajador	84	29.89%	13	4.63%	72	12.77%	27	4.79%	196	23.20%
Pensionado	19	6.76%	12	4.27%	73	12.94%	47	8.33%	151	17.87%
Jubilado	2	0.71%	4	1.42%	9	1.60%	4	0.71%	19	2.25%
Desempleado	29	10.32%	105	37.37%	62	10.99%	5	0.89%	201	23.79%
Ama de casa	0	0.00%	0	0.00%	2	0.35%	228	40.43%	230	27.22%
Otro	8	2.85%	5	1.78%	24	4.26%	11	1.95%	48	5.68%
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>50.53%</b>	<b>139</b>	<b>49.47%</b>	<b>242</b>	<b>42.91%</b>	<b>322</b>	<b>57.09%</b>	<b>845</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

Una proporción significativa de personas mayores, 23.20%, expresó estar desempeñando un rol de trabajador activo, lo cual demuestra que a pesar de la edad avanzada un número muy significativo de personas mayores viven en función de actividades de tipo productivo; por otro lado un 23.79% dijo estar desempleado, esto es un indicador que a pesar de no estar en el momento en actividad laboral, estas personas están dispuestas a realizar alguna en caso de presentarse la oportunidad (Tabla 3).

El 17.87% de los encuestados expresó ser pensionado y el 2.25% jubilado. Proporción extremadamente baja si se tiene en cuenta que la mayoría de estas personas ha trabajado en promedio más de treinta años a lo largo de sus vidas y escasamente un 20.12% de los encuestados accede a las transferencias que realiza el estado a través de los Sistemas de Seguridad Social, denotando una baja cobertura en el tema de pensiones. Se aprecian diferencias importantes en cuanto al número de personas que acceden a pensión o jubilación en el sector urbano 23.58% con relación al rural, la cual alcanza escasamente el 13.16%, lo mismo sucede con relación al género en donde la balanza se inclina a favor de los hombres que alcanzan pensión/jubilación en el 22.01% de los casos, mientras que las mujeres presentan una proporción del 14.73%, y esto teniendo en cuenta que un número importante de ellas ha accedido a este beneficio por sustitución pensional o pensión de sobrevivientes al ser beneficiarias de sus esposos al momento del fallecimiento.

Vale la pena observar el papel que juega la mujer rural en actividades de tipo productivo en comparación con la mujer del sector urbano, pues mientras en la primera el 100% de ellas se considera trabajadora o desempleada en la segunda se consideran básicamente amas de casa.

La participación laboral del hombre de la zona rural alcanza el 29.89% y es mayor en proporción que la participación laboral que presenta el hombre de la zona urbana 12.77%. No obstante como la condición de pobreza por cualquiera de los métodos de medición utilizados afecta de manera especial a la población de los sectores rurales (Gómez, 2008), lo que indica que la remuneración que perciben los trabajadores de las zonas rurales es mucho menos adecuada que la percibida por los persona mayor de las zonas urbanas, aunque esto no significa que la situación de los últimos sea la más adecuada.

**Tabla 4. Estado civil de los mayores de 60 años**

Estado Civil	Rural				Urbano				Total	
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Número	%
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%		
Unión libre	27	9.61%	16	5.69%	40	7.09%	23	4.08%	106	12.54%
Casado(a)	76	27.05%	53	18.86%	129	22.87%	98	17.38%	356	42.13%
Soltero(a)	19	6.76%	14	4.98%	23	4.08%	44	7.80%	100	11.83%
Viudo(a)	15	5.34%	46	16.37%	26	4.61%	135	23.94%	222	26.27%
Separado(a) o divorciado(a)	5	1.78%	10	3.56%	24	4.26%	22	3.90%	61	7.22%
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>50.53%</b>	<b>139</b>	<b>49.47%</b>	<b>242</b>	<b>42.91%</b>	<b>322</b>	<b>57.09%</b>	<b>845</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 4 se presenta el estado civil de los sujetos, la condición de casado presenta una proporción del 42.13%, sucedido por un 26.27% de viudos, los cuales como era de esperarse afectan en mayor medida a las mujeres que a los hombres, no existen diferencias importantes entre la zona urbana y la rural, salvo en la proporción de viudas la cual es mayor en la zona urbana (23.94%) que en la zona rural (16.37%).

En lo relativo al parentesco de los participantes con relación al jefe de la familia, es pertinente mencionar que en la gran mayoría de los hogares (507 de 611) los adultos mayores y sus familias identificaron a la persona mayor como el que ejerce

la función de jefe de hogar. En la zona rural se encuentra mayor jefatura de hogar en manos de los hombres con un 39.50%, en una gran proporción (cerca de 20 puntos porcentuales de diferencia con relación a las mujeres) en las que alcanza un 19.93%, mientras que en la zona urbana esa enorme brecha se reduce substancialmente (Tabla 5). El 21.18% de las personas mayores que se encontraron en los hogares son cónyuges de los jefes y jefas de hogar, como era de esperarse un mayor número de mujeres conforman este grupo.

Finalmente se observan otros parentescos de la persona mayor en relación con el jefe de hogar, aunque en una proporción mucho menor que las presentadas anteriormente, las más significativas son: La madre o padre del jefe de hogar en un 6.15%; hermano(a) / cuñado(a) con un 4.02% y en un 3.67% suegro(a) del jefe de hogar.

**Tabla 5. Parentesco con relación al jefe de hogar**

Parentesco	Rural				Urbano				Total	
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer			
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Jefe de hogar	111	39.50%	56	19.93%	186	32.98%	154	27.30%	507	60.00%
Cónyuge	9	3.20%	62	22.06%	19	3.37%	89	15.78%	179	21.18%
Hijo(a)	3	1.07%	2	0.71%	2	0.35%	7	1.24%	14	1.66%
Padre – Madre	2	0.71%	6	2.14%	13	2.30%	31	5.50%	52	6.15%
Suegro	3	1.07%	7	2.49%	4	0.71%	17	3.01%	31	3.67%
Hermana/Cuñada	7	2.49%	6	2.14%	7	1.24%	14	2.48%	34	4.02%
Otro pariente	3	1.07%	0	0.00%	5	0.89%	7	1.24%	15	1.78%
Otro no pariente	4	1.42%	0	0.00%	6	1.06%	3	0.53%	13	1.54%
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>50.53%</b>	<b>139</b>	<b>49.47%</b>	<b>242</b>	<b>42.91%</b>	<b>322</b>	<b>57.09%</b>	<b>845</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

### **Aspectos relativos a la vivienda de las personas mayores y al acceso a los servicios públicos**

Se ha podido constatar que la gran mayoría de las personas mayores del Departamento del Quindío residen en casas, 92.30%; y que solamente el 5.57% del total de la población lo hace en apartamentos, los cuales se ubican exclusivamente

en la zona urbana; únicamente el 1.15% del total viven en uno o dos cuartos rentados dentro de una vivienda pero que acceden a ellos de manera independiente; finalmente tan solo el 0.82% habita en inquilinatos, los cuales se diferencian de los que viven en cuartos por las adecuaciones que se le han realizado a la vivienda para alojar a varios hogares los cuales comparten servicios, sanitario y cocina y generalmente tienen una puerta de acceso común. (Tabla 6).

**Tabla 6. Tipo de vivienda**

Tipo de Vivienda	Rural		Urbano		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Casa	194	98.98%	369	89.13%	563	92.30%
Apartamento	0	0.00%	34	8.21%	34	5.57%
Cuartos	0	0.00%	7	1.69%	7	1.15%
Inquilinato	1	0.51%	4	0.97%	5	0.82%
Otra vivienda	1	0.51%	0	0.00%	1	0.16%
<b>Total</b>	<b>196</b>	<b>100%</b>	<b>414</b>	<b>100%</b>	<b>610</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

En relación a la calidad de la construcción de las viviendas se constata que una baja proporción ha utilizado materiales que se consideran inadecuados, pues solamente el 1.97% de las viviendas tienen piso de tierra, mientras que el 54.10% de las mismas presentan pisos de baldosa, vinisol o cerámica y el 31.31% han sido contruidos de cemento o gravilla (Tabla 7).

**Tabla 7. Material predominante de pisos**

Material	Rural		Urbano		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Tierra, arena	9	4.59%	3	0.72%	12	1.97%
Cemento, gravilla	126	64.29%	65	15.70%	191	31.31%
Madera burda, tabla, tablón. Otro vegetal	29	14.80%	37	8.94%	66	10.82%
Baldosín, ladrillo, vinisol, otros materiales sintéticos	31	15.82%	299	72.22%	330	54.10%
Mármol	0	0.00%	4	0.97%	4	0.66%
Madera pulida	1	0.51%	6	1.45%	7	1.15%
Alfombra o tapete de pared a pared	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
<b>Total</b>	<b>196</b>	<b>100%</b>	<b>414</b>	<b>100%</b>	<b>610</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

Los materiales utilizados con mayor regularidad para la construcción de las paredes son el ladrillo, adobe o piedra en el 86.72% del total de la muestra y en una mucho menor aunque significativa proporción, es la utilización del bahareque, con 10.33% del total, el cual se utiliza con mayor frecuencia en el sector rural que en el urbano. En general se aprecia una mejor condición de las viviendas, específicamente en lo relativo con la calidad de los pisos y las paredes, en el sector urbano comparadas con las viviendas del sector rural (Tablas 7 y 8).

**Tabla 8. Material predominante de paredes**

Material	Rural		Urbano		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Ladrillo, bloque o piedra	146	74.49%	383	92.51%	529	86.72%
Madera pulida	1	0.51%	2	0.48%	3	0.49%
Adobe o tapia pisada	2	1.02%	0	0.00%	2	0.33%
Bahareque	37	18.88%	26	6.28%	63	10.33%
Madera burda, tabla, tablón	8	4.08%	2	0.48%	10	1.64%
Madera pulida	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Caña, esterilla, otro tipo de material vegetal	2	1.02%	0	0.00%	2	0.33%
Zinc, tela, Cartón, Latas, deshechos, plástico	0	0.00%	1	0.24%	1	0.16%
Sin paredes	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%

Fuente: Elaboración propia.

El acceso a los servicios públicos en el Departamento varía en relación con el sector, en general se observan algunas desventajas de la zona rural comparada con la zona urbana. En cuanto al servicio de energía eléctrica se evidencia un acceso casi generalizado con un porcentaje del 98.52%, en este servicio no se aprecian diferencias significativas por sector, y es importante hacer énfasis que los hogares que expresaron no contar con este servicio no lo hacen porque adolezcan de la infraestructura necesaria para beneficiarse de él, sino que ello se debe a que su suministro ha sido cortado por no poder cancelar las facturas de manera oportuna (Tabla 9).

En cuanto al servicio de acueducto, se estableció que se beneficia al 90.82% de los hogares con persona mayor en la población total y se encontraron enormes

diferencias en cuanto al sector, pues mientras el 98.07% de los hogares de la zona urbana acceden al servicio, en la zona rural lo hacen el 75.51% de ellos.

En el servicio de alcantarillado se evidenció una desventaja enorme para los hogares del sector rural debido a que únicamente un 22.45% de ellos cuenta con infraestructura para disposición de aguas residuales, comparado con un 97.34% de los hogares de la zona urbana; similar situación se presenta con el servicio de recolección de basuras y servicio telefónico: 57.65% de los hogares rurales cuenta con el servicio de recolección de basuras, mientras que el 95.89% de los hogares de la zona urbana se benefician de la recolección pública de basuras; un escaso 19.39% de los hogares rurales cuenta con teléfono, lo cual contrasta nuevamente con la zona urbana, que se beneficia en un 76.33% en cuanto al acceso de este servicio.

**Tabla 9. Servicios con que cuenta el hogar**

Servicios en el Hogar	Rural		Urbano		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Energía eléctrica	192	97.96%	409	98.79%	601	98.52%
Gas natural conectado a red publica	1	0.51%	212	51.21%	213	34.92%
Gas natural (Pipa - Cilindro)	157	80.10%	196	47.34%	353	57.87%
Alcantarillado	44	22.45%	403	97.34%	447	73.28%
Acueducto	148	75.51%	406	98.07%	554	90.82%
Teléfono	38	19.39%	316	76.33%	354	58.03%
Aseo	113	57.65%	397	95.89%	510	83.61%

Fuente: Elaboración propia.

Los hogares que no cuentan con servicio de recolección de basuras pertenecen casi de manera exclusiva a las zonas rurales, allí recurren a otros métodos para desechar los residuos que se producen, un 36.73% queman o entierran la basura de tipo inorgánica, y un 3.06% la arrojan a lotes que han sido dispuestos para tal fin. Esta práctica también se aprecia en el 1.97% del total de los hogares del Departamento y el 1.31% contaminan las fuentes hídricas con sus basuras. (Tabla 10)

**Tabla 10. Eliminación de basuras**

Disposición de residuos	Rural		Urbano		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
La tiran a un río, quebrada o laguna	1	0.51%	7	1.69%	8	1.31%
La tiran a un patio, zanja, lote o baldío	6	3.06%	6	1.45%	12	1.97%
La queman o entierran	72	36.73%	3	0.72%	75	12.30%
Por recolección pública o privada	114	58.16%	398	96.14%	512	83.93%
La eliminan de otra forma	1	0.51%	0	0.00%	1	0.16%

Fuente: Elaboración propia.

En lo concerniente a la fuente de donde proviene el agua para consumo humano de los hogares se encontró que el 89.84% de los hogares quindianos toman el agua directamente del acueducto (Tabla 11), en este aspecto se aprecian abismales diferencias por sectores, nuevamente el sector rural presenta mayor precariedad en el suministro de este servicio, razón por la cual para abastecerse de agua recurren a los ríos, quebradas o nacimientos en una proporción de 20.92% o la toman de otra fuente por tubería en el 5.61% de los hogares rurales.

**Tabla 11. Fuente agua para consumo humano**

Fuente	Rural		Urbano		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Acueducto por tubería	141	71.94%	407	98.31%	548	89.84%
Otra fuente por tubería	11	5.61%	1	0.24%	12	1.97%
Pozo con bomba	1	0.51%	1	0.24%	2	0.33%
Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno	4	2.04%	3	0.72%	7	1.15%
Río, quebrada o nacimiento	41	20.92%	1	0.24%	42	6.89%
Pila pública	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Carro tanque	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Aguatero	1	0.51%	0	0.00%	1	0.16%
Aguas lluvias	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Agua embotellada o en bolsa	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%

Fuente: Elaboración propia.

### Aspectos relacionados con la educación y la salud

Los niveles de escolaridad de las personas mayores de 60 años en condición de pobreza en el Departamento del Quindío es realmente bajo, el 63.55% de ellos expresó tener estudios entre primero y quinto de primaria, muy pocos de ellos

lograron completar el ciclo de la básica primaria, y únicamente el 11.24% realizó estudios de bachillerato, aunque la gran mayoría tampoco logró terminarlo. En el nivel de educación superior solamente el 1.30% realizó algún estudio de nivel técnico o tecnológico y el 2.37% realizaron estudios profesionales. Una proporción del 16.92% manifestaron no haber asistido nunca a un centro de educación y otro 4.62% no respondió (Tabla 12).

Sorprenden estos resultados en el sentido que no se aprecian grandes diferencias entre hombres y mujeres en los niveles de instrucción, excepto en el sector urbano donde más mujeres que hombres, 36.35% y 27.66% respectivamente, expresaron haber realizado estudios de primaria (aunque incompleta en la gran mayoría de los casos). Tampoco se aprecian diferencias significativas en cuanto al nivel de instrucción por sectores.

**Tabla 12. Nivel de escolaridad en adultos mayores**

Nivel	Rural				Urbano				Total	
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer			
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Primaria 1-5	86	30.60%	90	32.03%	156	27.66%	205	36.35%	537	63.55%
Bachillerato 6-11	14	4.98%	14	4.98%	28	4.96%	39	6.91%	95	11.24%
Técnica 1-6 Sem.	1	0.36%	1	0.36%	4	0.71%	5	0.89%	11	1.30%
Universidad 1-10	0	0.00%	2	0.71%	8	1.42%	10	1.77%	20	2.37%
Ninguna	35	12.46%	29	10.32%	34	6.03%	45	7.98%	143	16.92%
No sabe-No resp.	6	2.14%	3	1.07%	12	2.13%	18	3.19%	39	4.62%
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>50.53%</b>	<b>139</b>	<b>49.47%</b>	<b>242</b>	<b>42.91%</b>	<b>322</b>	<b>57.09%</b>	<b>845</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

En el acceso a los servicios de salud y a sus condiciones de salud, se encontró que el 89.11% del total de los sujetos tienen acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 38.34% lo hacen a través del régimen contributivo y el 50.77% a través del régimen subsidiado (Tabla 13), lo cual indica que en este aspecto el Estado ha logrado impactar de manera positiva, a partir de transferencias al sector salud las condiciones de vida de este sector poblacional, por lo menos en lo que al acceso a los servicios de atención en salud se refiere. Este beneficio se

aprecia en similares proporciones tanto en hombres como en mujeres, y tanto para el sector urbano como para el rural.

**Tabla 13. Afiliación a SGSSS y régimen al que pertenecen adultos mayores**

Régimen	Rural				Urbano				Total	
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Núm.	%
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%		
Contributivo	39	27.46%	29	20.86%	110	45.45%	146	45.34%	324	38.34%
Subsidiado	73	51.41%	79	56.83%	119	49.17%	158	49.07%	429	50.77%
Ninguno	27	19.01%	26	18.71%	10	4.13%	9	2.80%	72	8.52%
No sabe-No resp.	3	2.11%	5	3.60%	3	1.24%	9	2.80%	20	2.37%
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100%</b>	<b>139</b>	<b>100%</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>	<b>322</b>	<b>100%</b>	<b>845</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 14 complementa la información anterior, y permite apreciar que el 51.60% de los sujetos expresaron padecer algún tipo de enfermedad crónica, las mujeres de acuerdo con este estudio presentan mayores niveles de morbilidad crónica que los hombres, no hay diferencias en cuanto al sector en el que residen.

**Tabla 14. Enfermedades crónicas en adultos mayores**

Enfermo	Rural				Urbano				Total	
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Núm.	%
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%		
Si	61	42.96%	80	57.55%	107	44.21%	188	58.39%	436	51.60%
No	63	44.37%	47	33.81%	126	52.07%	124	38.51%	360	42.60%
No sabe-No resp.	18	12.68%	12	8.63%	9	3.72%	10	3.11%	49	5.80%
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100%</b>	<b>139</b>	<b>100%</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>	<b>322</b>	<b>100%</b>	<b>845</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

El tipo de enfermedad crónica con mayor incidencia en la población adulta mayor pobre es la hipertensión arterial, que afecta al 44.08% de los sujetos, otras son: la

diabetes mellitus que la padecen el 14.17% de los encuestados, los problemas cardiovasculares con un 13.40% y la artritis con un 10.29%. (Ver tabla 15)

**Tabla 15. Enfermedades con mayor prevalencia en adultos mayores**

Tipo	Rural				Urbano				Total	
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Núm.	%
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%		
Hipertensión art.	33	41.77%	53	55.79%	41	32.80%	100	46.30%	227	44.08%
Diabetes	11	13.92%	12	12.63%	20	16.00%	30	13.89%	73	14.17%
Cardiovasculares	11	13.92%	8	8.42%	24	19.20%	26	12.04%	69	13.40%
Cáncer	0	0.00%	0	0.00%	3	2.40%	4	1.85%	7	1.36%
Artritis	3	3.80%	8	8.42%	13	10.40%	29	13.43%	53	10.29%
Otra	21	26.58%	14	14.74%	24	19.20%	27	12.50%	86	16.70%
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>	<b>95</b>	<b>100%</b>	<b>125</b>	<b>100%</b>	<b>216</b>	<b>100%</b>	<b>515</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los niveles de funcionamiento físico, el cual hace referencia a los niveles de dependencia independencia de las personas mayores, se valoró mediante la aplicación del Índice de Katz. Este índice clasifica las personas de la (a) a la (g) dependiendo de su nivel de funcionamiento, (a) significa máximo nivel de funcionamiento o independencia y (g) significa dependencia total.

Desde este punto de vista se puede observar que la gran mayoría de las personas mayores pobres del departamento, esto es 86.27%, son clasificados como independientes en todas las funciones y un 2.96% presenta rasgos de dependencia en una de las seis funciones, por las que se indaga en el índice (recibe ayuda, asistencia o supervisión para realizarla), y un solamente un 1.18% ha sido clasificado como dependiente total.

**Tabla 16. Niveles de funcionamiento físico en adultos mayores**

Nivel de funcionamiento	Rural				Urbano				Total	
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer			
	Núm.	%								
a.	132	92.96%	124	89.21%	210	86.78%	263	81.68%	729	86.27%
b.	1	0.70%	3	2.16%	10	4.13%	11	3.42%	25	2.96%
c.	1	0.70%	1	0.72%	1	0.41%	1	0.31%	4	0.47%
d.	1	0.70%	0	0.00%	3	1.24%	2	0.62%	6	0.71%
e.	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	3	0.93%	3	0.36%
f.	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	0.31%	1	0.12%
g.	0	0.00%	0	0.00%	3	1.24%	7	2.17%	10	1.18%
No sabe- No resp.	7	4.93%	11	7.91%	15	6.20%	34	10.56%	67	7.93%
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100%</b>	<b>139</b>	<b>100%</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>	<b>322</b>	<b>100%</b>	<b>845</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia. Los niveles de funcionamiento según Índice de Katz son: a) Independiente en todas las funciones; b) Independiente en todas, salvo en una; c) Independiente en todas, salvo en bañarse y otra más; d) Independiente en todas, salvo bañarse, vestirse y otra más; e) Independiente en todas, salvo en bañarse, vestirse, ir al baño y otra más; f) Independiente en todas, salvo en bañarse, vestirse, ir al baño, movilidad y otra más; y g) Dependiente en las seis funciones.

### La actividad laboral de las personas mayores pobres

La participación de la población de personas mayores del Quindío en la fuerza productiva del mismo alcanza un importante nivel de participación. La muestra estudiada sugiere que el 25.92% del total de adultos mayores realizan algún tipo de actividad productiva, esta es una elevada proporción, sobre todo si se tiene en cuenta que las personas que actualmente tienen 60 y más años pertenecen a generaciones que se caracterizan hoy como “jubilables”, si se tiene en cuenta el número de años que han estado trabajando durante su vida. No obstante, un número importante de ellos, al no poder acceder al Sistema General de Pensiones se han visto en la obligación de realizar actividades laborales para poder subsistir y cubrir sus necesidades y las de su familia (Tabla 17).

Resulta interesante observar las diferencias por sector y género, la participación del hombre en actividades productivas es mayor que la de las mujeres en los sectores rural y urbano, sin embargo la participación laboral del hombre rural, la cual alcanza un 32.38% supera ampliamente la participación del hombre de la zona urbana que llega escasamente al 13.65%. En cuanto al caso de las mujeres se concluye que en ambos sectores su participación es muy baja.

Globalmente se observa una mayor participación laboral de los mayores de la zona rural en la cual el 37% de ellos trabajan, mientras que en la urbana, únicamente el 20.38% del total que residen en ella desarrollan actividades de tipo productivo.

**Tabla 17. Población mayor activa laboralmente con relación a la población total (por sector y sexo)**

	Rural		Urbano		Población Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Hombre	91	32.38%	77	13.65%	168	19.88%
Mujer	13	4.63%	38	6.74%	51	6.04%
<b>Total</b>	<b>281</b>	<b>37%</b>	<b>564</b>	<b>20.38%</b>	<b>845</b>	<b>25.92%</b>

Fuente: Elaboración propia.

Una elevada proporción del 38.36% de los adultos mayores que realizan actividades laborales las hacen por su propia cuenta; otro 32.88% son empleados u obreros de empresas particulares; lo sucede un importante 13.24% de personas que expresó realizar trabajos sin ningún tipo de remuneración, en este grupo se incluyen básicamente las personas que manejan pequeños negocios familiares, en esta clasificación se encuentra un número significativamente mayor de mujeres que de hombres; escasamente el 6.85% de los adultos mayores son patrones o empleadores y el 3.20% trabajan como empleadas del servicio doméstico; tan solo el 1.83% es actualmente empleado u obrero del gobierno.

Las personas mayores pobres del Quindío se desempeñan básicamente el sector agropecuario (47.95%), en este sector se aprecia una participación

fundamentalmente de tipo masculino, aunque también se constató que la mujer colabora con las labores del campo después de realizar las actividades domésticas de su hogar, no obstante ellas consideran que éstas labores no constituyen actividades de tipo laboral debido a que no perciben una remuneración en efectivo; el sector de los servicios ocupa el segundo renglón en la actividad productiva, pues el 31.96% de ellos manifestaron desempeñarse laboralmente en allí; sucedido por el sector del comercio, en el que el 16.44% de las personas mayores activas del departamento lo hace en este sector.

## **Conclusiones y discusión**

De acuerdo con los resultados descritos, las condiciones de vida en el Quindío, en lo relativo con aspectos poblacionales, no se diferencian mucho de los datos oficiales, de acuerdo con el censo de 2005 realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, el promedio del tamaño del hogar Quindiano es de 3.6 personas por hogar y la proporción de hombres y de mujeres según el mismo censo es del 48.5% y 51.5% respectivamente (45.44% y 54.56% para este estudio).

Los datos presentados anteriormente permiten evidenciar una mayor supervivencia de la mujer en relación con el hombre, el número de adultos mayores en condición de viudez lo reafirma al percatarnos que la mayoría de ellos son de género femenino.

Las personas mayores pobres en su mayoría presentan un estado civil de casados o tienen pareja. Por otro lado, un alto porcentaje son viudos, no obstante existe una significativa proporción de personas mayores que a pesar de su avanzada edad nunca conformaron un hogar y aún mantienen su estatus de soltero(a). El hecho de que la gran mayoría cuenten con un hogar conformado, da lugar a que una alta proporción los sujetos encuestados se identifiquen a sí mismos como jefes de hogar. Los hogares están compuestos básicamente por la persona mayor, su

cónyuge y en pequeñas proporciones los acompañan los padres, hermanos y/o hijos.

Las condiciones de la vivienda sugieren que las personas mayores del Departamento presentan fortalezas en este aspecto, no obstante se observan diferencias sensibles entre sectores, la zona rural presenta mayor déficit de infraestructura en la vivienda así como en los servicios públicos de que disponen, se presentan graves problemas de acceso al servicio de alcantarillado y servicio público de recolección de basuras, a tal punto que la gran mayoría de los hogares poseen un sanitario que adolece de conexión a alcantarillado. En cambio, se les ha construido pozo séptico (en el mejor de los casos), o simplemente sus sanitarios no tiene ningún tipo de conexión; por otro lado el servicio de recolección público de basuras sólo llega a poco más de la mitad de los hogares rurales, los demás realizan prácticas no convencionales y no apropiadas para desechar sus basuras, (las queman, las entierran o las arrojan a fuentes de agua).

El servicio de acueducto de la zona rural presenta desventajas comparado con la urbana, mientras en la zona urbana el servicio de acueducto beneficia a la gran mayoría de la población en la zona rural cerca del 30% acceden al agua para consumo humano de fuentes distintas al acueducto, como por ejemplo ríos o quebradas, pozos o nacimientos que adolecen de tratamiento de aguas. Una fortaleza en materia de servicios la constituye el acceso a energía eléctrica para ambos sectores, con una cobertura cercana al 100% de los hogares.

Los materiales utilizados en paredes y pisos de las viviendas de la zona rural son de mucha menor calidad que los utilizados en la zona urbana, pues en la primera aún se utiliza el bahareque y madera burda en paredes; en los pisos se utiliza básicamente el cemento y la madera burda, incluso se encontró una proporción importante de hogares con piso de tierra, la baldosa y la cerámica son utilizadas en mucha menor proporción en el área rural que en la zona urbana.

Un evento desafortunado relativamente reciente que paradójicamente significó un sustancial mejoramiento en torno a las condiciones de la vivienda de ambos sectores fue el terremoto del 25 de enero de 1999, la reconstrucción a que fue sometida la zona cafetera, principal sector afectado por este fenómeno, le permitió acceder, a propietarios y arrendatarios afectados, a subsidios para reconstrucción o adquisición de vivienda nueva, sacando un número importante de habitantes de sectores de invasión y zonas de alto riesgo que les representaban condiciones de vida, en muchos casos, infrahumanas. De la misma forma se presentó un mejoramiento significativo en infraestructura de servicios públicos, así como inversiones muy significativas en programas sociales que fomentaron procesos de organización y participación consideradas clave para el desarrollo del Departamento.

Una ventaja de la zona rural en relación con la urbana la constituye el hecho que cerca del 83% de los hogares rurales son propietarios de los predios que ocupan, una baja proporción han accedido a ellos por reformas agrarias llevadas a cabo por el Estado, y un porcentaje muy bajo viven en arriendo o como ocupantes de hecho; mientras que en la zona urbana, hay una buena proporción de propietarios pero los arrendatarios se presentan en mucha mayor proporción de la que se observa en la zona rural.

Los niveles de escolaridad sugieren que el nivel de instrucción recibido por los mayores de 60 años del Departamento es muy bajo, situación que no sorprende dada la baja cobertura que caracterizaba el sistema escolar de la época en que los hoy adultos mayores se encontraban en edad escolar, no obstante de ello un porcentaje significativo expresó saber leer y escribir, y a pesar de esto se encontró una proporción muy alta de analfabetismo.

El acceso a la seguridad social en salud de adultos mayores se logra a través del régimen contributivo en una relativamente baja proporción, éstos acceden a él por el trabajo que realizan o por ser beneficiarios de sus hijos o cónyuges, los demás lo

hacen por ser jubilados o pensionados (por vejez, invalidez o sobreviviente). Más de la mitad de los adultos mayores cuentan con cobertura en seguridad social en salud gracias al régimen subsidiado de salud. En este sentido es importante reconocer los esfuerzos del Estado por ampliar éstas coberturas, las cuales benefician en similares proporciones tanto a los que viven en la zona rural como los de la urbana, lo mismo en relación con el género, mujeres y hombres se benefician de manera similar en cuanto a proporción. Situación distinta se aprecia en cuanto al acceso a pensión o jubilación, globalmente se aprecia una cobertura de apenas 20 puntos porcentuales, con evidente desventaja del sector rural en relación con el urbano y de la mujer en comparación con el hombre.

Al respecto Guzmán plantea: “La mayoría de los países de la región no han establecido sistemas de seguridad social incluyentes y eficientes que permitan a la fuerza laboral acumular recursos a lo largo de la vida y contar con recursos suficientes para vivir adecuadamente su vejez sin depender directamente de un trabajo adicional o del aporte familiar, la cobertura de la seguridad social es baja en la mayoría de los países y en los casos en que éstos sistemas existen, no siempre los montos de las pensiones son suficientes” (Guzmán, 2001).

Por otro lado, según la Cepal: “En Colombia la cobertura de la seguridad social en jubilaciones y pensiones no alcanza el 25% y en las zonas rurales la situación es peor, ya que no alcanza ni a un 10% de la población adulta mayor” (Cepal, 2000).

Se ha encontrado que las bajas coberturas de la seguridad social determinan de alguna manera que un significativo porcentaje de personas realicen actividades productivas, (lo cual coincide plenamente con lo planteado por Del Popolo, 2001), quien afirma que a mayor nivel de pobreza mayor participación laboral.

De acuerdo al resultado encontrado en este estudio se puede concluir que la participación laboral de la persona mayor alcanza una proporción importante, esto sugiere de alguna forma que estos niveles de participación no son necesariamente

una opción voluntaria, muchos lo hacen para poder adquirir el ingreso necesario para cubrir sus necesidades básicas, y aun así muchos no alcanzan a lograrlo, pues la mayoría de estos trabajos son mal remunerados y se ubican dentro del sector informal de la economía.

Por otro lado es muy sintomático que una proporción significativa de los adultos mayores pobres encuestados se considere desempleada, esto indica que están dispuestos a desarrollar alguna actividad productiva en caso de que tengan la oportunidad de hacerlo, situación muy improbable si se tiene en cuenta los altos niveles de desempleo que presenta Colombia y particularmente el Quindío (tercer más alto índice de desempleo).

En este sentido Villa y Rivadeneira, afirman que la participación laboral de los adultos mayores está relacionada con las bajas coberturas de la seguridad social (Villa y Rivadeneira, 2000). La medida que baja la cobertura del sistema previsional, más altas son las tasas de participación económica (Guzmán, 2001). La menor participación laboral de la mujer hace pensar que esta relación en el caso del género femenino no es tan clara, esto se debe al parecer a que en nuestro país la inserción laboral de la mujer ha sido baja y a que históricamente ellas han desarrollado otros roles distintos al trabajo remunerado.

En cuanto a las actividades productivas que realizan las personas mayores pobres, se ha encontrado que la mayoría de ellos lo hacen en el sector agropecuario, sector en el que tradicionalmente se pagan bajos salarios, carentes de afiliación a la seguridad social, con horarios extensos y con un alto nivel de movilidad. Desde el punto de vista del sector se aprecia una mayor participación laboral del sector rural que del urbano, no obstante, es relevante dejar claro que los salarios percibidos por los trabajadores de este sector son los más bajos del mercado laboral, llegando en muchos casos a trabajar a cambio de alojamiento y comida, sobre todo en épocas de no cosecha (pago en especie).

A manera de colofón, es preciso resaltar y reconocer la importancia de estudios de este tipo, que permitan determinar dónde están y cómo envejecen las personas mayores de un país, incluso es necesario que como gerontólogos conozcamos dónde están y cómo envejecen las personas de los diferentes entes territoriales al interior de un país; si bien hay rasgos del envejecimiento que se consideran universales y en cierto modo aplicables a un perfil nacional, hay que reconocer que existen diferencias en la forma como se envejece desde la perspectiva demográfica, es decir, el envejecimiento de las poblaciones depende de las experiencias y dinámicas de los indicadores demográficos de los contextos que ocupan, y también de las experiencias particulares de los aspectos, culturales, históricos, sociales, políticos y económicos de un país o región.

Las bases de las políticas con soluciones adecuadas y coherentes con las necesidades de las personas mayores son las que se construyen desde las bases y en las que las personas mayores fungen como actores de su propio desarrollo, auto determinándose. Esto será posible solo en la medida que se explore la realidad acompañado de los propios sujetos, en este caso, de las personas mayores.

## Referencias

1. Aranibar, Paula. (2001), "Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina". *Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) División de Población de la CEPAL*. Santiago de Chile.
2. Beccaria, Luis y Minujin, Alberto. (1985), "Métodos alternativos para medir la evolución del tamaño de la pobreza". *Documento de trabajo No. 6, INDEC*, Buenos Aires, Argentina.
3. CEPAL. (2000), "Panorama social de América Latina 1999-2000". Santiago, Chile.
4. Del Popolo, Fabiana. (2001), "Características Socio-económicas y Socio-demográficas de las personas de edad de América Latina". CELADE, ECLAC. Santiago de Chile.
5. Doyal, Len y Gough, Ian. (1991), "A theory of human need". Mc Millan, Londres.
6. Gómez S., César A. (2008), "Vejez y Pobreza en el Departamento del Quindío", en *Revista de Investigaciones Universidad del Quindío*, No. 18. Armenia 2008 (pp. 94-107).
7. Guzmán, José Miguel y Hakkert, Ralph, (2001), "Some social and economic impacts of the ageing process in Latin American Countries", en *Paper presented at the XXIV IUSSP General Population Conference*, Salvador, Brasil.
8. Naciones Unidas. (1999), *World Population Prospects, 1998*, Nueva York.
9. Pizarro, Roberto. (1999), *Vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe*, CELADE, LC/DEM/R.298, Santiago de Chile.
10. Villa, M. y Rivadeneira, L., (2000) "El proceso de envejecimiento de la Población de América y el Caribe: Una expresión de la transición demográfica", en CEPAL. *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de la Tercera Edad*. CELADE- División de Población. Santiago de Chile.

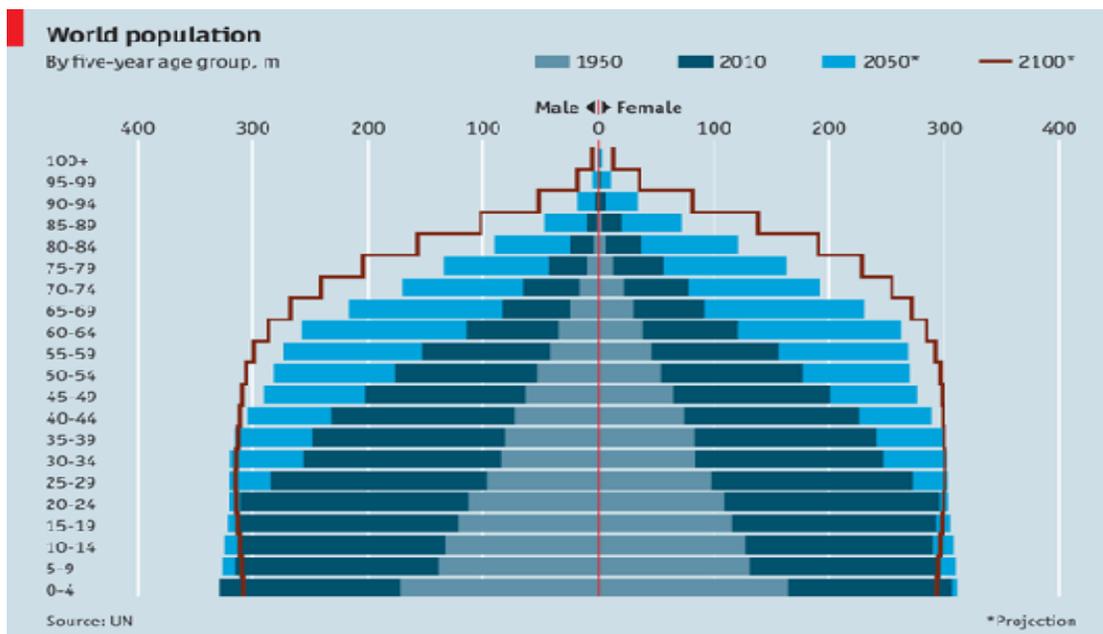
## La problemática del suicidio en el adulto mayor, implicancias en políticas públicas de Argentina

*Débora Natalia Duffy, María Silvana Sosa y Martín de Lellis*

### Introducción

Dentro de 40 años, casi un cuarto de la población total de nuestra región tendrá más de 60 años. Se estima que la población de América Latina y el Caribe envejecerá a un ritmo acelerado en los próximos 15 años (3,6% entre 2010-2025), y esto tendrá un profundo impacto en los sistemas de protección social y servicios de salud, forzando a una definición del rol del Estado y una reasignación de recursos públicos. Los cálculos, basados en datos oficiales de las Naciones Unidas, estiman que para el año 2085 la población mundial llegará a los 10 mil millones de habitantes. En 2100, como resultado del envejecimiento de la población, el 22.3% de los habitantes del mundo tendrá 65 años o más, un dato que cobra mayor dimensión si consideramos que en 2010 sólo el 7.6% de la población contaba con dicha edad.

### Cuadro 1. Pirámide demográfica mundial. Naciones Unidas, 2008



Fuente: Naciones Unidas, 2008.

Según el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el alto ritmo de crecimiento de la población mayor implica que entre 2000 y 2025, 57 millones de adultos mayores se sumarán a los 42 millones ya existentes. Para 2050, la población mayor de 60 años se incrementará en otros 84 millones.

En la región, en los países de más altos ingresos y mayor desarrollo institucional, la población está envejeciendo más rápidamente, y a la inversa: en los países más pobres y de poca solidez institucional, el ritmo de envejecimiento es menor. Según cifras del CELADE, entre los países con incipiente envejecimiento se ubican Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Paraguay y Nicaragua. Aquellos con envejecimiento moderado incluyen Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Jamaica y México. Los países con tasas de envejecimiento moderadamente avanzado son Argentina, Chile, Trinidad y Tabago, y con envejecimiento avanzado están Barbados, Cuba, Martinica, Puerto Rico y Uruguay.

El proceso de envejecimiento de la población en nuestra región es más acelerado y conlleva urgencias y consecuencias distintas a las observadas en países desarrollados, cuyo ritmo de envejecimiento ha sido menor. Aquí, se da en un contexto de gran precariedad y desigualdad social y económica, un débil desarrollo institucional, baja cobertura y calidad de los sistemas de protección social y una fuerte carga sobre la estructura familiar en cuanto al cuidado y satisfacción de las necesidades de la población mayor. La transformación demográfica está obligando a los Estados a anticiparse a las consecuencias que tendrá la creciente población de personas mayores en un futuro próximo, reconociendo sus derechos y adecuando sus asignaciones presupuestarias y capacidades técnicas.

El concepto de agenda pública ha sido formulado en forma sistemática desde la ciencia política, con el objeto de describir el proceso de inclusión de temas (*issues*) que, en virtud de su problematización como cuestiones sociales significativas, el Estado termina incorporándolas en su programa de acción, confiriéndole de esta manera carácter de legitimidad a las mismas (Oszlack y O'Donnell, 1976).

Desde esta concepción, las cuestiones emergentes en la sociedad son problematizadas por la acción de grupos de presión que utilizan canales institucionales para situar su demanda en la órbita del Estado y así movilizar los recursos necesarios para su resolución. En este proceso tales grupos se encargan de colocar la cuestión en la agenda pública, con el objeto de que la movilización generada en la población vuelva indispensable la intervención estatal, pues ello denota algún grado de legitimación de la cuestión que origina la demanda.

Dado que la temática del envejecimiento poblacional se ha incluido notablemente en la agenda pública, los Estados progresivamente están tomando conciencia de la necesidad de planificar a largo plazo para atender a este segmento de la población, medir la eficacia de las actuales leyes, políticas y programas orientados a adultos mayores, y analizar las áreas en que se requerirá de mayores recursos e intervención pública, incluyendo algunas que hasta el momento han sido por lo general ignoradas, como los entornos físicos y sociales.

Las políticas públicas para la población de edad avanzada se diferencian de un país a otro según el ritmo de transformación demográfica de su población, su proceso de desarrollo socio-económico, los recursos disponibles, y otras áreas prioritarias para la inversión social. En mayor o menor medida, los países de la región han avanzado en esta dirección, reconociendo los derechos de las personas de edad y creando marcos legales para su protección. Estos incluyen disposiciones constitucionales, leyes, estatutos y reglamentos relativos a sus derechos, beneficios y tratos especiales. En algunos países se han creado instituciones con rango ministerial u organismos públicos para atender las necesidades de las personas mayores y coordinar políticas públicas orientadas hacia ellos.

También desde hace décadas diversos encuentros internacionales han documentado los consensos que sobre la materia se van logrando en el ámbito nacional e internacional, tratando al mismo tiempo de lograr un movimiento de opinión interesado en situar al proceso de envejecimiento demográfico de las sociedades como una de las principales cuestiones a ser tratadas mediante las políticas públicas.

A la vez, numerosos trabajos han recogido estos datos y se han hecho proyecciones en relación a cómo estaría en las próximas décadas la situación de la ancianidad: “Se proyecta que entre 1991 y 2020 la población de mayor edad aumentará más rápidamente que la población total en todos los países de América Latina” enuncia el investigador Kevin Kinsella en un artículo sobre aspectos demográficos en la vejez. Allí presenta algunas proyecciones por país y se puede observar que el tamaño proyectado de la población anciana en 2020 en Argentina será de 7.053.900 personas. Es decir, se espera un enorme crecimiento de esta población (contada desde 65 años y más) en los próximos veinte años. Y además es importante tener en cuenta que Argentina posee uno de los porcentajes más altos de población anciana más vieja (75 años y más), alcanzando el 3-4% de la población total (según datos del INDEC, 2010, la población total de Argentina es de 40.134.425 personas y la población de 65 años y más abarca 4.121.680).

Tales datos no hacen más que exponer la importancia que adquiere la problemática del envejecimiento como cuestión social, el cual desborda un enfoque meramente cuantitativo centrado en variables agregadas de carácter económico o macrosocial y también sitúa la importancia que adquieren las connotaciones culturales, éticas y psicosociales. Sin embargo, a menudo los derechos legalmente consagrados no se traducen en garantías y protección efectivas, debido, en buena parte, a la falta de recursos y mecanismos de exigibilidad. En general, estas medidas se centran en establecer una protección especial para personas mayores de bajos recursos, ampliar la cobertura de los sistemas de seguridad social, mejorar los servicios de salud y garantizar pensiones no contributivas, entre otras.

A pesar de estas medidas, una parte importante de la población adulta mayor en la región aún no tiene acceso a prestaciones de seguridad social, servicios de salud o servicios básicos de calidad y de manera sostenida. Esto se debe tanto a que los sistemas de protección social son precarios en general, como a la aún escasa atención asignada a este grupo etéreo en las políticas públicas.

Esto sigue siendo incipiente en la región, pero existen iniciativas para promover el empleo para trabajadores mayores, fomentar el acceso a créditos para actividades productivas, y aumentar bonos, subsidios y asignaciones familiares.

Las débiles políticas públicas dirigidas a las personas mayores ha significado el traslado de la responsabilidad para su cuidado y atención hacia la familia, particularmente hacia las mujeres. Esto no sólo implica una carga emocional y económica, sino que también impide que muchas mujeres se incorporen al mercado laboral o se desarrollen en otros ámbitos.

Para muchos gobiernos de la región, el envejecimiento de su población aún no es un tema prioritario y a veces es apenas visible en la agenda pública. Sin embargo, en pocas décadas más, será inevitablemente uno de los ejes de las políticas públicas que requerirá de medidas urgentes. Una manera de anticiparse es promoviendo el empleo digno y la capacidad de ahorro para los jóvenes de hoy, garantizando una mejor vida futura. Y no menos importante es la incorporación de las personas mayores al proceso de diseño, implementación y seguimiento de las políticas públicas, un proceso del que-hasta ahora- han estado por lo general ausentes.

### **El nuevo paradigma: la productividad de los mayores**

El fenómeno de la vejez desborda un análisis meramente cuantitativo y pasa a tener profundas connotaciones culturales, éticas, psicosociales y biológicas.

De gran importancia en este aspecto son aquellas representaciones dominantes que cada cultura alberga en torno a la vejez. Si asociamos a la etapa de la vejez sin continuidad con las restantes etapas del ciclo vital, e identificamos a la misma con la minusvalía, la enfermedad, el abandono, la improductividad y la marginalización seguramente daremos una respuesta consecuente; es decir asistencialista, centrada en la carencia o el daño y meramente restitutiva de aquellos casos en los cuales el anciano se encuentra excluido del orden social.

Por ello reconstruir dichas representaciones ha sido uno de los desafíos más importantes de la gerontología social, pues allí se juegan las oportunidades de adoptar políticas públicas más inclusivas, participativas y centradas en los derechos o competencias de los propios asistidos, que a la vez se constituyan en fomentar y promover la salud en los ancianos, entendida esta como una etapa más en el proceso de desarrollo vital.

Tradicionalmente la vejez se asociaba con enfermedades, dependencia y falta de productividad. Sin embargo, en la actualidad, la realidad no coincide con esta opinión. Con la edad, la mayoría de las personas se adaptan al cambio y se convierten en recursos potenciales para la comunidad. Contribuyen a través de actividades tanto remuneradas como voluntarias. La integración dentro de la familia y la comunidad, la independencia y la participación son beneficiosas para la salud y ayudan a reforzar la dignidad de las personas en todas las edades.

Por ello, tan importante resulta la idea tradicional que refiere que “aprender en el ámbito escolar es el trabajo de los niños trabajar es responsabilidad de los adultos y el retiro el destino de los mayores”. No obstante la afirmación de tales principios, un nuevo paradigma propone el desarrollo de programas que permitan el aprendizaje a cualquier edad y la posibilidad de ingresar y egresar del mercado laboral, diferentes veces a lo largo de la vida.

### **La feminización del envejecimiento**

Las mujeres viven más que los hombres en casi todas las áreas del mundo. Pero a la vez que tienen la ventaja de la longevidad se hallan más expuestas que los hombres a experiencias de violencia doméstica y discriminación en el acceso a la educación, la alimentación, el trabajo, los servicios sanitarios, sociales y el poder político.

Las mujeres por otra parte contribuyen especialmente a la supervivencia y al bienestar de las familias, en detrimento de su propio cuidado. Dada esta

acumulación de desventajas las mujeres mayores son más pobres y tienen más discapacidades que los hombres, de allí la necesidad de realizar esfuerzos especiales para asegurar la participación de las mujeres mayores en todas las iniciativas de desarrollo.

## **Envejecimiento Activo**

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el envejecimiento activo es el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad, la productividad y esperanza de vida a edades avanzadas. El enfoque del “Envejecimiento Activo” está basado en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, cuidado y autorrealización.

Este término fue adoptado por la OMS a finales de 1990. Se trató entonces de buscar un mensaje más amplio al del envejecimiento saludable, “reconociendo el impacto de otros factores y sectores además del sistema sanitario, e intenta expresar la idea de la implicación continua en actividades productivas y trabajo significativo. Además de continuar manteniéndose activo físicamente, es importante permanecer activo social y mentalmente participando en actividades recreativas, ya sea de carácter voluntario o remunerado, actividades culturales, educativas y aquellas que se desarrollan en el ámbito de la vida diaria junto con la familia y la comunidad.

Así la palabra “activo” se refiere a una continua implicación social, económica, espiritual, cultural y cívica y no simplemente a la capacidad de permanecer físicamente activo. Mantener la independencia es el principal objetivo tanto para los individuos como para los políticos, y la salud que posibilita la independencia como la llave o el medio para envejecer activamente.

## **El nuevo escenario de la salud mental en la Argentina**

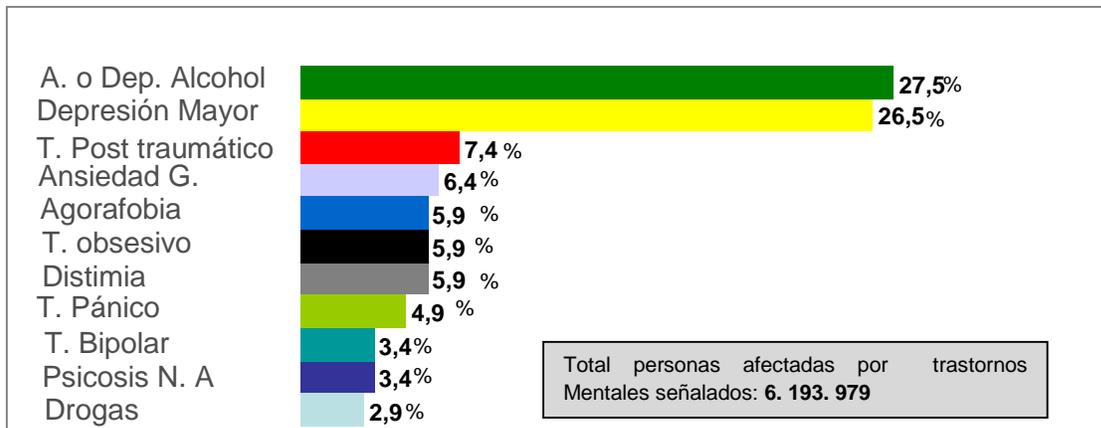
En nuestro país, se carece de información sistemática y actualizada sobre la cantidad y gravedad de las dolencias en salud mental o sobre las estrategias que se emplean para su mitigación, dado que en lo político, académico o científico no se ha promovido estudios de corte epidemiológico que abarcaran importantes muestras poblacionales (resulta una excepción la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008, y la investigación sobre padecimientos psíquicos en la infancia realizada por la Asociación de Unidades Académicas de Psicología).

La última investigación en el campo de la Salud Mental que tuvo alcance nacional ha sido la que se desarrollara en el ámbito del CONICET en el denominado Programa PEPSI, que arrojó información sobre prevalencia de trastornos mentales en muestras poblacionales obtenidas en diversas regiones del país.

Esta carencia de un sistema de vigilancia que arroje información fehaciente y continua sobre los trastornos mentales ha tenido como consecuencia la invisibilidad del problema en su magnitud epidemiológica y, en tal sentido, la escasa jerarquización o priorización de la problemática en el ámbito de las políticas públicas de salud. Desde una perspectiva demográfica, las Naciones Unidas calculan que entre el año 2005 y el 2025 la población total de América Latina y el Caribe aumentará un 23%, por lo que se incrementarán la magnitud de los trastornos mentales en el conjunto de la población. Se estima, que, al menos, una de cada cuatro personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida (OMS, 2001).

No obstante lo anteriormente señalado, a través de estimaciones que se basan en datos producidos en otros países de la región sobre la distribución de las problemáticas de Salud Mental, (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Sistema de Vigilancia Epidemiológica que se desempeña en la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2010) advierten que diversos estudios señalan el crecimiento en la incidencia de trastornos mentales en la Argentina (Gráfico 1).

**Gráfico 1. Porcentaje calculados sobre el total de personas de 15 años y más según patologías en Argentina 2010**



Fuente: Estimaciones calculadas con base en las tasas medianas de América Latina y el Caribe para Argentina (2010).

Con el objetivo de estimar la población afectada por trastornos mentales en la República Argentina, se extrapolaron los resultados correspondientes a las tasas medianas observadas en los estudios epidemiológicos seleccionados sobre salud mental en América Latina y el Caribe (Rodríguez, J.; Kohn, R.; Levav, I. y cols. 2009).

Este estudio toma en cuenta los siguientes trastornos: psicosis no afectiva, depresión mayor, distimia, trastorno bipolar, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso o dependencia de alcohol y abuso o dependencia de drogas. Así es como se alcanza una proporción de poco más del 20% de casos de personas de 18 años y más afectadas por trastornos mentales, y como se observa en el estudio antes citado, las tasas medianas nos indican que la depresión mayor (en una proporción significativamente mayor para el género femenino) y el consumo de alcohol (en una proporción significativamente mayor para el género masculino) congregan la mayor frecuencia de casos (Tabla 1).

**Tabla 1. Tasas medianas observadas en estudios epidemiológicos sobre salud mental en América Latina y el Caribe**

Patologías	%	Sexo	
		Hombres	Mujeres
Psicosis no afectiva	0.7 %	0.7%	1.1%
Depresión Mayor	5.4%	3.5%	7.1%
Distimia	1.2%	0.8%	1.4%
Trastorno bipolar	0.7%	0.6%	0.4%
Ansiedad generalizada	1.3%	0.9%	1.3%
Trastorno de pánico	1.0%	0.4%	1.2%
Agorafobia	1.2%	0.4%	1.7%
Trastorno de estrés pos traumático	1.5%	0.8%	1.0%
Trastorno obsesivo compulsivo	1.2%	1.0%	1.4%
Abuso o dependencia de alcohol	5.6%	9.8%	1.4%
Abuso o dependencia de drogas	0.6%	0.9%	0.2%

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiología en salud mental y adicciones. Dirección de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina (2010).

En Argentina, como fuera revelado para toda la Región, la estimación de la brecha de atención de los trastornos mentales es significativamente alta. Más de la tercera parte de las personas con psicosis no afectiva, más de la mitad de las que padecían trastornos de ansiedad y depresión mayor, y alrededor de tres quintas partes de las que tenían problemas relacionados con el consumo de alcohol se estima que no han recibido ningún tratamiento de salud mental en el sistema público de salud en el último año (Tabla 2).

**Tabla 2. Tasas medianas observadas en estudios epidemiológicos en salud mental, América Latina y el Caribe**

Patologías	%	Sexo	
		Hombres	Mujeres
Psicosis no afectiva	0.7 %	0.7%	1.1%
Depresión Mayor	5.4%	3.5%	7.1%
Distimia	1.2%	0.8%	1.4%
Trastorno bipolar	0.7%	0.6%	0.4%
Ansiedad generalizada	1.3%	0.9%	1.3%
Trastorno de pánico	1.0%	0.4%	1.2%
Agorafobia	1.2%	0.4%	1.7%
Trastorno de estrés pos traumático	1.5%	0.8%	1.0%
Trastorno obsesivo compulsivo	1.2%	1.0%	1.4%
Abuso o dependencia de alcohol	5.6%	9.8%	1.4%
Abuso o dependencia de drogas	0.6%	0.9%	0.2%

Fuente: Unidad de Epidemiología. Dirección de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina (2010).

## Suicidio: prevalencia en la vejez

Las conductas suicidas refieren a dos fenómenos concurrentes, muy semejantes pero con distintos desenlaces. Por una parte el suicidio propiamente dicho y por la otra el intento suicida. La Organización Mundial de la Salud, estima que en el mundo ocurren 1 millón de suicidios cada año (cantidad mayor que la que corresponde a todas las guerras y homicidios). En cuanto a los intentos de suicidio, llegan a ser de 10 a 40 millones por año en todo el mundo. Como resultado de esta situación el suicidio se encuentra entre las 10 primeras causas de defunción en personas mayores de 5 años de edad. Sin embargo, por distintas razones se observa una tendencia generalizada al sub-registro de conductas suicidas que puede ser mucho más frecuentes de lo que se conoce y estima.

En Argentina, la tasa de suicidio calculada por 100.000 habitantes es de 7.5 para el año 2010. Si abrimos esta tasa por sexo, en los hombres es 4 veces mayor que en las mujeres: 2,8 en mujeres y 12,3 en hombres. Cuando se abre la tasa por grupos de edad, los valores más altos se concentran en los hombres de la franja etárea de 65 a 74: 17,4; esto se evidencia más aún en los hombres de 75 años y más, en donde la tasa alcanza un valor de 32,6.

**Cuadro 2. Argentina, Tasa de Suicidio (x 100.000 habitantes).  
Total país y por grupo etario y sexo, 2010**

TASA DE SUICIDIO (x 100.000 habitantes) TOTAL PAÍS Y POR GRUPO ETÁREO Y SEXO. AÑO 2010			
	Total	Varones	Mujeres
<b>TOTAL PAÍS</b>	7,5	12,3	2,8
menores de 1 año	0	0	0
1 a 4	0	0	0
5 a 14	0,8	1,0	0,6
<b>15 a 24</b>	<b>12,6</b>	<b>20,5</b>	<b>4,5</b>
25 a 34	9,2	15,2	3,2
35 a 44	8,0	12,6	3,3
45 a 54	8,0	12,7	3,6
55 a 64	8,0	13,1	3,5
65 a 74	9,1	17,4	2,5
<b>75 y más</b>	<b>13,5</b>	<b>32,6</b>	<b>2,9</b>

Fuente: DEIS-INDEC: estimaciones y proyecciones nacionales. Construcción: sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental. Dirección nacional de salud mental y adicciones. Secretaría de determinantes de la salud y relaciones sanitarias. Ministerio de salud de nación, (2010).

Teniendo en cuenta los datos epidemiológicos anteriormente enunciados (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2010), es prioritario instalar en la agenda pública la temática del suicidio en la vejez para repensar las políticas públicas tanto como la formación de los recursos humanos.

En los programas de formación de los técnicos y profesionales de la salud, la salud mental de los ancianos es de escasa prioridad hoy día y el tiempo dedicado a la psicogerontología y psicogeriatría es muy reducido. Como consecuencia, generalmente los problemas de salud mental en este grupo poblacional son sub-registrados o ignorados por el equipo de salud. Por ello es que a nuestro juicio es fundamental incorporar la temática del envejecimiento en la currícula a fin de que se tome en cuenta las problemáticas de salud mental en este grupo etario.

## **Conclusiones**

Las cuestiones aquí planteadas y nuestra propia realidad permiten la visualización de ciertos enfoques que aparecen como fundamentales para el tratamiento de las cuestiones que afectan la situación de la tercera edad en Argentina. En virtud de la alta prevalencia de trastornos mentales que afectan a este grupo etario es imprescindible actuar en la prevención de su ocurrencia, así como evitar la discriminación que habitualmente acompaña la condición de las personas padecientes.

En Argentina la respuesta estatal y social ha sido sostenida a lo largo del tiempo en relación a la ancianidad con independencia de partidismos políticos y constituyendo una verdadera política de Estado. Históricamente esos recursos han estado integrados por aportes de los trabajadores, empresas y beneficiarios, reconocidos como fondos públicos, no estatales, se constituyeron de hecho en uno de los más importantes basamentos del sistema de seguridad social; hoy en amenaza por los procesos de desigualdad, precarización y exclusión social (Bello, J. de Lellis, M. 2010).

Otro de los aspectos a considerar es el grado de cobertura de servicios con que cuenta esta población. Por ejemplo, según estimaciones del año 2003 el 48% de la población cuenta sólo con la cobertura del sector público (Castro, B; Casal; A; de Lellis, M. 2006), situación de precariedad que se acentúa a medida que disminuye la edad. Dicha situación se acentuará a la vez en el corto plazo, dado el incremento de la población incluida en el mercado de trabajo que, al trabajar bajo contratos precarios, no efectuó aportes para obtener beneficios de cobertura médica o social.

Uno de los temas que continúa siendo central en la definición de las políticas públicas es la modalidad asistencial dominante para tratar la problemática de la vejez; de la misma manera en que se ha propuesto para el caso de niños, discapacitados o enfermos mentales, y en el marco de la recientemente sancionada Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, en el último período han surgido numerosas iniciativas en todo el mundo tendientes a promover pequeños hogares o dispositivos residenciales sustitutivos del modelo de asilo, a fin de promover la autonomía y un sistema de apoyos o cuidados acordes al grado de perturbación que presente el anciano para su desenvolvimiento en la vida cotidiana. No obstante lo señalado, continúa observándose en muchos casos la institucionalización en hogares que limitan severamente las posibilidades de bienestar y libertad de los mismos; principalmente cuando se trata de ancianos pobres y sometidos a procesos de judicialización.

Finalmente, la longevidad con calidad de vida requiere la eliminación de toda forma de discriminación y violencia institucionalizada contra las personas de edad, ya que las personas mayores representan en la actualidad una fuerza social desperdiciada en el marco de una sociedad que desborda de necesidades.

Respecto de la problemática del suicidio teniendo en cuenta su alta prevalencia sería fundamental capacitar y sensibilizar a la población a los equipos de salud, con base a dos frentes; el primero reforzar las acciones de registro que en la actualidad invisibiliza la problemática y por otro, las acciones una vez detectado; y aún más importante trabajar en el área de prevención e intervención eficaz del suicidio.

Entre las acciones más importantes que se desprenden de ello resulta fundamental el tratamiento de las enfermedades mentales; el control de acceso a los medios de suicidio y seguimiento de las personas que han intentado el mismo, en tanto que, las conductas suicidas originan pérdidas de casi un millón de vidas cada año y tienen un gran impacto en la economía de muchas naciones, además de representar un enorme sufrimiento para muchos otros millones.

Esta problemática se acentúa en la población de adultos mayores por cual lo es fundamental reforzar las acciones en este grupo etario articulando los conocimientos de las causas del suicidio con las características específicas de las personas mayores.

El suicidio es un problema de todos y la adecuada movilización de las comunidades y la sensibilización de las autoridades y tomadores de decisión son componentes fundamentales para la puesta en marcha de estrategias nacionales que ordenen las acciones tanto en el ámbito nacional como local, con el objetivo de reducir el impacto de este fenómeno típicamente humano.

## Referencias

1. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud de la Nación. Perfil Epidemiológico del Suicidio en la Argentina. Algunas Aproximaciones, 2011.
2. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud de la Nación. Estimación de la Población afectada de 15 años y más de trastornos mentales y del comportamiento. 2010.
3. OPS. *Salud mental en la comunidad*, Washington D.C., 2009.
4. Bello, Julio; de Lellis, Martín. *Las políticas públicas y la cuestión del envejecimiento* En: Barca, R. Políticas sobre la ancianidad". En: Barca, Roberto. "La Gerontología a través de una historia institucional" con ISBN-978-987-26073-1-9, Diciembre de 2010.
5. Bello, Julio; de Lellis, Martín; Cárdenas, Rosario. *La salud en crisis y el rescate de la equidad*. Fundación Navarro Viola, 1999.
6. Fundación Navarro Viola, *Ver y vivir la ancianidad. Hacia el cambio cultural*. Buenos Aires, 2008.
7. Castro, Beatriz; Casal, Ana; de Lellis, Martín. *Medicina prepaga: políticas públicas y derecho a la salud*. Editorial Proa XXI. Buenos Aires, 2006.
8. Mera, Jorge, Bello, Julio. *Organización y Financiamiento del sistema de salud argentino*. OPS., 2003. 41, publicación N° 56, Representación en la Rep. Argentina.
9. Oszlack, O y O'Donnell. *Estado y políticas sociales en América Latina. Hacia una estrategia de investigación*. Documento CEDES/CLACSO, 1976.
10. Rawls, John. *Teoría de la justicia*. México. Fondo de Cultura Económica. 1997.
11. Redondo, Nélica. "Envejecimiento y Pobreza en la Argentina al finalizar una década de reformas en la relación entre Estado y Sociedad". En: Revista *Cuestiones Sociales y Económicas*, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Universidad Católica Argentina, número especial, Envejecimiento y Sociedad, Año III, N° 6, diciembre, 2005.
12. Rosanvallon, P. *La nueva cuestión social*. Editorial Manantial. Buenos Aires, 1995.



## **No es eterno lo femenino**

*Kanje, S.A.*

### **Resumen**

Las condiciones de vida para mujeres y hombres no son las mismas dado que los roles de género son socialmente contruidos y exceden las diferencias anatómicas. La dimensión de género y la mayor expectativa de vida femenina no son consideradas en los sistemas de protección social generando desamparo y pauperización a un gran porcentaje de las mujeres viejas. La vejez relacionada con el género pasa a ser un factor de riesgo si sumamos a la mayor supervivencia femenina los factores socioeconómicos, educacionales, la soledad, el rol de cuidadora y la necesidad de ser asistida cuando sus funciones declinan.

La longevidad femenina es un riesgo de dependencia, aislamiento y soledad, además de un problema médico social aún sin resolver.

### **Palabras claves**

Envejecimiento poblacional, vejez, género, representaciones sociales y salud..

### **Fundamentación**

Si aplicamos el famoso aforismo de Fourier:

*“La emancipación de las mujeres es un indicador de la emancipación general de una época”*

Diremos:

*“La salud de las mujeres es el indicador de la salud de una población”*

La teoría de la transición demográfica trata de explicar los cambios en la estructura poblacional relacionándolos con la producción económica de una sociedad y los divide en etapas: preindustrial, post industrial y moderna.

América Latina ha realizado una transición demográfica acelerada y dadas las bajas tasas de natalidad y mortalidad la estructura poblacional de algunos países como la Argentina presenta un fenómeno demográfico denominado **envejecimiento poblacional**. Dicho fenómeno es cuantificado cuando se realiza el cociente del número de personas de más edad (65 años y más) con los de menos edad (15 o menos años).

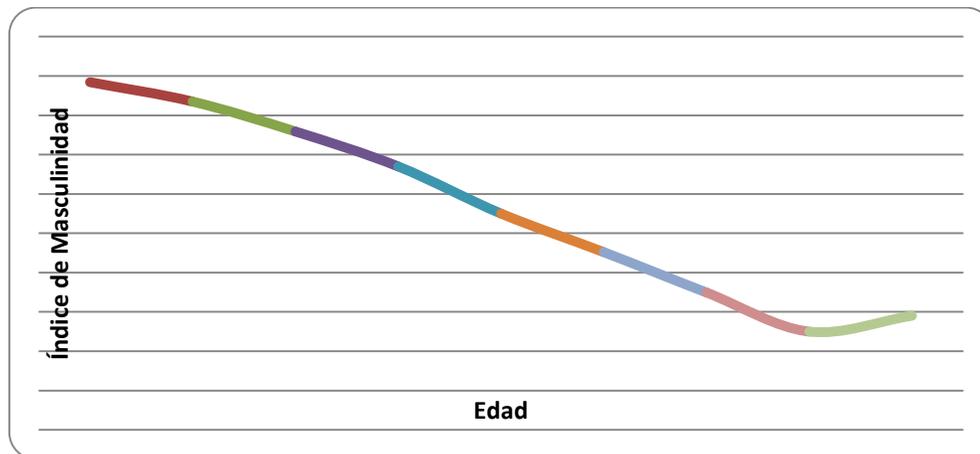
Los resultados del Censo 2010 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) de la República Argentina, informan que la población total de la Argentina asciende a 40.117.096 habitantes y que el índice de masculinidad de esa población total es de 94,8. Los mayores de 80 años constituyen el grupo de edad que presentó mayor crecimiento relativo en el total de la población argentina. Comparando los resultados con el Censo 2001, se observa además que la cantidad de habitantes de 100 y más años aumentó de 1.855 en 2001 a 3.487 en 2010.

En la Tabla 1 se presenta un dato demográfico relevante: a medida que aumenta la edad, el índice de masculinidad se reduce. En el grupo que comprende a los habitantes de entre 60 y 65 años hay 88,4 varones cada 100 mujeres, mientras que en el segmento de 100 años y más hay solamente 29.

En la Figura 1 se puede apreciar una relación lineal ( $R=0,9865$ ) del índice de masculinidad a mayor edad.

Edad	Población Total	Sexo		Índice de Masculinidad
		Varones	Mujeres	
60-64	1.621.190	760.914	860.276	88,4
65-69	1.293.061	588.569	704.492	83,5
70-74	1.015.897	438.438	577.459	75,9
75-79	801.659	321.481	480.178	67,0
80-84	565.916	200.744	365.172	55,0
85-89	298.337	92.848	205.489	45,2
90-94	102.808	26.574	76.234	34,9
95-99	23.483	4.704	18.779	25,0
100 y más	3.487	784	2.703	29,0

**Tabla 1:** Población total por sexo e índice de masculinidad, según edad en años simples y grupos quinquenales de edad. Año 2010. Fuente: Adaptado de INDEC Cuadro P2. Total del país. Disponible en [22].



**Figura 1:** Gráfico del índice de masculinidad según edad en años simples y grupos quinquenales de edad.

Argentina posee en su territorio heterogeneidades geográficas y socioeconómicas y de acuerdo a las distintas zonas presenta tasas diferentes de envejecimiento poblacional. En la Ciudad de Buenos Aires encontramos la más elevada [23], como lo demuestra la Tabla 2.

Edad	Índice de Masculinidad
60 - 64	78,02
65 - 69	69,80
70 - 74	61,11
75 - 79	54,62
80 y más	39,22

**Tabla 2:** Índice de masculinidad en la Ciudad de Buenos Aires, República Argentina. Fuente: Adaptación de Dirección General de Estadística y Censos sobre la base de datos de los censos nacionales y Análisis Demográfico 30 – INDEC.

El envejecimiento es un fenómeno poblacional y una experiencia individual considerada como positiva expresión del desarrollo de la humanidad que propone un desafío a la ciencia y a las sociedades para el logro de calidad de vida a sus componentes.

Este fenómeno irreversible conlleva a que los sistemas de protección social comiencen a crear herramientas con la finalidad de responder a mayores demandas de los ciudadanos envejecidos con menores recursos y de acuerdo a sus derechos.

El envejecimiento como un proceso dinámico y multidimensional se realiza a lo largo de la vida de los seres humanos y se encuentra afectado por factores endógenos y exógenos determinantes de heterogeneidades subjetivas como heterogéneos son los individuos.

Para las mujeres, desde su infancia “la vejez” adquiere connotaciones negativas que no hacen deseable esta etapa vital, lo cual obstaculiza imaginarla anticipadamente como etapa vital placentera.

La relación cultural entre vejez y enfermedad en la sociedad occidental ha aportado a la biomedicalización de la vejez y a la infravaloración de los determinantes sociales de la salud tales como el nivel de ingreso, el nivel educativo, la inserción laboral, el saneamiento ambiental, el estado nutricional, el estilo de vida, la

integración social, entre otros. Dichos factores entrelazados a la biología y a la historia personal establecen la salud de cada sujeto y de su comunidad independientemente de las características y organización de los sistemas de atención médica.

Develar la construcción social y los valores culturales que sustentan los factores limitantes de la vida de las mujeres en los ámbitos afectivos, culturales, sociales, económicos y políticos permitirá reducir los consecuentes efectos negativos que ellos provocan en su bienestar durante todo el curso vital.

Para caracterizar la construcción cultural de género en función de la edad se deben identificar claramente los procesos intervinientes que dan forma a políticas de salud homogéneas sin considerar la diversidad de género existente entre las personas mayores. Así mismo, es importante modificar los programas de salud para mujeres, dado que por lo general se encuentran focalizados en su capacidad reproductiva, y en ocasiones, determinados por intereses comerciales de laboratorios que pugnan por medicalizar los cambios físicos femeninos, como es el caso del tratamiento de la menopausia.

La salud femenina no debe limitarse a atender los cambios físicos ni reproductivos en la mujer, sino que debe abordarse de un modo integral considerando sus particularidades y especificidades.

El sistema de género en una organización social como la occidental origina una escisión y especialización según roles que producen inequidades sociales y truncan las posibilidades de desarrollo integral de las personas.

En este trabajo se propone desarrollar una teorización histórica y plural bajo el paradigma de la complejidad, que permita dar lugar a un cuestionamiento de las creencias instituidas e instituyentes durante el proceso de socialización.

Para ello se articularán los conceptos de envejecimiento poblacional, vejez, género, representaciones sociales y salud con el objetivo de exponer y definir los núcleos centrales de reflexión acerca de los mismos. Estos núcleos centrales de reflexión darán lugar a la generación de ejes que proporcionarán nuevas alternativas para debatir acerca de lo establecido dentro de las políticas públicas de protección social.

El abordaje logrado permitiría un marco referencial para la planificación y elaboración de estrategias y para el diseño de tácticas que hagan de la salud en la vejez una meta posible de alcanzar y sostener interdisciplinariamente durante el curso vital.

Para una efectiva gestión de políticas públicas cimentada en valores, se debe comprender cómo las vidas de las cohortes envejecientes fueron afectadas por el tiempo social, evidenciando las demandas reales y las posibles respuestas que las satisfagan. Debido a la existencia de experiencias de vida temprana configuradas por hechos históricos y sustentadas en relaciones familiares con expectativas diversas y diferentes relaciones con las instituciones, debe evitarse considerar a las diferentes cohortes como un colectivo homogéneo.

El apoyo y la asistencia a parientes pueden comprenderse en el contexto del transcurso vital, pues las normas culturales estipulan las transiciones y las obligaciones familiares que resultan afectadas por los cambios históricos.

El espectacular aumento de la esperanza de vida conquistada durante el siglo XX ha modificado la posición subjetiva de las personas durante el curso vital, ya que las mismas deben otorgar un nuevo significado a los años por vivir. Para ello se hace necesario anular las imágenes negativas y reduccionistas que asocian estos años por vivir a un proceso ineludible que conduce a la enfermedad y la dependencia.

## **Vejez**

La última etapa de la vida humana suele definirse a través de la inclusión de representaciones sociales y de características que la diferencian de etapas vitales anteriores. Si se generalizan sus particularidades sobresalientes, se corre el riesgo de provocar la aparición de estereotipos.

La vejez habitualmente se describe a través de una enumeración de decrementos y se la relaciona con la discapacidad y pasividad, conceptos contaminados de mitos y prejuicios.

Se han planteado teorías que tratan de dar respuesta al fenómeno del envejecimiento humano desde lo psicológico, lo biológico, lo social y lo espiritual. Las mismas tienden a ser más descriptivas que explicativas y parten de los aspectos disímiles de las personas mayores. Lamentablemente, ninguna de estas teorías ha logrado un consenso hasta el momento.

Dada la complejidad del tema, en los últimos años se han creado teorizaciones multidisciplinares que determinan los límites y las dimensiones del objeto de estudio denominado Vejez.

El proceso de envejecimiento presenta peculiaridades de acuerdo al género, la historia de vida, el momento histórico, el nivel socioeconómico y educativo y a las estrategias que haya implementado la persona para resolver su cotidianidad.

No es factible hablar de vejez sin referirla al contexto sociohistórico del sujeto, lo que nos permite afirmar que no podemos generalizar “la vejez” como una etapa común a todos los sujetos envejecientes y envejecidos.

El concepto de vejez está estrechamente vinculado al tiempo y cómo ese tiempo va perfilando su impronta en los seres humanos. Los seres humanos son atravesados por el tiempo, viven un determinado tiempo, comparten un contexto en un tiempo, coexisten en una dada ventana temporal, y construyen saberes en un tiempo social y cultural.

La mayor expectativa de vida en un mundo con cambios acelerados genera que las personas de más de 65 años deban atravesar en su trayectoria vital por avatares tan abruptos que pueden provocar que se sientan excluidas del tiempo social y cultural. Potenciar la capacidad de adaptación o flexibilidad permite concebir compensaciones ante la pérdida de normas que anteriormente regían sus modos de vincularse.

Suele relacionarse el ingreso a la vejez con la jubilación o el cambio de rol que estipula dejar el mundo productivo de bienes de intercambio para ser un mero consumidor de satisfactores de necesidades básicas y servicios.

El paradigma del transcurso de la vida establece que para la vejez, como las otras etapas, los sujetos y familias deban entrar y salir de ocupar diferentes roles de acuerdo al tiempo social. Por lo tanto en cada sujeto hay una sincronización del “tiempo individual”, “el tiempo familiar” y el “tiempo histórico” sustentado en las primeras experiencias de la vida y en el efecto que las condiciones históricas tuvieron en las experiencias subsiguientes.

## **Género**

Así como el sexo es un hecho biológico, el género comprende los roles que la sociedad crea y atribuye a hombres y mujeres, aplicando diferentes normas sociales y expectativas culturales para cada sexo. Las mismas son adquiridas durante la socialización infantil y conservadas por las instituciones sociales que atesoran lo que es típico y deseable para hombres y mujeres, funcionando como un libreto en la evolución de su personalidad. Dicho libreto marca una disposición que influye en la selección, significado subjetivo y satisfacción de los roles sociales.

El género no puede definirse mediante las categorías fijas de hombre y mujer, sino que debe hacerse a través de una serie de relaciones productivas posteriormente transcritas durante la interacción social.

El género es un principio básico de la organización de la sociedad que estructura los roles y el acceso a los recursos personales, sociales, y materiales de forma diferente para hombres y mujeres. Las diferencias en los patrones de acceso influyen claramente en las condiciones de salud y enfermedad, que se manifiestan en exposiciones, vulnerabilidades y respuestas al estrés, así como en trayectorias de enfermedades específicas femeninas o masculinas.

Cuando el ámbito doméstico y el público se encuentran distanciados, las desigualdades de género se acentúan y el trabajo y la propiedad se diferencian más. Las consecuencias personales y psicológicas de la posición subordinada de la mujer se derivan del vínculo que ha tenido con el trabajo y la producción.

Se puede definir al género como un conjunto de referencias de una forma primaria de relaciones significativas de poder que estructura la organización de la interacción social y la percepción simbólica de las mismas.

Durante la segunda mitad del siglo XX se inició un acelerado proceso de cambio en los roles de género, promoviendo el análisis de la conceptualización de lo masculino y lo femenino para conocer su influencia en la conducta y en las actitudes personales.

La posibilidad de diferenciar para cada género las necesidades sociales y educacionales, dentro de las cuales se encuentra el acceso a los sistemas de salud, se inicia con la identificación y análisis de las desigualdades que surgen por ser hombre o mujer y de los desequilibrios en las relaciones de poder entre ambos. Por lo tanto, la relación entre los sexos no es natural sino social.

No se cuenta con resultados validados que expliquen la mayor expectativa de vida de las mujeres en casi todos los países. No existen evidencias con respecto a la prevalencia de tasas de morbilidad, discapacidad y cronicidad en mujeres mayores de 80 años.

La mayor expectativa de vida de las mujeres no siempre está asociada a su calidad. Los cálculos de la Organización Mundial de la Salud [19] sobre 31 países de América Latina y el Caribe advierten que en 2010 los hombres vivían en promedio más años libres de discapacidad que las mujeres, quienes tenían una esperanza de vida carente de buena salud de 10 años, mientras que en los varones era de 8 años.

Se han mencionado causas biológicas, relacionado el peor estado de salud de la mujer con el ejercicio de roles sociales desfavorables, y se ha relativizado el tema señalando que en distintos países se observan realidades que difieren, lo cual ha derivado en la feminización del estudio del envejecimiento.

Los determinantes sociales de la salud de los hombres y mujeres se han examinado desde distintas perspectivas, incluyendo la diferencia entre hábitat rural y urbano.

En el hombre se ha investigado la clase social y la ocupación, mientras que en la mujer se ha priorizado el estudio de sus roles sociales como esposa, madre, y

trabajadora, dando mayor relevancia a los roles familiares que al empleo o al rol adicional.

Enriquecería discurrir sobre los diversos factores determinantes de las transiciones de la vida en el género femenino, ubicando el lugar que ocupan dichas transiciones en la vida de una mujer y su vinculación con otras transiciones experimentadas por otros familiares.

Se debe encuadrar a la mujer en las condiciones históricas y en los diferenciales de cohorte, y desde allí repensar su función social. Con dicha información previa se podrá proyectar un sistema de servicios de protección social adecuado para que ser mujer no sea un factor de riesgo generador de una vejez con deterioro.

Surgen así una serie de cuestiones que en este momento carecen de respuesta: ¿Cuándo es vieja una mujer? ¿Dónde? ¿Cómo organizan sus transiciones dentro de la familia y dentro del ámbito laboral en las actuales condiciones históricas? ¿Qué impacto tienen las normas sociales y culturales en esa organización?

Eduardo Galeano [6] ejemplifica lo antedicho a través de su poema *La cultura del Terror 3*:

*Sobre la niña ejemplar:*

*Una niña juega con dos muñecas*

*y las regaña para que se queden quietas .*

*Ella también parece una muñeca,*

*por lo linda y buena que es y porque a nadie molesta.*

## **Representación social**

Las representaciones sociales son un conjunto de conceptos, proposiciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana a través de intercambios y comunicaciones entre individuos. Son equivalentes a los mitos y sistemas de creencias y pueden definirse *como el sentido común*.

Según Moscovici [11] las representaciones sociales son un sistema de ideas y prácticas que funcionan estableciendo un orden que permite a los individuos orientarse en su mundo social y material y operar en el mismo. Son conjuntos dinámicos que producen comportamientos y relaciones con el entorno que modifican al sujeto y su medio. En este contexto las personas son concebidas con capacidad de construir un mundo y modificarlo a través de sus prácticas sociales.

Las representaciones sociales conforman sistemas cognitivos en los que se puede detectar la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas, y no hay un corte entre el universo exterior y el universo de las personas o de los grupos. El sujeto y el objeto no son heterogéneos en su campo común.

Las representaciones sociales permiten la comunicación entre los componentes de la comunidad a través de proveer códigos para definir claramente los aspectos diversos de su mundo y entender su historia personal y grupal. Habilita conocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por medio del cual las personas construyen y son construidas por la realidad social.

Por la relevancia de un tema y por la influencia del medio social, las personas se ven obligadas a opinar o a emitir un criterio, lo que a su vez incide en las actitudes que se adoptan ante el foco de atención [11].

Las representaciones sociales se construyen a partir de una serie de materiales de diversas procedencias: el fondo cultural acumulado en la sociedad a lo largo de su historia que circula bajo la forma de creencias ampliamente compartidas, los valores considerados básicos, las referencias culturales históricas constituyentes de la memoria colectiva, y la identidad de la sociedad y de los sujetos que la componen.

Las representaciones sociales se materializan en las diversas instituciones y caracterizan el conjunto de condiciones económicas, sociales, históricas, el sistema de creencias y de valores sociales.

Las concepciones de género están atravesadas por una cultura milenaria de relaciones de poder que pueden abordarse desde la perspectiva de las representaciones sociales para entender de forma más profunda y crítica las

razones por las que en la sociedad se siguen manifestando prácticas que no habilitan relaciones igualitarias entre las mujeres y los varones.

Las representaciones sociales se constituyen como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que mujeres y hombres actúan en el mundo.

El mecanismo de anclaje atañe a la forma en que los saberes y las ideas acerca de determinados objetos entran a formar parte de las representaciones sociales de dichos objetos mediante una serie de transformaciones específicas.

El mecanismo de objetivación concierne a la incidencia de las estructuras sociales sobre la formación de las representaciones sociales y de la intervención de los esquemas ya constituidos en la elaboración de nuevas representaciones. Dichos mecanismos actúan conjuntamente y sirven para guiar los comportamientos. Una representación social naturalizada y anclada, es utilizada para interpretar, orientar y justificar los comportamientos.

### **Las representaciones sociales de género**

El contraste entre lo femenino y lo masculino ha constituido diferencias claves para que los seres humanos se identifiquen como personas, para organizar las relaciones sociales, para simbolizar los acontecimientos y significar los procesos naturales y sociales.

Un rasgo constante en las representaciones sociales de género es que vehiculizan un saber y una construcción social de las categorías de sexo destinadas a mantener relaciones de supremacía y de dominación de parte de un sexo, que suele ser el masculino.

Las diferencias entre los sexos se convierten en el sexo natural o biológico, y éste a su vez se vuelve el principio explicativo que permite justificar las desigualdades entre los sexos [11].

Las representaciones sociales de género se presentan en todos los ámbitos de la vida, actuando como imperativos en el ordenamiento de las relaciones sociales mediante un discurso social. Este discurso se sustenta en la existencia de dos sexos y normatiza que los cuerpos considerados como masculino y femenino, actúen con los códigos sociales y culturales asignados respectivamente, lo que hace que las prácticas sociales tengan un significado distinto para mujeres y hombres, pues están siendo leídas desde discursos diferentes.

Se construye la feminidad y la masculinidad como un conjunto de rasgos reificados que operan en la representación social de sí, en la representación social de *los otros* y *las otras*, así como en las representaciones sociales de los grupos sociales en general.

Las representaciones sociales sobre la feminidad y la masculinidad funcionan permanentemente en la vida cotidiana permitiendo no sólo la comunicación y la actuación en el mundo de las mujeres y de los hombres, sino también el enjuiciamiento y la calificación de esa actuación.

La polaridad “masculino/femenino” fue y sigue siendo un tema central en casi todas las representaciones de la sexualidad. Las representaciones sociales son pensamiento constituyente y pensamiento constituido, por lo que las representaciones sociales de género afectan la construcción subjetiva y además la representación subjetiva del género, es decir que la auto-representación afecta su construcción social.

Si bien la realidad social está compuesta por representaciones de género, también es cierto que cuando dichas representaciones integran las innovaciones modificándolas y viéndose modificadas por ellas, no están actuando como un producto “ya hecho”, sino como un mecanismo que está en construcción, al mismo tiempo que ejerce una actividad constructora.

Por lo tanto las representaciones sociales de género no son aceptadas pasivamente, sino que las personas al ponerlas en práctica introducen cambios que las modifican. Dicha modificación no es inmediata pues existen obstáculos de orden social en virtud que los hombres tienden a mantener los privilegios psíquicos

derivados de la división genérica incorporando las representaciones sociales en el sistema cognitivo como lo natural y lo supuestamente dado. Esto es, constituyen una realidad ontológica para las personas, lo cual hace que tanto hombres como mujeres las cuestionen sólo en circunstancias muy concretas.

El conocimiento del sentido común, base de las representaciones sociales, no sólo se construye a partir de las experiencias personales. Incorpora además las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que las personas reciben de la tradición, la educación y la comunicación social. El abordaje implica entonces el conocimiento de los contenidos que le son asignados a los conceptos de mujer y de hombre.

A la mujer le son asignados los conceptos de maternidad, cuidado de la familia, y si bien es posible identificar elementos estereotipados o prejuiciados en temas muy particulares (los juguetes diferenciados, por ejemplo), lo cierto es que el impacto del discurso de la maternidad, y más particularmente el cuidado y atención de los hijos e hijas, es el aspecto medular por el que la equidad entre los géneros se encuentra condicionada. Esta legitimación se logra por medio de la valoración social de la maternidad.

Los roles sociales son un producto cultural que asigna a las mujeres el rol de cuidadoras y a los hombres el de proveedores. Tal comportamiento tradicional históricamente presentado no posee ninguna evidencia que indique que cuidar y proveer sea inherente a la respectiva condición biológica de las mujeres y de los hombres.

En el caso de la equidad de género, hay elementos que fueron integrados y que lograron modificar los aspectos periféricos, es decir, los elementos que rodean el núcleo. Sin embargo, en esencia, el núcleo figurativo acerca de las relaciones entre mujeres y hombres continúa invariable debido al culto que en las sociedades occidentales se le otorga a la maternidad, lo cual, a su vez, se funda en el fondo cultural acumulado en la sociedad y en las prácticas sociales en general.

La maternidad y la consiguiente naturalización de que la madre sea la que cuide a la prole aunque ello signifique limitar su participación en la vida social, no genera

conflictos en el orden de la valoración simbólica, sino que por el contrario en las sociedades occidentales y en especial en las latinoamericanas goza de aprecio y consenso social. Ello hace que las diferentes instituciones sociales transmitan un concepto de madre que puede no coincidir con los hechos sociales, pero que encuadra en esta naturalización de los roles logrando que los mismos se perpetúen y reproduzcan.

El rol de principal cuidadora de las mujeres durante en el curso vital se ejerce hasta el riesgo de la morbilidad en la vejez. Los interrogantes se multiplican: ¿En qué momento una mujer envejecida trasciende su función de cuidadora para ocuparse del autocuidado? ¿Qué servicios debemos brindar para apoyar esa transición? ¿Para qué número de mujeres debemos implementarla? ¿Cómo se evalúa económicamente? ¿Cuál es el costo de apoyar el autocuidado y el costo de la posible dependencia e institucionalización femenina después de los 70 años?

## **Salud**

Dados los cambios sociales y demográficos debemos referirnos a la salud abstrayéndonos de la atención médica y de los sistemas de salud como la respuesta que la sociedad ofrece a la enfermedad o a la amenaza de falta de salud.

Los cambios en la estructura demográfica que determinan el envejecimiento poblacional provocan profundas consecuencias sobre los perfiles epidemiológicos, ya que modifican los patrones de enfermedad, discapacidad y muerte. Por lo tanto podemos afirmar que la transición demográfica es condicionante de la transición epidemiológica.

Se denomina Transición Epidemiológica (TE) al paso de una estructura mórbida donde predominan las infecciones intestinales y enfermedades respiratorias que afectan a toda la población desde la más temprana infancia, a una estructura donde predominan la enfermedad cardiovascular (ECV), el cáncer (CA) y el accidente cerebrovascular (ACV), que afectan fundamentalmente a los adultos mayores.

Sobre el fenómeno de transición epidemiológica actúan factores independientes de la dinámica demográfica propiamente dicha, como por ejemplo los cambios en la incidencia en la producción de enfermedades que responden a factores de riesgo a consecuencia de cambios económicos, sociales y culturales que los procesos de desarrollo suelen traer aparejados, como es el caso del aumento de los accidentes, de los hechos violentos y de los problemas relacionados con la reproducción.

Otro tipo de factores como la evolución biológica humana y las mutaciones genéticas son también agentes de producción de cambios en la incidencia de las enfermedades. Por ejemplo la contaminación del medio ambiente influye sobre la salud de toda la población.

Sin embargo, se han realizado estudios que demostrarían que los trastornos provocados por la contaminación afectan más a las mujeres debido a la mayor proporción de tejido graso en su organismo. Las sustancias químicas tóxicas se fijan en la grasa, lo cual sumado a la inestabilidad hormonal, explicaría el síndrome de hipersensibilidad química múltiple (SHQM), entre otras patologías.

Podríamos acercarnos al concepto de salud afirmando que es un complejo equilibrio que comprende a la totalidad de la persona dependiente de la interacción de los factores biológicos, emocionales, sociales, económicos, ambientales vinculados al tiempo histórico, social y subjetivo de las familias, de las comunidades, de su presente y de sus proyectos a futuro.

Se considera generalmente que en los países occidentales el estado de salud de la población está condicionado por cuatro factores [3]:

- a. La biología o la herencia, en un 27% aproximadamente.
- b. El medio ambiente en un 19 % aproximadamente.
- c. Los estilos de vida en un 43% aproximadamente.
- d. El sistema sanitario en un 11 % aproximadamente (aunque consume el 90% de los recursos de salud).

La salud en el envejecimiento es abordable desde diferentes vertientes. La *vertiente poblacional* tiene en cuenta lo que ocurre a nivel macrosocial (censo poblacional, número de sujetos que están en determinado rango de edad, número de hijos por cada mujer en edad fértil, cantidad de personas con cobertura de la seguridad social y médica, ingreso per cápita etc.)

La *vertiente individual* parte del conocimiento de cómo las personas envejecen o qué cambios existen a lo largo de la vida o con el paso del tiempo.

La *vertiente ecológica* analiza cómo influirán en las formas de envejecer las condiciones ambientales, económicas, culturales y sociales en un determinado contexto histórico. Propone la intervención adecuada sobre los alcances no deseables de dicha relación.

## **Integración**

En Grecia se nombraba al varón mayor (*geros*) y a las mujeres mayores (*graus*). Tal como ha sucedido en múltiples oportunidades, la cultura patriarcal ha determinado que el término para referirse a la disciplina que estudia el proceso de envejecimiento y la vejez, la gerontología, provenga del masculino *geros*.

Reflexionando sobre los multivariados aspectos del envejecimiento humano este trabajo propone una integración de lo conceptualizado en el presente que evidencie la necesidad de aplicar la perspectiva de género en las políticas públicas.

La conceptualización de género articulada con representaciones sociales nos permite afirmar que los valores patriarcales inculcados desde la infancia afectan las actitudes de hombres y mujeres a lo largo de toda su vida. Dichos valores suelen reflejarse en leyes contrarias a los derechos y acciones de las mujeres que se profundizan por la globalización, el desarrollo económico desequilibrado y los problemas sociales.

“Setenta por ciento de los 3.000 millones de pobres del planeta (es decir la mitad de la población mundial) son mujeres y niñas. Dos terceras partes de los analfabetos

son mujeres. Bernardo Kliksberg cree que ha habido importantes avances en la condición de la mujer en los últimos cincuenta años, pero los desafíos pendientes son de gran consideración: la discriminación y la exclusión a la mujer, ya han durado demasiado tiempo en el mundo –alerta- y es hora de erradicarlas entre todos” [24].

Sumamos a estas cuestiones el fundamentalismo, la violencia, las guerras, el VIH/SIDA y las cuestiones ambientales (como la degradación del medio ambiente, la contaminación, los desastres y el cambio ecológico). Todas estas tendencias plantean la necesidad de recopilar información y darla a conocer a la comunidad internacional para crear políticas proactivas que reduzcan la brecha existente en la calidad de vida de las mujeres.

El rol de cuidadora y la mayor expectativa de vida femenina establecen que los ancianos frágiles reciban el cuidado de sus cónyuges (mujeres de edad avanzada) mientras que las ancianas deban recurrir a sus hijas o nueras (mujeres de mediana edad o más), quienes experimentan así un exceso de estrés. Con respecto a dicho rol el pensador español Manuel Castells, resalta: “Si las mujeres que no hacen nada, dejaran de hacer sólo eso, toda la estructura urbana como la conocemos sería incapaz de mantener sus funciones” [24].

En nuestro país es muy baja la proporción de adultos mayores institucionalizados, y la solidaridad familiar sigue siendo su principal soporte. La inversión realizada en la educación de los hijos se convierte entonces en el sostén más importante y seguro.

Si la situación económica lo permite, las mujeres de zonas urbanas con autonomía en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) al enviudar (dada su mayor longevidad) suelen elegir habitar en un hogar unipersonal.

Por el contrario, los hombres mayores tienden a vivir en hogares nucleares unigeneracionales y ante la viudez forman pareja nuevamente.

En las zonas rurales la mujer de edad avanzada suele vivir en familias extendidas o es incorporada a la familia de los hijos, en la cual brinda y recibe contraprestaciones de asistencia y cuidado. De esta forma, la cohabitación reduce los costos fijos de la vivienda y permite compartir todos los recursos.

En los hogares urbanos argentinos, el 68 % de los viejos que comparten su vivienda con personas de otras edades que no son sus cónyuges, presentan como característica que los convivientes dependen de sus ingresos [8]. Las mujeres solas en su mayoría son las que normalmente reciben a sus hijos en el hogar luego de la crisis del 2001, siendo en muchos casos víctimas de posteriores abusos y maltrato.

La cobertura en salud es otra de las áreas relevadas por el Censo 2010. En la República Argentina, del total de los encuestados, el 63,9% declaró tener cobertura, lo que significa un crecimiento de 12% en referencia a 2001. Algunos guarismos interesantes señalan el incremento de las mujeres como jefas de hogar: de un 27% de jefaturas femeninas en 2001 se pasó a un 44% en 2010.

El Censo 2010 informa que el 93 % de la población mayor de 65 años que reside en Argentina percibe una jubilación o pensión y dispone de cobertura del sistema de salud, lo que significa un crecimiento de más de un 20% en relación a 2001.

Un grupo de investigadores realizó un trabajo con el objetivo de elaborar un diagnóstico sobre la aplicación de la perspectiva de género en el campo de la salud y presentó las siguientes conclusiones [2]:

“Este primer estudio sugiere que a pesar del creciente reconocimiento del papel del sexo y del género en los patrones de salud-enfermedad y de acceso a los servicios de atención la perspectiva de género ha sido escasamente incorporada como un componente relevante en los diversos temas de investigación. Si desean abordarse las tareas de investigación en salud con ánimo de conocer la realidad de manera integral y objetiva es importante promover la aplicación de la perspectiva de género lo cual podría hacerse a través de los comités de investigación de las instituciones que realizan y brindan financiamiento para la investigación en salud Asimismo, sería conveniente tender puentes entre las diferentes disciplinas para combinar metodologías cuantitativas y cualitativas que permitan profundizar el análisis de las diferencias por sexo y las desigualdades según género , con el fin último de contribuir a conocer las inequidades entre mujeres y hombres en salud y en atención en nuestra sociedad”.

## Diferencias gerontológicas de género por indicadores de salud

Apropiándome de la convocatoria hecha en [2], asumo la necesidad de articular los conceptos de género, vejez, representaciones sociales y salud teniendo como marco teórico el paradigma del curso vital y los resultados informados en [21]. La Tabla 3 presenta los indicadores de salud gerontológicos diferenciados por género.

El principio de la *salud integral como derecho* aplicando el paradigma del curso de la vida puede integrar estos indicadores en programas que motiven y eduquen a los ciudadanos para convertirse en gestores activos de su propio bienestar. Dichos programas brindarán:

- a. Información sobre la salud entendida como resultado de un proceso permanente de cuidado y autocuidado integral.
- b. Nociones sobre el hábitat, el entorno y las especificidades de cohorte.
- c. La posibilidad de abordar la longevidad saludable desde la promoción y la prevención primaria.
- d. Aportes para estrategias basadas en las diferencias de género a nivel individual y comunitario transformando las inequidades a través del conocimiento de los derechos.
- e. Contribuciones al fortalecimiento del Tercer Sector en acuerdo con las políticas públicas.
- f. Una oportunidad para visualizar la urgente necesidad de capacitar a profesionales de atención primaria en un enfoque de especificidad de género que responda a preocupaciones concretas de hombres y mujeres envejecientes, priorizando su tratamiento en agenda pública.

VARONES	MUJERES
Mayor mortalidad (60 y más años)	Mayor morbilidad (60 y más años)
Mejor autopercepción de salud.	Mayor conciencia de autocuidado.
Menor utilización de los servicios de salud.	Alta utilización de los servicios de salud.
Menor registro de la vulnerabilidad.	Mayor registro de la vulnerabilidad.
Baja tasa de depresión y alta tasa de suicidios.	Alta tasa de depresión y baja tasa de suicidios.
Disminución del consumo del tabaco.	Aumento del consumo del tabaco.
Estabilización de enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco.	Aumento de enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco.
El estado civil es un factor protector.	El estado civil es un factor de riesgo.
Mayor nivel de educación (60 y más años).	Menor nivel de educación (60 y más años)
Menor estado de viudez.	Mayor estado de viudez.
Reciben más apoyo social del que aportan.	Aportan más apoyo social del que reciben.
Se sienten más comprendidos por sus parejas.	Se sienten menos comprendidas por sus parejas.
Aprenden con la edad a valorar las relaciones sociales.	Valoran más las relaciones sociales desde la infancia.
Poca estabilidad en las relaciones sociales.	Estabilidad en las relaciones sociales.
Mayor presencia en el mercado laboral.	Menor presencia en el mercado laboral.
Mayores ingresos propios.	Menores ingresos propios.
Menor recurrencia a la familia ante problemas económicos, de salud y maltrato.	Mayor recurrencia a la familia ante problemas económicos, de salud y maltrato.
Padecen con el retiro laboral.	Padecen menos el retiro laboral.
Duplican a las mujeres los que tienen trabajo estable luego del retiro	Luego del retiro dedican su tiempo a las tareas del hogar.

**Tabla 3:** Indicadores de salud de diferencias gerontológicas de género.

VARONES	MUJERES
Luego del retiro el 50% realiza excursiones, paseos, hace gimnasia.	Luego del retiro el 50% realiza actividades comunitarias, cuida la familia y estudia.
Duplican a las mujeres en informarse por la lectura de diarios.	Aventajan a los hombres en informarse por la televisión.
Menor cantidad habitando en hogares unipersonales.	Duplican a los hombres habitando en hogares unipersonales.
Concurrencia reducida a los servicios religiosos.	Duplican a los hombres en la concurrencia a los servicios religiosos.
Son el 36 % del total de beneficiarios de <u>Pami</u> mayores de 60 años.	Son el 64 % del total de beneficiarias de <u>Pami</u> mayores de 60 años.
Son el 24 % de beneficiarios de <u>Pami</u> de 60/64 años.	Son el 76 % de beneficiarias de <u>Pami</u> de 60/64 años.
Son el 27 % de beneficiarios de <u>Pami</u> de 90 y más años.	Son el 73 % de beneficiarias de <u>Pami</u> de 90 y más años.
Son el 41 % de residentes en instituciones geriátricas.	Son el 59 % de residentes en instituciones geriátricas [20].
El 63,7% de residentes en instituciones geriátricas son no dependientes.	El 53,3% de residentes en instituciones geriátricas son no dependientes.
El 36,3 % de residentes en instituciones geriátricas son dependientes.	El 46,7 % de residentes en instituciones geriátricas son dependientes.

**Tabla 3 (Cont.):** Indicadores de salud de diferencias gerontológicas de género.

## **Propuestas**

En base a lo presentado anteriormente, se propone abordar la temática desde una visión académica y desde una perspectiva de gestión.

Desde lo académico se plantea:

- a. Reflexionar sobre la interacción del género femenino con la producción de bienes de consumo promoviendo experiencias sociales e históricas que reproducen la dominación masculina.
- b. Actuar sobre las diferentes condiciones de socialización de las mujeres y de los varones desde la infancia para propiciar un buen envejecimiento.
- c. Crear comités que articulen investigación sobre género, vejez, representaciones sociales y salud teniendo como marco teórico el paradigma del curso vital.
- d. Intervenir mediante concientización sobre las representaciones sociales de género, salud y vejez durante el curso vital.

El análisis de la gestión permite establecer como objetivos:

- a. Aplicar el paradigma del curso de la vida y los conceptos de vejez, género, y representaciones sociales en la creación de programas de salud integral para construir evidencia que permita una efectiva intervención en salud,
- b. Crear planes de salud sustentables y regionales tomando en cuenta dicha evidencia.

## Referencias

1. Barca, R; Oddone, M.J.; Salvarezza L. (2000) "Actualización del debate internacional sobre la problemática del envejecimiento y la vejez" en Informe sobre La Tercera Edad en la Argentina. Buenos Aires.
2. Ceron Mireles Prudencia y otros,(2006) Aplicación de la perspectiva de género en artículos publicados en cuatro revistas nacionales de salud, México, 2000-2003 en Salud Pública de México, julio –agosto ,Volumen 48 N°00 4. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca México.
3. Dever, A, 1993,"La epidemiología aplicada a la planificación de los Servicios de Salud, en OPS "La demografía como herramienta de la epidemiología.
4. Diano, L (1991) "Antropología y ancianidad "en Knopoff, R y Oddone, M. J. (comp.) Dimensiones de la Vejez en la Sociedad Argentina CEAL, Buenos Aires.
5. Fries, J.F.(1989) "Aging natural death and the compression of morbidity". New England Journal of Medicine 303.
6. Galeano, Eduardo. (2000) El libro de los abrazos. Catálogos. Argentina.
7. Gastrón, Liliana (1999) "Y que cumplas Muchos más "en La Aljaba, Segunda época, Revista de Estudios sobre la mujer. Volumen IV, Publicación anual conjunta de las Universidades Nacionales de Luján, La Pampa y Comahue, Integrada a la Red de Editoriales Universitarias (REUM ).
8. Guzmán, José Miguel (2002), "Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe" División Población. (CELADE) Chile.
9. INSERSO, (2003) "La madurez de las masas", Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Observatorio de Personas Mayores. Madrid.
10. Lehr, U. (1980) "Psicología de la Senectud", Herder , Barcelona.
11. Moscovici. Sergio. (1998) Psicología Social II. Barcelona. Paidós
12. Naciones Unidas (2002) Documentos de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, Madrid.
13. Necchi, Silvia (2000)"La cuestión de género y su vinculación con el campo de la salud" en Medicina y Sociedad Volumen 23-Nº 3 –Julio-Septiembre 2000. Buenos Aires.
14. Neugarten, Bernice (1999) "Los significados de la Edad" Herder, Barcelona.
15. Oddone, Maria Julieta (1998) "La vejez en la educación básica argentina" en Salvarezza, L. (comp.) La vejez, una mirada gerontológica actual. Paidos. Buenos Aires.
16. Oddone, M. J., Salvarezza L. (2001) "Caracterización Psicosocial de la Vejez" Informe Sobre la Tercera Edad en la Argentina (2001). Secretaría de Tercera Edad y Acción Social. Buenos Aires.
17. Oddone, M. J. (1996) "Vejez, Pobreza y Vida Cotidiana." ILAPS.
18. OPS (1994)" La atención de los ancianos: un desafío para los años 90" Wasghinton DC, Publicación Científica N° 546.
19. Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010, "Estadísticas sanitarias mundiales Ginebra, 2010.
20. Secretaría de la Tercera Edad y Acción Social "(2001) Encuesta sobre Adultos Mayores, Informe 1, 2, 3 Actitudes, Percepciones y Expectativas de las Personas de mayor edad.
21. SIEMPRO y PRESIDENCIA DE LA NACIÓN (2003) "Informe situación Social de los mayores de 70 años" 4/2003. Buenos Aires.
22. [http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/novedades/gacetilla\\_29\\_12\\_11.pdf](http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/novedades/gacetilla_29_12_11.pdf)
23. [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis\\_estadistico/areas\\_tematicas/poblacion/sexo\\_edad.php](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/areas_tematicas/poblacion/sexo_edad.php)
24. <http://spanish.safe-democracy.org/2006/03/26/la-pobreza-tiene-rostro-de-mujer/>
25. [http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/novedades/gacetilla\\_29\\_12\\_11.pdf](http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/novedades/gacetilla_29_12_11.pdf)



## **La atención quiropráctica al adulto mayor: hacia un diseño integral y de manejo multidisciplinario**

*César Iván Real Jiménez*

*“Una bella ancianidad es, ordinariamente, la recompensa de una bella vida”  
Pitágoras.*

### **Introducción**

Durante los últimos años, se han dirigido enormes esfuerzos desde las distintas disciplinas y profesiones para el análisis y la atención del adulto mayor. A partir de las metodologías aplicadas de las ciencias, se busca entender las características actuales de lo que se ha llamado “transición demográfica”, principalmente a partir de la inversión de la pirámide poblacional y el envejecimiento de la población mundial (1), situación nada sencilla para su análisis, y clasificación de tareas respecto a la planeación de un estudio desde las diversas disciplinas (2,3).

Existen factores múltiples que influyen en la vulnerabilidad de esta comunidad poblacional: la crisis económica y social, implica también una crisis de valores. (4). Desde las ciencias sociales, se ha abordado la concientización sobre la discriminación y marginación de que son objeto los grupos vulnerables, entre los que se encuentra el adulto mayor. (5,6). En 2002 la Asociación Médica Mundial elaboró la declaración de Hong Kong sobre el maltrato a los ancianos, generando una propuesta conocida como: Bioética sobre los Derechos del Anciano. (7) Otros materiales relevantes son la Declaración Internacional, Propuestas para prevenir el maltrato (8), los Derechos Humanos de las personas adultas en leyes locales, por ejemplo, la del Estado de Jalisco (9), así como diversas estrategias federales para atender a diversos grupos sociales que se encuentran en situación de vulnerabilidad (10).

Desde la filosofía de la salud, que tiene que ver con el examen de la integridad, posibilidad y capacidad que tiene todo ser humano para desarrollar todas sus capacidades y, no solo la ausencia de enfermedad.

El bienestar biopsicosocial no es alcanzable sino desde perspectivas ideales, ya que en la realidad es difícil considerar el grado de equilibrio total, máxime si la traducción del acceso a bienes y servicios fundamentales, se convierte al lenguaje monetario, donde una vez más los adultos son arrojados por su vulnerabilidad dentro de un grado de marginación. Este nivel incluye a la población ocupada cuyos ingresos se consideran muy bajos, que probablemente son insuficientes y limitados para cubrir la adquisición de bienes y servicios (11).

Por lo anterior, pensar en ¿cuánto cuesta la salud?, -como contribuyentes y como usuarios-, es un tema con gran complejidad. A pesar de la implementación de servicios de Salud Pública, como el Seguro Popular, aunado a servicios federales como el IMSS, el ISSSTE, o locales, como el ISSEMYM, la crisis económica, ha golpeado igualmente a las instituciones, resultando en una brecha enorme de la planeación a la implementación en el día a día y en cada consultorio. En tanto que, la situación que guarda el cuidado médico al adulto mayor en aspectos como el de la calidad en la atención, la falta de medicamentos y tratamientos efectivos y oportunos, la burocracia, falta de tecnología y de personal capacitado, son recurrentes en los reclamos de usuarios y derechohabientes.

La crisis económica y de las instituciones, ha agudizado la situación de los más expuestos. La crisis sociales y de valores se hace más latente en situaciones de guerra y de violencia, como la que sucede actualmente. Las asignaciones presupuestales para las prioridades nacionales, hace tiempo que colocan en últimos lugares a la educación, la investigación y la inversión en salud pública (12,13), muchos millones para unos pocos recursos para la atención de los servicios de salud a grupos vulnerables, quedan rezagados por gastos en Seguridad Nacional, infraestructura, comunicaciones y lo que demanda la Democracia: campañas, elecciones, gastos de funcionarios, entre otros.

Dicha desigualdad, refleja la urgencia de las distintas disciplinas, no solo para interpretar y analizar el contexto actual, sino para invertir esfuerzos en la búsqueda de propuestas constructivas, que involucren la participación común en soluciones sociales, sobre problemas y situaciones emergentes, en planificación y preparación para el futuro (14). Este es el caso de las instituciones de salud y profesiones relacionadas: mejorar la calidad de vida, la integración y la participación de los adultos mayores, como un sector que va en crecimiento constante.

Es por ello que ha sido un gran logro que disciplinas como la Gerontología, la Quiropráctica y la Acupuntura se encuentren en este momento a nivel licenciatura en la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec (UNEVE) y en la Universidad Estatal del Valle de Toluca (UNEVT).

### **Transición demográfica como oportunidad para los profesionales de la salud**

A continuación algunos datos relevantes para el tema (2), en México, los hombres aumentaron su expectativa de vida de 64.0 a 73.1 años entre 1980 y 2010, mientras que las mujeres la aumentaron de 70.0 a 77.8 años en el mismo periodo. El grupo de las personas de la tercera edad registra el mayor crecimiento, ya que en dos décadas y media su población casi se duplicó en 6.4 millones de personas y su presencia relativa pasó de 4.3 a 5.9%.

La situación actual del adulto mayor dentro de las áreas de la salud se aborda desde muchas perspectivas. Si bien, aún prevalece el campo de la geriatría en parte por el estudio y la práctica de preceptos que desde esta área se desarrollaron para este grupo etario. Ahora bien, no solo para el área médica es fundamental el estudio sobre el envejecimiento, que se amplía a otras disciplinas como las que se refieren a continuación:

- Científica,
- Demográfica,
- Epidemiológica,
- Económica,
- Sociocultural y

- Personal (11).

Reportes recientes de la OMS (15), informan que el grupo adulto mayor es uno de los que presentan mayores rasgos de vulnerabilidad en situación de pandemia, por ejemplo en la pasada alarma sobre la influenza H1N1 como se refiere en la siguiente información, entre los grupos poblacionales más vulnerables a la influenza tipo A subtipo H1N1 se encuentran:

- ✓ [...] “en general, personas en los extremos de vida como niños entre 6 meses a 2 años y adultos mayores a 65 años de edad.
- ✓ Pacientes con afecciones crónicas de los sistemas pulmonar y cardiovascular.
- ✓ Pacientes con enfermedades metabólicas e insuficiencia renal.
- ✓ Niños o adolescentes que están bajo terapia prolongada con ácido acetilsalicílico (aspirina).
- ✓ Pacientes inmunodeficientes o bajo tratamiento inmunosupresor.
- ✓ Embarazadas que estén cursando su 2do - 3er trimestre de gestación.
- ✓ Niños en estado de riesgo como nacidos prematuros, especialmente aquellos con peso menor a 1.500 gramos”.

En el caso de esta epidemia, otros reportes indican que factores combinados, como la falta de diagnóstico oportuno y la morbilidad asociada son dos situaciones que multiplican los riesgos de contagio y decesos (16). Esto no es algo que desconozcamos, después de las grandes campañas mediáticas, que llevaron a la población a ser más conscientes sobre la importancia de la prevención. Aunque se hicieron enormes inversiones en fármacos cada vez más potentes, así como vacunas y campañas masivas, la influenza (estacional, aviar, porcina y sus demás variantes), no es la única circunstancia que demanda su atención. En el caso de los adultos mayores su situación es multifactorial.

Derivado del ejemplo de la influenza, si regresamos al caso del diagnóstico oportuno, nos encontramos ante una realidad importante: la atención pública, como la seguridad social, se encuentran rebasados, en personal como en recursos, para dar cabida a tantos padecimientos, debido a la afluencia masiva de usuarios de estos servicios, recayendo en una deficiencia en la atención de calidad. Existen casos en que estos aspectos orillan al paciente a consultar de manera privada con

otro profesional de la salud, o a utilizar remedios caseros, y en algunos casos a la automedicación. Cuando no se hacen gastos excesivos o se recurre a productos milagro, existe la opción a la consulta de la Medicina Alternativa o Complementaria.

### **El auge actual de la Medicina Alternativa y Complementaria y sus opciones para el adulto mayor**

Estudios (17-20), mencionan entre muchos factores por los que el paciente con dolor o padecimientos crónicos acuden a la Quiropráctica como a la Medicina Complementaria es la experiencia no grata de los efectos secundarios de tratamientos prolongados con fármacos y sus efectos colaterales, la insatisfacción con la medicina convencional, y la búsqueda de una atención más personalizada, por lo que algunas instituciones concluyen recomendaciones sobre el conocimiento y el tratamiento conjunto de la medicina convencional y la Medicina Paralela o Complementaria (21).

Otro de estos estudios, desarrollado en 2006 en México concluye que hay múltiples razones válidas para explicar no solamente la supervivencia de la medicina tradicional, sino además su éxito en el mundo actual, donde la ciencia y la tecnología han obtenido resultados sobresalientes, pero, a cambio, la biomedicina ha olvidado la complejidad de la vida humana cotidiana y el valor de la atención personal, la compasión, la comprensión, la empatía y el uso del mundo simbólico para la solución de los conflictos y problemas de salud propios de la humanidad (22).

En el fondo está la importancia que filosóficamente se da al individuo completo, integro, desde la visión holista: el ser energético, biológico, social y psicológico en un mismo individuo, de tal manera que los peligros que afectan a la salud, son vistos, no como un contagio, sino como una circunstancia de des-adaptación al medio. El proceso salud-enfermedad, es visto como la interacción de las diferentes esferas del individuo, y su sistema inmunológico al medio circundante, lo mismo el medio ambiente, como las personas y situaciones que lo rodean.

La capacidad de adaptación de cada persona, gracias a un sistema inmunitario en óptimas condiciones, un cuerpo en el mejor de los aspectos nutricionales y de funcionamiento físico, una psique en el mejor momento, sin estrés excesivo, sería el ideal del hombre saludable. Aquel que no importando su edad, recurra lo menos posible a fármacos, y que requiera lo menos posible de las cirugías, es el potencial que busca promover la medicina alternativa.

Lo que se hacía menester, en medida de los adelantos teóricos y tecnológicos, es que estas disciplinas desarrollaran metodologías más acercadas al método científico, de tal manera que su aplicación pueda ser evaluada, mejorada, y repetida la mayor de las veces con el mejor margen de efectividad y seguridad, y que pueda ser enseñada y ejercida de manera profesional. No solo para terminar con el escepticismo de la medicina hegemónica o clásica (23), sino para mejorar en lo sustancial la atención al paciente. Para esto, es que surgen instituciones, centros educativos y de investigación, que actualmente colaboran en esta tarea de la profesionalización de la atención clínica, como es el caso de la Quiropráctica, que de manera profesional en las últimas décadas ha mantenido y mejorado su presencia y credibilidad, por su metodología clínica profesional, así como ha dado un paso importante en lo que se ha llamado la medicina basada en evidencias.

### **El cuidado quiropráctico en el adulto mayor**

La quiropráctica es una disciplina de salud que hace hincapié en los poderes inherentes de recuperación del cuerpo para curarse a sí mismo sin el uso de medicamentos o cirugía. Además, los profesionales de la quiropráctica reconocen el valor y la responsabilidad de trabajar en cooperación con otros profesionales de la salud, buscando el mejor interés del paciente (24).

Como cualquier otra especialidad de la salud, la Quiropráctica está regulada por grupos colegiados y leyes oficiales que recomiendan apegarse a las normas locales de los países o estados y que la Organización Mundial de la Salud específica para

la práctica segura (25), así también por las Guías de Práctica Clínica hechas por paneles de expertos, de acuerdo a los principios de la MBE (26), a los que la profesión quiropráctica se ha adherido desde tiempo atrás y en las que participa como panel de expertos para el diseño y su puesta en práctica en el ámbito clínico.

El cuidado quiropráctico es un modelo de atención activa que es multifactorial, ya que puede incorporar la prevención, ejercicio, la promoción de la salud y el bienestar, junto con el alivio del dolor (basado en el tipo de cuidado, aunque no es el fin único), dentro de un plan de tratamiento organizado (27). De hecho, el enfoque al adulto mayor ha sido un tema de propuestas y programas de las distintas asociaciones de quiroprácticos como la ACA (Asociación de Quiroprácticos Americanos), que proponen cuidados específicos (28). Sin embargo, la quiropráctica no es el cuadro completo en el cuidado de la salud del adulto mayor. Desde hace algún tiempo, las necesidades de salud de los ancianos han sido atendidas, en paralelo, por una variedad de profesionales.

Los pacientes mayores instintivamente buscan la atención de varios profesionales de la salud. Se puede ver al médico alópata para chequeos periódicos y sugerencia de medicamentos, un nutriólogo para recomendar una dieta individualizada, a un dentista, a un podólogo para sus pies, un quiropráctico para la espalda y desordenes musculoesqueléticos, y una enfermera de asistencia general en la vida diaria. De la misma manera, el adulto mayor requiere estudios de gabinete y laboratorio, así como un amplio conocimiento de los procesos psicosociales y de integración, de tal manera que el psicólogo, el trabajador social y el gerontólogo tienen una participación fundamental.

Gran parte del desarrollo en la atención al adulto mayor y la fragilidad en su salud, se puede retrasar con un enfoque integral, centrando la atención en la prevención. Ejercicios y actividades saludables de la vida diaria también pueden integrarse con éxito, según lo recomendado por los quiroprácticos y otros profesionales de la salud (29), se ha demostrado que mejora el estado funcional, disminuye la depresión,

previene enfermedades del corazón, disminuye el dolor artrítico y mejorar la función en personas con osteoartritis (30).

El mantenimiento de una buena nutrición en personas mayores es también un elemento clave de una vida saludable y por lo general recomendada por los quiroprácticos. El uso de ciertos suplementos nutricionales puede reducir coronaria, la enfermedad de las arterias y muchos otros problemas de salud. Tratamientos quiroprácticos, como hemos observado en la práctica, puede proporcionar excelentes resultados, en pacientes de edad avanzada (31,32).

De ahí que todos los miembros de los equipos de atención geronto-geriátrica tienen un papel importante que desempeñar. Sin embargo, si todos los profesionales contribuyen de manera solitaria una pieza para la atención en pacientes geriátricos, sin comunicar a través de las distintas disciplinas, se pierde un tiempo valioso para el reconocimiento integral de las condiciones de salud del paciente en general, y para desarrollar procedimientos efectivos y adecuados a las condiciones que presenta el adulto mayor en su particular proceso de envejecimiento.

### **La necesidad de un proyecto multidisciplinario de atención integral al adulto mayor**

De acuerdo a las estadísticas consultadas, el dolor crónico es uno de los motivos por los que el paciente acude mayormente a una revisión clínica con cualquier profesional de la salud. Se estima que un tercio de la población en los países económicamente desarrollados sufre de dolor crónico, el dolor afecta a la columna vertebral hasta el 80% de la población de los EE.UU. en algún momento de su vida (33). Se ha informado de que el dolor crónico puede ser más prevalente en la población de edad avanzada (34-36). Un porcentaje de 20 al 50% de la población de edad avanzada que viven dentro de la comunidad sufre de dolor. Las estadísticas indican que el dolor crónico en las personas mayores es un área de creciente necesidad clínica (37). Por desgracia, la alta prevalencia de enfermedades crónicas

degenerativas y dolor crónico en las personas mayores no se corresponde con la proporción de personas mayores que reciben tratamiento (38). El dolor crónico en las personas mayores también puede conducir a depresión, aislamiento social y funcional, disminución y discapacidad. En los pacientes con dolor mayor, también existe la morbilidad y mortalidad asociadas a partir de la incontinencia en orina o fecal, caídas y úlceras por presión (39).

De acuerdo a estos datos, la participación multidisciplinaria reconoce que en caso de padecimientos en poblaciones específicas, como en el caso de los adultos mayores una sola disciplina profesional no tiene todos los recursos clínicos o conocimientos y técnicas necesarias para la debida atención a las problemáticas de salud y bienestar que se presentan (40,41).

Desde Estados Unidos mayores recursos de salud se han destinado para Investigaciones de la Administración de Servicios, varios proyectos se han llevado a cabo para sensibilizar a los profesionales de la quiropráctica en relación con temas interdisciplinarios e incorporan elementos interdisciplinarios en quiropráctica en los modelos educativos universitarios (42-44).

A partir de las discusiones pertinentes, por parte de las Asociaciones Quiroprácticas, y médicas afines, las conclusiones sugieren que los objetivos de los programas de atención, deben tener un enfoque multifacético e integrado con los siguientes fundamentos:

- Minimizar el dolor;
- Aumento de la función física;
- Mejorar el bienestar psicológico;
- Reducir la dependencia de los proveedores de cuidado de la salud, y
- Reducir la dependencia de los medicamentos relacionados con el dolor (45).

Tales programas multidisciplinarios sobre el dolor crónico tienen una historia documentada de eficacia clínica (46). Algunos meta-análisis sobre la eficacia de los centros multidisciplinarios de tratamiento del dolor revelaron que los grupos de la muestra que recibieron el tratamiento multimodal del dolor crónico, son superiores a ningún tratamiento, lista de espera, y del manejo por una sola disciplina como el

tratamiento médico o terapia física. Además los beneficios sobre la población geriátrica en programas multidisciplinarios de rehabilitación crónica del dolor son comparables o mayores que en el tratamiento del dolor crónico en pacientes más jóvenes, incluso aquellos con deterioro clínico inicial mayor (47,48).

Los pacientes mayores son a menudo nuestros pacientes más complejos, que poseen múltiples síntomas sistémicos y músculo-esqueléticos, y con frecuencia dependen de numerosos medicamentos. Dada esta complejidad, los profesionales deberían, idealmente, estar abiertos a la colaboración para el bien general del paciente. Con la tasa demográfica actual el envejecimiento requiere cada día el uso de los servicios de salud complementarios y alternativos (incluyendo quiropráctica), y un aumento en la inclusión de los profesionales quiroprácticos, en los equipos interdisciplinarios de salud y atención geriátrica (49).

Un estudio publicado en 2009 sobre el impacto epidemiológico y demográfico de la Clínica Integral Universitaria en la UNEVE en el municipio de Ecatepec, en el Estado de México (50), reporta que de una muestra de 500 expedientes de pacientes atendidos en el periodo de mayo de 2005 a mayo de 2009, (61.2% mujeres y 38.9% hombres) un 44% estaba en el rango de edad de 40-59 años (media de 43,4 años) y un 15.8% rebasaban los 59 donde el malestar más frecuentes fue el dolor lumbar (29,2%) dolor de extremidades (28,0%), más comúnmente la rodilla. Manifestando que el tiempo de evolución en un porcentaje de 62% describieron su malestar mayor a un año de los cuales su inicio fue relacionado a caídas en un promedio de 46.6%.

Revisiones sistemáticas refieren que las caídas en ancianos son más frecuentes de lo que se piensa (51). Actualmente, con el proceso de consolidación de las escuelas de quiropráctica en el mundo y en América Latina, el paso de la profesionalización abre nuevos proyectos en los procesos de atención y nuevas redes de colaboración entre distintos profesionales de la salud en favor a la atención de los adultos mayores. Las funciones de las clínicas universitarias, tanto en la UNEVE como en la UNEVT, son un referente importante en los servicios de atención (primer nivel) a

la población (la primera para Ecatepec y la segunda para Ocoyoacac), La Clínica Integral Universitaria de la UNEVT, por ejemplo, es también un espacio de convivencia y de interconexión multidisciplinaria de las tres licenciaturas impartidas en la Universidad donde se circunscribe dicha Clínica. Las áreas de gerontología, quiropráctica, y acupuntura médica y rehabilitación integral (como antes se llamaba la carrera de Acupuntura Humana Rehabilitatoria), han ido creando planes y protocolos de tratamiento enfocado a ciertos sectores. Los pacientes/usuarios del servicio, como los estudiantes de estas carreras, se han visto beneficiados por este nuevo proceso, vinculando de mejor manera el diseño e innovación de modelos y procesos de atención Integral.

A partir de mi experiencia profesional en la Clínica Integral Universitaria, debido a la gran afluencia de pacientes que solicitan los servicios asistenciales, se ha tratado de desarrollar guías rectoras, en búsqueda de la especialización quiropráctica (52), principalmente en relación a la población geriátrica, en búsqueda de lo que se ha llamado el envejecimiento exitoso (53) o el *buen envejecimiento*, que sería aquel en el cual (54):

- ✓ Se minimizan las incidencias y prevalencias de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes
- ✓ Se mantienen altas tasas de funcionalidad física y mental
- ✓ Se dispone de recursos materiales con independencia en su disposición y manejo
- ✓ Se cuenta con una sociedad y estructura familiar que permite contactos e intercambios de ayuda material y apoyo emocional y
- ✓ Se realizan actividades productivas y satisfactorias, no necesariamente remuneradas.

Sin embargo, esto no cimentaría bases sólidas, si no se cuenta con la planeación indispensable, para llevar a cabo la documentación y certificación de los procesos clínicos (55), de manera que igual que otras disciplinas de índole científica, requiere una adecuada metodología a partir de la generación de nuevos conocimientos, fomentados por líneas de investigación sólidas, y una educación modelo, que propone la colaboración inter, multi y transdisciplinaria y en este contexto (56), y la

búsqueda de procedimientos basados en los mejores resultados y su sistematización y análisis (57).

Respecto a los análisis epidemiológicos y demográficos, estudios descriptivos sobre el uso de la Quiropráctica, han presentado resultados a nivel Nacional en Norteamérica (58), en Australia (59), respecto al uso de Medicina Alternativa y Complementaria. También se desarrollaron estudios comparativos de quiroprácticos y medicina general en Estados Unidos y Canadá mediante encuestas nacionales de salud (60), así como en Europa (61) y otros países específicos (62-65).

Los reportes de práctica en clínicas escolares también están presentes en la literatura, como en estudios descriptivos comparativos, donde se puede reconocer los hallazgos respecto al dolor de espalda y factores adicionales, y el tipo de pacientes que se presentan en clínicas escolares y en la práctica privada (66-70). Otros estudios también proponen incluir la educación y capacitación para el tratamiento y la relación interdisciplinaria entre quiroprácticos y otros profesionales (71).

Respecto a la intención de llevar a cabo tratamientos integrando atención multidisciplinaria, se han creado estudios clínicos que proponen un protocolo sistematizado para llevar a la práctica el tratamiento comparado de quiropráctica y un plan integral de tratamiento. (73,74)

## **Conclusiones**

Es evidente que el ingreso de los profesionales de la salud en la evaluación y el abordaje de las problemáticas emergentes del proceso de envejecimiento, tiene mucho que ver con el desarrollo de estrategias para la evaluación integrada, así como para el seguimiento multidisciplinario, mediante planes de atención que engloben lo más posible los distintos padecimientos clínicos y psicosociales del adulto mayor. Las distintas profesiones de la salud sostienen que la integración de

grupos de trabajo en el desarrollo de guías de manejo en padecimientos del adulto mayor es importante, así como de la participación inter y transdisciplinaria para compartir información sobre los distintos enfoques de análisis, siempre en beneficio del bienestar del paciente.

De la misma manera, la visión que ha sostenido la profesión quiropráctica, encuentra actualmente un paso firme en cuanto a la investigación y comprobación de resultados de ensayos clínicos, mediante la fundamentación teórico-clínica, sometiendo a análisis las distintas técnicas y procedimientos que desde su fundamentación filosófica han sostenido.

Así mismo mantener el perfecto estado de salud a través de procedimientos de ajuste y/o manipulación vertebral y articular, sin el uso de medicamentos ni cirugía. Estos estudios, son cada vez más frecuentes y animan a toda la comunidad científica, a desarrollar los mejores diseños de procedimientos, así como una cultura de la prevención y buen diagnóstico integral de las alteraciones del adulto mayor. Esta tarea corresponde a mantener el paso en la preparación y fortalecimiento de los planes académicos para los futuros clínicos, investigadores y docentes de las instituciones universitarias como UNEVT.

## Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. El envejecimiento: cómo superar mitos. Washington DC: OPS; 1999.
2. Romero Cabrera AJ. Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. *Rev Panamericana de Salud Pública*. 2008; 24(4):288–94.
3. Frenk, Julio et. al. Elementos para una teoría de la transición en salud. en *Memorias de la IV Reunión Nacional Demográfica en México*, Tomo I, INEGI-SOMEDE. México, DF 1990.
4. Brozowski K, Hall DR. Elder abuse in a risk society. *Geriatrics Today (J Can Geriatr Soc)* 2003; 6:167-172.
5. Asatashvili, Aleksii; Borjón López-Coterilla, Inés. Panorama Actual de los Derechos Humanos de las Personas de Edad: La Situación de México frente a los Compromisos Internacionales. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México. 2003. pp. 19.
6. Huenchuan, Sandra, Morlachetti, Alejandro. Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina. *Notas de Población No. 85*. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) Chile. 2006 ([http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/32261/lcg2346-P\\_7.pdf](http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/32261/lcg2346-P_7.pdf))
7. Melba Barrantes-Monge, Eduardo Rodríguez, Alexis Lama. Relación médico-paciente: derechos del adulto mayor. *Acta Bioethica* 2009; 15 (2): 216-221.
8. Universidad de Toronto. Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las personas mayores. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2003: 1-4.
9. Gobierno del Estado de Jalisco. Ley de desarrollo, protección, integración social y económica del adulto mayor. 8 de agosto de 2006. (<http://ssj.app.jalisco.gob.mx/coesaen/LeydesProt.pdf>).
10. Presidencia de La Republica. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (<http://pnd.presidencia.gob.mx>).
11. CONAPO. Secretaría General del Consejo Nacional de Población. Principales causas de mortalidad en México 1980 – 2007. Documento de Trabajo para el XLIII Periodo de Sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo “Salud, morbilidad, mortalidad y desarrollo” Nueva York, 12 a 16 de abril de 2010 ([http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/mortalidad/Mortalidadxcausas\\_80\\_07.pdf](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/mortalidad/Mortalidadxcausas_80_07.pdf)).
12. Frenk, Julio et. al. Elementos para una teoría de la transición en salud. en *Memorias de la IV Reunión Nacional Demográfica en México*, Tomo I, INEGI-SOMEDE. México DF 1990.
13. Welti, Carlos. Las Políticas de ajuste Estructural y las políticas de población con referencia a los procesos del envejecimiento. *Papeles de Población*. No. 17, UAEM México 1998. pp 23-29.
14. Montes de Oca, Verónica. El envejecimiento en el debate mundial: Reflexión académica y Política. *Papeles de Poblacion*. Número 35. UAEM, Mexico 2003. pp 79-104.
15. WHO guidelines for pharmacological management of pandemic (H1N1) 2009 influenza and other influenza viruses. World Health Organization. February 2010. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/index.html>).
16. Fajardo-Dolci, Germán E et al. Perfil epidemiológico de la mortalidad por influenza humana A (H1N1) en México. *Salud pública Méx [online]*. 2009, vol.51, n.5, pp. 361-371. ISSN 0036-3634.
17. Walker BF, Muller R, Grant W. Low back pain in Australian adults. *Economic Burden*. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 2003;15(2)79-87.
18. Aedo SFJ y col. La medicina complementaria en el mundo. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación* 2000; 12: 91-99.
19. Cherkin DC, Deyo RA, Sherman KJ, Hart LG, Street JH, Hrbek A, Davis RB, Cramer E, Milliman B, Booker J, Mootz R, Barassi J, Kahn JR, Kaptchuk TJ, Eisenberg DM: Characteristics of visits to licensed acupuncturists, chiropractors, massage therapists, and naturopathic physicians. *J Am Board Fam Pract* 2002, 15:463-72.

20. Sharma R, Haas M, Stano M: Patient attitudes, insurance, and other determinants of self-referral to medical and chiropractic physicians. *Am J Public Health* 2003, 93:2111-7.
21. Suárez E, Gassó D, Pascual A, Pons M. Perfil de los usuarios de Terapias complementarias. *Metas de Enfermería* 2002; 5: 26-31.
22. Berenzon-Gorn, Shoshana; Ito-Sugigama, Emily y Vargas-Guadarrama, Luis Alberto. Enfermedades y padeceres por los que se recurre a terapeutas tradicionales de la Ciudad de México. *Salud pública Méx [online]*. 2006, vol.48, n.1, pp. 45-56. ISSN 0036-3634.
23. Muñoz Hernández, Onofre et al. El escepticismo sobre la medicina complementaria y alternativa. *Rev Med IMSS* 2004; 42 (3): 235-238.
24. Association of Chiropractic Colleges. Position paper #1: Issues in Chiropractic. Section 2.0: ACC Position on chiropractic 1996.
25. Meeker W, Haldeman S. Chiropractic: A profession at the crossroad of mainstream and alternative medicine. *Annals of Internal Medicine*. 2002; 136:216-27.
26. WHO guidelines on basic training and safety in chiropractic. Geneva 2005. WHO Library Cataloguing in Publication Data. World Health Organization.
27. Rupert R, Manello D, Sandefur R. Maintenance care: health promotion services administered to US chiropractic patients aged 65 and older, Part II. *J Manipulative Physiol Ther* 2000; 23(1): 10-19.
28. George B. McClelland, Donald Klipendorff. Chiropractic and Geriatrics: Care for the aging. ACA White House Conference on Aging. Washington DC. September 2004 ([www.acatoday.com](http://www.acatoday.com)).
29. Rupert R. A survey of practice patterns and the health promotion and prevention attitudes of US chiropractor. Maintenance care; Part I. *J Manipulative Physiol Ther* 2000; 23(1):1-9.
30. Tucker M et al. Relative effectiveness of a non-steroidal anti-inflammatory medication (Meloxicam) versus manipulation in the treatment of osteo-arthritis of the knee. *Eur J Chiro*. 2003; 50:163–183.
31. Murphy DR, Hurwitz EL, Gregory AA et al. A nonsurgical approach to the management of lumbar spinal stenosis: A prospective observational cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2006; 7:16.
32. Beyerman KL, Palmerion MB, Zohn LE et al. Efficacy of treating low back pain and dysfunction secondary to osteoarthritis: Chiropractic care compared with moist heat alone. *J Manipulative Physio Ther*. 2006; 29(2): 107–111.
33. Berman BM. The NIH Format for achieving the integration of behavioral and relaxation techniques into medical practice: A review and critique. *Mind/Body Medicine: A Journal of Clinical behavioral medicine*, 1997; 2 (4): 169-175.
34. Birse TM, Lander J. Prevalence of chronic pain. *Canadian Journal of Public Health*, 1998. March-April; 89(2): 129-131.
35. Closs SJ, Pain in Elderly Patients: a Neglected phenomenon? *Journal of Advanced Nursing* 1994 June; 19 (6): 1072-81.
36. Ruoff G. Management of Pain in Patients with Multiple Heart Problems: A guide for the practicing physician. *American Journal of Medicine*, 1998. July 27; 105(1B): 53S-60S.
37. Gagliese L, Melzack R. Chronic Pain in Elderly People. *Pain* 1997; 70:3-14.
38. Gloth FM. Concerns with chronic analgesic therapy in elderly patients. *American Journal of Medicine* 1996. July 31; 101 (1A): 19S-24S.
39. Hawk CK, Killinger LZ, Zapotocky B, Azad A: Chiropractic Training in Care of the Geriatric Patient: An Assessment. *J Neuromusculoskeletal System* 1996; 5(1): 15-25.
40. Hawk CK, Long CR, Boulanger K, Morschhauser E, Fuhr A. Chiropractic care for patients 55 and over: Report from a practice-based research program. *JAGS* 2000; 48:534-545.
41. United States Health Resources and Services Administration. Contract. The Role of Chiropractors in Interdisciplinary Preceptorship Program. Palmer College of Chiropractic, 1995.
42. Hawk CK, Byrd L, Killinger LZ. Evaluation of a geriatrics course emphasizing interdisciplinary issues for chiropractic students. *Journal of Gerontological Nursing*; Feb. 2000: 6-12.

43. Killinger LZ, Azad A, Zapotocky B, Morschhauser E. Development of a Model Curriculum in Interdisciplinary Geriatric Education: Process and Content. *J Neuromusculoskeletal System*. 1998; 6(4): 146-153.
44. Azad A, Killinger LZ, Hawk C, Moschhauser. A qualitative assessment of chiropractic geriatric education using focus groups. *J American Chiropractic Assoc* 1997; 34(7): 39-45.
45. Kee, WG, Middaugh SJ, Redpath S, Hargadon R. Age as a factor in admission to chronic pain rehabilitation. *Clin J Pain*, June, 1998; 14 (2): 121-128.
46. Cutler RB, Fishbain DA, Rosomoff RS, Rosomoff HL. Outcomes in treatment of pain in geriatric and younger aged groups. *Arch Phys Med Rehabil*. April 1994; 75 (4) 457-64.
47. Middaugh SJ, Levin RB, Kee WG, Barchiesi FD, Roberts JM. Chronic Pain: Its treatment in geriatric and younger patients. *Arch Phys Med Rehabil Dec*, 1988; 69(12): 1021-1026.
48. Killinger LZ, Morley JE, Kettner N, Kauric E. *Integrated Care of the Older Patient*, 2004.
49. Daniel A Martinez, Ronald L Rupert and Harrison T Ndetan. A demographic and epidemiological study of a Mexican chiropractic college public clinic. *Chiropractic & Osteopathy* 2009, 17:4 (<http://www.chiroandosteo.com/content/17/1/4>).
50. Zenewton André da Silva Gama; Antonia Gómez-Conesa. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Rev. Salud Pública* 2008; 42(5): 946-56.
51. Wiles M. Specialties in Chiropractic. *JCCA* 198 1; 25:8.
52. Brigeiro, Mauro. "Envejecimiento exitoso" y "tercera edad": Problemas y retos para la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería [en línea]* 2005, vol. XXIII Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=105215401009>. ISSN 0120-5307.
53. Ham Chande R. Implicaciones del envejecimiento en la planeacion del bienestar. *Papeles de población*. México UAEM. Numero 17 jul-sep 1998. pp. 31-38.
54. Harrison Ndetan, Marion Willard, Evans, Jr., Kaming Lo, David Walters, Michael Ramcharan, Patricia Brandon, Cathy Evans, and Ronald Rupert. Health Promotion Practices in Two Chiropractic Teaching Clinics. Does a Review of Patient Files Reflect Advice on Health Promotion? *The Journal of Chiropractic Education*, Vol. 24, No. 2, 2010.
55. Lehr, Ursula. Procesos de envejecimiento. La necesidad de Investigación Longitudinal, Interdisciplinaria y Transcultural. *revista Latinoamericana de Psicología*. Bogotá, Colombia 2002 (34):1 pp 29-39.
56. Rodríguez Artalejo, Investigación de resultados (outcomes research) en el área de Envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001; 36(S3):20-23).
57. Coulter ID, Shekelle PG: Chiropractic in North America: a descriptive analysis. *J Manipulative Physiol Ther* 2005, 28:83-9.
58. Xue C, Zhang AL, Lin V, Meyers R, Polus B, Story DF: Acupuncture, chiropractic, and osteopathy in Australia: a national population survey. *BMC Public Health* 2008, 8:105.
59. Hurwitz EL, Chiang L: A comparative analysis of chiropractic and general practitioner patients in North America: findings from the joint Canada/United states survey of health 2002–03. *BMC Health Service Research* 2006, 6:49.
60. Pedersen P: A survey of chiropractic practice in Europe. *European Journal of Chiropractic* 1994, 42:3-28.
61. Rubinstein S, Pfeifle CE, van Tulder MW, Assendelft WJJ: Chiropractic patients in the Netherlands: A descriptive study. *J Manipulative Physiol Ther* 2000, 23:557-63.
62. Hartvigsen J, Sorensen LP, Graesborg K, Grunnet-Nilsson N: Chiropractic patients in Denmark: A short description of basic characteristics. *J Manipulative Physiol Ther* 2002, 25:162-67.
63. Nyiendo J, Phillips BR, Meeker WC, Konsler G, Jansen R, Menon M: A comparison of patients and patient complaints at six chiropractic college teaching clinics. *J Manipulative Physiol Ther* 1989, 12:79-85.
64. Nyiendo J: A comparison of low back pain profiles of chiropractic teaching clinic patients with

- patients attending private clinicians. *J Manipulative Physiol Ther* 1990, 13:437-47.
65. Phillips RB, Mootz RD, Nyiendo J, Cooperstein R, Konsler J, Mennon M: The description of low back pain patients of field practicing chiropractors contrasted with those treated in the clinics of west coast chiropractic colleges. *J Manipulative Physiol Ther* 1992, 15:512-17.
66. Walsh MJ, Jamison JR: A comparison of patients and patient complaints at chiropractic teaching clinics and private clinics. *Chiropr J Austr* 1992, 22:87-91.
67. Ivey SL, Brown KS, Teske Y, Silverman D: A model for teaching about interdisciplinary practice in health care settings. *J Allied Health* 1988, 17:189-195.
68. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C: Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 2001, 322:1511-1516.
69. Kristine K Westrom, Michele J Maiers, Roni L Evans, Gert Bronfort. Individualized chiropractic and integrative care for low back pain: the design of a randomized clinical trial using a mixed-methods approach. *Trials* 2010, 11:24 <http://www.trialsjournal.com/content/11/1/24>.
70. Manga, Pran; Angus, Douglas; Papadopoulos, Costa; Swan William. THE EFFECTIVENESS AND COST-EFFECTIVENESS OF CHIROPRACTIC MANAGEMENT OF LOW BACK-PAIN. Ontario Ministry of Health August, 1993.
71. John A. Astin; Ariane Marie; Kenneth R. Pelletier; Erik Hansen; William L. Haskell. A Review of the Incorporation of Complementary and Alternative Medicine by Mainstream Physicians. *Arch Intern Med.* 1998; 158:2303-2310.
72. Nyiendo J, Haas M, Hondras MA. Outcomes research in chiropractic: the state of the art and recommendations for the chiropractic research agenda. *J Manipulative Physiol Ther.* 1997 Mar-Apr; 20(3):185-200.
73. Taylor, Shane H , Arnold Nicole D, Biggs, Lesley; Colloca, Christopher J; Mierau, Dale R; Symons, Bruce P; Triano. John J. A review of the literature pertaining to the efficacy, safety, educational requirements, uses and usage of mechanical adjusting devices Part 2 of 2. *J Can Chiropr Assoc* 2004; 48(2).
74. Guideline Development Committee, the CCA/CFCRB-CPG. Chiropractic clinical practice guideline: evidence-based treatment of adult neck pain not due to whiplash. *J Can Chiropr Assoc* 2005; 49(3).



# **TERCERA PARTE**

## **Investigaciones de campo**



## **Creencias que sobre la sexualidad tiene el adulto mayor miembro de la Fundación del Bienestar Social e Integral del Anciano en el Estado Miranda**

*David Jonatán Barreno Álvarez*

### **Resumen**

En nuestra sociedad la sexualidad en la tercera edad sigue siendo un tema complejo y controversial. Muchas personas creen que una vez cumplida la etapa reproductiva se acaba con estas necesidades sexuales y afectivas. Persiste igualmente la creencia de que los adultos mayores, son seres asexuados, privándolos de la posibilidad de instrumentar el derecho a ejercer una sexualidad plena. Ante esta realidad surge el interés de indagar acerca de las creencias que sobre la sexualidad en la vejez tienen los adultos mayores que asisten a la Casa del Abuelo “La California”.

El estudio se fundamenta en el paradigma cualitativo, utilizando un estudio de caso, y como técnica de recolección de datos la observación bajo la modalidad no participante y la entrevista en profundidad, y como instrumento el guion de entrevista, con 04 casos que fueron seleccionados de manera intencional. Se concluye que en el grupo de informantes existen creencias que limitan y niegan la sexualidad en la etapa de la vejez, no obstante a ellos, aseveran que la sexualidad constituye una necesidad básica para el individuo independientemente de la edad, y en este sentido reportan que se mantienen sexualmente activos.

Los resultados del estudio denotan una concepción reduccionista de la sexualidad, concibiéndola solo desde el punto de vista de la relación coital en detrimento de otros aspectos que como los psicológicos y sociales también forman parte de la sexualidad humana.

### **Palabras claves**

Sexualidad, creencias, adulto mayor.

## **Introducción**

Es sabido que la sexualidad es una dimensión humana importante en las relaciones interpersonales y en la salud de las personas, escasamente valorada en algunas etapas de la historia en occidente, circunstancia que ha afectado más a ciertos grupos de población. Particularmente la sexualidad ha sido estigmatizada en la tercera edad ya que se cree que con la edad no se necesita de ésta, y por ende se llega a pensar que su expresión es inadecuada.

La sexualidad en la vejez ha estado sujeta a diversas creencias algunas de ellas erróneas, lo que genera problemas inherentes y falta de información. La atención del Adulto Mayor ha alcanzado logros notables, sin embargo en el abordaje de la sexualidad en las personas de la tercera edad, continúan prevaleciendo creencias.

Existen conceptos erróneos y equívocos, donde se plantea que las relaciones sexuales deben desaparecer en esta etapa, como apagamiento fisiológico inevitable y por lo tanto, desear o hacer en metería sexual después de los 60 años de edad, no es natural, moral y por supuesto socialmente bien visto, en tanto que se cree que una vez cumplida la etapa reproductiva se acaba con ella toda expresión de afecto y de sexualidad. Persiste la creencia de que las personas de la tercera edad, son incapaces de tener actividad sexual, y son vistos como seres asexuados. Por tal motivo se hace imprescindible determinar creencias que sobre la sexualidad tienen los adultos mayores, miembros de la Fundación del Bienestar Social e Integral del Anciano del Estado Miranda (FUNBISIAM)<sup>29</sup>.

Para la presentación del informe etnográfico, permitirá el despliegue informativo y analítico sobre las creencias en torno a la sexualidad en el Adulto mayor, por lo que el presente trabajo ha sido estructurado en secciones denominadas momentos.

---

<sup>29</sup> La Fundación se encuentra ubicada en Avenida La Haya, Quinta Santa Marta, California Norte, Municipio Sucre Estado Miranda, República Bolivariana de Venezuela.

## **Fundamento**

El envejecimiento poblacional experimentado a nivel mundial, se manifiesta con mayor intensidad en los últimos años en países en vías de crecimiento, como Venezuela. El Instituto Nacional de Estadística (INE) señala que para el año 2008 habitan en el país cerca de 2.314.799 personas mayores de 60 años, equivalente al 8,29% de la población general, y según la proyección de este mismo organismo se espera que para el año 2015 esta población haya aumentado a 3.154.716 adultos mayores, es decir un 10,17%, de la población total y para el año 2035, se estima que la población general esté por encima de los 30 millones de habitantes y el sector de la tercera edad ocupe el 15 % aproximadamente es decir unos 4 millones y medio de personas (INE - 2001).

Los datos antes señalados, reflejan la importancia que, desde el punto de vista poblacional tiene el grupo social conformado por el adulto mayor. Este crecimiento de la población demanda la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano, destacando entre éstas la sexual, las cuales tienen gran importancia para el bienestar biopsicosocial del individuo. Con relación a esto Maslow asevera que “La sexualidad es una necesidad básica y forma parte de las necesidades sentidas, en este caso fisiológicas, que presenta el individuo, por ende desde que nacemos hasta que morimos somos seres sexuados y con derecho a disfrutar a plenitud de una sexualidad gratificante, digna y sin ningún tipo de prejuicios, creencias y actitudes negativas, que impidan el disfrute y manifestación de una vida sexual activa” (Maslow, 1963, p. 78).

En nuestra sociedad occidental la sexualidad está provista de prejuicios, tabúes y creencias negativas que reprimen en el individuo el ejercicio pleno de la misma. La etapa de la vejez no escapa a esta realidad. Nuestro contexto socio-cultural existe la tendencia a considerar a la vejez como una etapa de declive y deterioro físico - psicológico y social, con lo que desde la misma sociedad se descarta la sexualidad para esta etapa de la vida, surgen estereotipos y creencias negativas que se introyectan en el comportamiento social e individual, a tal punto que jóvenes, adultos y los propios adultos mayores consideran que el solo hecho de llegar a la tercera edad

es motivo suficiente para excluirse y reducir su capacidad de sentir, amar y tener una vida sexual activa, y por ende a considerarse asexual.

Forma parte de los debates gerontológicos el hecho de que la sexualidad del anciano puede mantenerse en un nivel funcional adecuado y que sólo los impedimentos físicos y socio-culturales pueden influir negativamente en esta práctica. Es evidente entonces que el ejercicio de la sexualidad en el adulto mayor es una necesidad básica que debe ser cubierta, en tanto que forma parte de la esencia del ser humano, un derecho y parte de la vida misma.

Dentro de la sociedad venezolana es poco la que se conoce de sexualidad en el adulto mayor, a pesar del incremento sostenido registrado en las últimas décadas de este grupo etario. En función de lo cual se considera necesario plantear una investigación orientada a determinar cuáles son las creencias que sobre su propia sexualidad tiene el anciano que asiste a Casa del Abuelo La California, adscrita a la Fundación referida.

### **Descripción del escenario, acciones, eventos y unidades a observar**

La presente investigación se llevó a cabo en las instalaciones de la Casa del Abuelo La California, como se ha referido, donde confluye nuestro sujeto de estudio: el adulto mayor. Ellos que son partícipes y beneficiarios de distintos programas implementados por la institución y donde la investigación se observaron e interpretaron en su escenario natural. Para efectos e intereses de la investigación se consideraron como actores o sujetos de estudio a dos adultas y dos adultos mayores miembros de la Fundación, con el propósito de conocer cuáles eran sus creencias respecto a la sexualidad en esta etapa de la vida. El espacio de esta investigación se construyó según lo planteado por Lanz (Del Moral, 2008, p. 20) y responde a cuatro interrogantes específicas: el qué -hace referencia a la acción social-, el quién o quienes -hace referencia al sujeto social-, el cuándo -hace referencia al ámbito temporal y el dónde -hace referencia a la dimensión espacial-. En tanto que, las unidades de análisis fueron seleccionadas tomando en cuenta los siguientes criterios:

- Individuos de 60 años en adelante.
- Individuos de ambos sexos.
- Miembros de la Fundación de Bienestar Social en Integral del Anciano del Estado Miranda FUNBISIAM.
- Con disposición y receptividad para participar como informantes del estudio.

A continuación se describe cada uno de los actores sociales que protagonizan esta investigación, manteniendo en anonimato su identidad, en lo sucesivo se identifican como informante 1, informante 2, informante 3, informante 4.

#### Descripción/características

Informante: 1. Adulto mayor de sexo masculino. Edad: 78 años. Nació el 26 de Noviembre del año 1931, casado desde hace 52 años, de esa unión procreo 4 hijos, 3 varones y 1 mujer. Tanto él como su pareja se dedicaron a actividades de comercio. Actualmente no desempeñan ninguna actividad remunerativa. Para cubrir sus gastos disponen de una pensión otorgada por el Instituto Nacional de los Servicios Sociales (INASS), y del aporte económico que le suministran sus hijos. Su esposa ha fungido como gerente del hogar y actualmente viven solos porque sus hijos están casados y cada uno tiene su respectivo hogar.

Se considera una persona de buen trato sencillo amistoso, le encanta platicar de temas importantes; en este caso le gusto forma parte de esta investigación ya que es una persona muy abierta y colaboradora. Cabe destacar que este sujeto aportó información valiosa y de interés para la investigación.

Informante: 2. Adulta mayor del sexo femenino, 79 años, nació el 20 de noviembre del año 1929, viuda desde hace 19 años, expresa que sería gratificante contar con una pareja en esta etapa de su vida, que le brinde atención y amor para no sentirse sola. Toda su vida se ha desempeñado como gerente del hogar; posee un nivel de instrucción bajo y solo curso completa la primaria. Vive con una de sus hijas, expresó que se siente a gusto y satisfecha de convivir con ella, acotando así que cuenta con un excelente grupo familiar. Es considerada por sus compañeros y compañeras con quienes comparte en la casa del abuelo, como una persona con excelentes modales y un hablar fluido, que pudieron constatar los investigadores.

Informante: 3. Adulto mayor de 67 años, su nivel de instrucción solo de primaria, ha trabajado como maestro de obra (albañil), ocupación que actualmente ejerce y logra la manutención del hogar. Desde muy niño se separó de su grupo familiar debido a que la familia no contaba con recursos económicos, hecho que le ha permitido ser independiente durante su vida, toda vez que, desde temprana edad comenzó a tomar sus propias decisiones y establecerse un estilo de vida de acuerdo a sus condiciones, señala sentirse libre y satisfecho con los logros obtenidos. Este adulto mayor se unió en matrimonio a los 25 años de edad, procreo 2 mujeres y a los años se separó de su esposa por problemas. Actualmente tiene una pareja desde hace 2 años con la cual vive en concubinato.

Informante: 4. Adulta mayor, del sexo femenino, de 76 años, nacida el 22 de Febrero del año 1933, casada pero actualmente la pareja que posee no es la persona con quien contrajo matrimonio hace años, pero la misma expresa que su actual pareja es el amor de su vida. Forma parte de un grupo familiar conformado por sus padres y cuatro hermanos con quienes a compartido muchas de sus vivencias. Dentro del hogar ha asumido las responsabilidades de las actividades domésticas. Es analfabeta y muestra interés y pasión por la educación, pese a que nunca pudo estudiar por razones de orden económico. Alegre, expresiva, amable, haciendo referencias a hechos anecdóticos referidos a su historia de vida en la que muchas veces es la protagonista principal, es lo que se pudo observar por los investigadores. Expresa sentir satisfacción por formar parte de la familia de (FUNBISIAM) aunque extraña algunas veces esos tiempos de unión hogareña.

La investigación se realizó en el lapso comprendido entre Junio - Octubre 2009. La Casa del Abuelo La California, se encuentra ubicada geográficamente en el municipio Sucre - Estado Miranda de la Fundación para el Bienestar Social e Integral del Anciano Mirandino, es una Institución Autónoma, sin fines de lucro con personalidad jurídica propia adscrita a la Gobernación de Miranda con atención dirigida a personas de la tercera edad, residentes en el estado Miranda mayores de 60 años, autoválidos con capacidad mental, especialmente aquellos adultos mayores en situación de riesgo o con fuertes carencias económicas.

Actualmente presta servicio a una población de ciento veinticuatro adultos mayores, en horario comprendido de ocho a tres de la tarde. Charlas, talleres, cursos de manualidades, juegos de mesa o paseos turísticos, son experiencias cotidianas así como la valoración al adulto mayor dentro de la sociedad y en el seno de la familia.

### **Marco teórico**

Si bien, en la bibliografía consultada no se habla específicamente del tema de las creencias que sobre la sexualidad tienen los adultos mayores. Revisando los textos de Anato y Otero (1990, p.7), que realizaron una investigación sobre la influencia del proceso de institucionalización en las manifestaciones sexuales de los ancianos, y obteniendo como resultado que la expresión de la sexualidad representa una necesidad para la población estudiada (institucionalizados y no institucionalizados), evidenciándose este hecho en los hombres, tanto en internos y no internos, quienes manifiestan la tendencia de compartir su vida con una pareja de sexo complementario, en caso contrario ocurre con las mujeres ancianas de ambos grupos, quienes tienen una concepción muy arraigada de los patrones de índole moral establecidos por nuestra sociedad, además de los prejuicios, al considerar a la vejez como una etapa de abstinencia sexual. De igual manera los resultados obtenidos arrojan que el proceso de institucionalización no influye determinadamente en las manifestaciones de sus necesidades sexuales.

En tanto que para, Segovia (1994, p.7), en su texto “Creencias y Actitudes hacia la Sexualidad en la Etapa de la Vejez en una muestra de ancianos residenciados en la ciudad de Coro Estado Falcón”, teniendo como principal objetivo determinar las creencias y las actitudes de una muestra de ancianos hacia su sexualidad, arrojó entre otros resultados que las creencias del anciano con respecto a la sexualidad en la etapa de la vejez son positivas. Evidencio la influencia del contenido negativo que se maneja socialmente, con respecto a los ancianos, quienes introyectan, mantienen y reproducen los patrones establecidos. Otras de las conclusiones

relevantes de este estudio fue discriminar la actitud de los ancianos por sexo, además se observó que los hombres tienen una actitud más positiva que el comportamiento de las mujeres.

Por otra parte, Corominas y otros (1994, p.6) realizaron su propia investigación en la Universidad de Castilla – La Mancha, España, para determinar la conducta sexual e identificar la actitud hacia la sexualidad de la población mayor de 65 años en Albacete. Finalizada la investigación se llegó a la conclusión de que la sexualidad es una necesidad presente a lo largo de toda la vida y por tanto no debe descuidarse en la educación de los adultos mayores. En cuanto a la actitud hacia la sexualidad, se encontró que los hombres demuestran una actitud más positiva sobre el tema que, las mujeres. Apoyando de este modo los resultados obtenidos por Segovia (1994), quien en su investigación encontró la misma diferencia entre los sexos en cuanto a la actitud hacia la sexualidad.

Otra investigación la realizó Lorenzo (2003, p.6), en la Provincia de Sancti Spiritus, Cuba, la cual tuvo como objetivo, valorar el comportamiento sexual en un grupo de adultos mayores. Se observó que hubo un predominio del sexo femenino, ya que la investigación estuvo conformada por gran mayoría de mujeres y aquellos que tienen parejas estables, gran parte de la muestra expresó que eran activos sexualmente, con una valoración de normal y agradable su práctica. Y destaca que un alto porcentaje expresó no haber recibido ningún tipo de orientación sobre la sexualidad en la vejez, y la escasa existencia de trabajo con respecto al tema, lo cual a su vez dificulta la elaboración de programas y proyectos para cubrir las necesidades manifiestas por adultos mayores en dicha investigación.

Chirino Wendy (2005, p. 7) realizó otra investigación sobre las “ Creencias en torno a la sexualidad en un grupo de ancianos que participa en un club de la tercera edad”, la cual tiene como objetivo; describir las creencias entorno a la sexualidad en la ciudad de Coro Estado Falcón, donde concluye que existe un predominio de creencias negativas del tipo descriptivo y normativo que reflejan un supuesto desinterés hacia la sexualidad y además es catalogada como inadecuada e innecesaria en la etapa de la vejez.

Segovia y Chirino coinciden en la existencia de un rechazo generalizado por la sociedad hacia la etapa de la vejez, en cuanto a sexualidad se refiere, debido a la influencia social negativa con la cual está constituida la percepción social hacia el adulto mayor, lo que determina a ser rechazado de la dinámica social. Por otra parte, se puede decir que a pesar de la limitación presentada al no contar con una amplia gama de investigaciones sobre este tema, y donde cada estudio aquí referenciado constituye un apoyo para la investigación gerontológica de la sexualidad.

### **Envejecimiento y sexualidad**

Para Morgado (2001, p. 93) la sexualidad en la tercera edad es “fisiológicamente posible, emocional y afectivamente enriquecedora, fortaleciendo la importancia del cariño, apego, comunicación, compañerismo y el cuidado mutuo”. Demuestra que la sexualidad no se encuentra negada para el *gerente*, y ésta va más allá de solo el contacto genital, es una acción que evoca afecto y comunicación para expresar y compartir variados deseos, sensaciones y sentimiento gratificante para la pareja.

Para el autor Alcalá (citado en Rodríguez y otros 2000, p. 55), la sexualidad es “la interpretación y vivencia psicológicas y sociales de las características biológicas, sexuales que nos ubican como varones o como mujer.” En este sentido la sexualidad es vista por el individuo como lo que está estructurado a nivel social. Es decir, el individuo concibe su sexualidad según lo constituido socialmente, limitando sus capacidades y deseos a lo que va internalizando en sí mismo. Para Garzón (1999, p. 35), la sexualidad es plurivalente, es decir, que puede ser estudiada y entendida desde muchos puntos de vista: “biofísicos, antropológico, sociológico, político-económico, fisiológico y teológico”. Para nuestra investigación la propuesta de Romero (2003, p. 17), que define la sexualidad desde tres dimensiones, dimensión biológica, psicológica, sociocultural nos permitió abordar el tema de sexualidad y adulto mayor en tanto que para él estas dimensiones son parte del ser humano y consideramos que también para el anciano.

La sexualidad, desde su dimensión biológica, está relacionada con la forma del cuerpo, con la anatomía y fisiología, con el papel reproductivo y con la satisfacción de obtener placer a partir de las interrelaciones que establece el cuerpo con uno mismo o con el cuerpo del otro, la dimensión biológica de la sexualidad es expresada a través de las relaciones sexuales, entre otros aspectos que dan una forma biológicamente definida del cuerpo humano.

En tanto que, la dimensión psicológica de la sexualidad viene dada por el hecho de que los seres humanos no son solos instintos, ni un instrumento de la reproducción que solo conserva a la especie, en tanto el ser humano posee la capacidad de relacionarse de expresar, sentimientos, emociones y cualidades. Desde la dimensión social y cultural se puede analizar la sexualidad como un proceso que no solo debe ser enmarcado desde lo individual o lo personal, sino que es un proceso que va a estar influenciado por el contexto sociocultural donde se desenvuelve, sus estructuras y redes sociales. En cuanto a los factores psicosociales y culturales el Dr. Osman Nicolás Antonuccio (1992, p. 34), la sexualidad en la vejez está condicionada por prejuicios, mitos, falsas creencias y concepciones tales como el que las siguientes:

- La cultura como represora y negadora del placer sexual.
- Se cree que el amor es prerrogativa de lindos y jóvenes.
- El modelo de “viejo asexuado”, “viejo verde” o “vieja reblandecida”.
- Sexualidad ligada solamente a la procreación.
- Confundir sexualidad con genitalidad
- La vida sexual en los adultos mayores provoca: reproches, asco, miedo, risa, cuentos y chiste.

De aquí que la sexualidad debe ser vista desde una perspectiva integral tal como lo sostiene la Organización Mundial de la Salud OMS (1998) citado en Marchan (1999, p. 39): “La integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medio de que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. La sexualidad en el adulto mayor debe considerarse en una forma amplia e integral, incluyendo en ella tanto componentes físicos como emocionales. En las personas mayores la actividad sexual, no es entendida necesariamente como actividad orientada al coito, sino, en

un sentido mucho más amplio; se trata del placer del contacto corporal global y la comunicación, así como la seguridad emocional que da el sentirse querido. Se debe aceptar que la sexualidad en la tercer edad responde al puro deseo de sentir placer, de gozar, de abrazarse a otro cuerpo, de amar.

### **Factores psicosociales que limitan la sexualidad del adulto mayor**

La sexualidad se encuentra enmarcada por una serie de factores, como son: biológicos, psicológicos, sociales y/o culturales, los cuales conduce a enfocar la sexualidad desde otra perspectiva como ya hemos referenciado.

Por su parte, Herrera (2003, pp.155–160), se interesa por describir los factores sociales, que determinan la sexualidad en los adultos mayores y los agrupa de la siguiente manera:

1. Autopercepción del atractivo sexual: Las personas que mantengan una percepción positiva de su cuerpo, no tendrá problemas en expresar su sexualidad. La sociedad por su parte, mantiene una percepción negativa del atractivo de las personas mayores.

Este aspecto es muy importante ya que la población envejeciente debe tomar conciencia de los procesos de envejecimiento para así poder confrontar a la etapa de la vejez donde el punto de vista positiva y vivirla a plenitud en todos sus aspectos, en este caso en la sexualidad, sin que disminuya la autoestima general y sexual:

2. Acceso a una pareja: En los adultos mayores suele ser impropio plantear la posibilidad de formar nuevas parejas luego de la separación o viudez, especialmente en el sexo femenino.

La ausencia de la actividad sexual se relaciona, con la no existencia de una pareja estable, tanto en los hombres como en las mujeres. La sociedad por su parte, no ayuda en lo absoluto a que las personas de la tercera edad puedan vivir y

manifestar libremente su sexualidad en parte al negativa visión cultural que se tiene en lo que atañe al sexo en la etapa de vejez, reflejo de una actitud de rechazo por un hecho biológico; la edad:

3. Dificultad para acceder a la intimidad: el adulto mayor que viven con hijos o institucionalizados, no cuentan con el ambiente adecuado para expresar su sexualidad. Pues es frecuente que los ancianos tengan que abandonar su domicilio habitual, ya sea por problemas de salud o incapacidad, de esta forma acuden al domicilio de familiares directos o incluso ingresan a instituciones cerradas.

Por lo antes expuesto, se comprobó que son múltiples los factores psicosociales que pueden influir en el deterioro progresivo de la actividad sexual en la vejez y que en interrelación con los cambios fisiológicos debido al envejecimiento y el efecto de diferente patología, el geronte se ve sometido a múltiples factores de riesgo que contribuyen al deterioro de su actividad sexual.

### **Creencias en la sexualidad del adulto mayor**

Las creencias se encuentran enmarcadas intrínsecamente en un contexto, inician una actitud precisa en relación a un hecho establecido, conformándose en un tipo de comportamiento específico hacia un aspecto de la realidad. Las creencias por otra parte, también son dadas por el contenido social existente en el medio donde se desenvuelve el ser humano y representan un nivel de información que el individuo tiene acerca de un objeto, animal o hacia sus semejantes, y a su vez, estas creencias son tomadas por la persona mediante imágenes visuales o el lenguaje.

Es por ello, que diversos autores han tratado de aclarar los distintos conceptos sobre estas y sus respectivos significados, para Humprey (1973. pp. 133 – 134), por ejemplo “la conciencia de creer o no creer puede ser una experiencia directa... puede estar vinculada con (o incorporada a) una creencia particular verbal o visual. En el primer caso, llegan específicamente al observador como creencia, en el segundo caso llegan como vehículo de la creencia”. En tanto que para Fishbein

(citado en Toledo 1991, p. 90) toda creencias es como el “juicio probabilístico que conectan a algún objeto con algún atributo”. En esta investigación las creencias, han permitido medir a través de juicios, ya sean positivos o negativos a la sexualidad en la etapa de vejez, relacionándose a algunos atributos en base a las experiencias vividas por los individuos miembros de la Fundación del Bienestar Social e Integral del Anciano en el Estado Miranda.

Según Fishbein los tipos de creencias son:

- Descriptivas: Hacen referencias al efecto de la experiencia directa y concreta con el objeto, resaltando las características o atributos de dicho objeto.
- Inferenciales: Tratan de la asociación de un objeto con determinadas propiedades que no son observables directamente. Este proceso se realiza a través de las asociaciones en experiencias vividas son aprendidas por el individuo y a través de los códigos formales o reglas lógicas, que se ausencia del objeto, y facilitan el establecimiento de las creencias.
- Informativas: se basan en la aceptación de una información, suministrada por fuentes externas, como lo son los medios de comunicación, sociedad, amigos y familia etc.

Este último elemento cobra vital importancia pues las creencias informativas suministrada por los medios de comunicación a la sociedad considera que la sexualidad es exclusiva y propia de la juventud, negando de tal manera la sexualidad en las personas de la tercera edad.

En la cultura venezolana existe una serie de creencias, mitos y prejuicio con respecto a la sexualidad y sus diferentes dimensiones. Cuando se habla de mitos se hacen referencias aquellas explicaciones o interpretaciones falsas, como mentiras que se han trasmitido o heredado por generación, a tal punto que se llegan a considerar como verdad natural y aceptable.

## **Metodología**

La presente investigación se fundamenta en la interpretación fenomenológica de la interacción que hay entre el sujeto y objeto de estudio, bajo un método etnográfico,

es decir, la forma en que se observó y experimentaron los eventos para revelar las creencias que sobre la sexualidad tiene el adulto mayor.

De acuerdo al problema planteado y en función de los objetivos trazados, se utilizó la investigación tipo descriptivo-exploratorio, la investigación descriptiva “consiste en la caracterización de un hecho o fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento” (Arias, 2005, p.80). También se revisó el material de que hacen mención que este tipo de investigación tiene como, objetivo “examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordados antes” (Hernández *et. al.*, 1991, p.59).

### **Análisis de las informaciones**

El siguiente momento registra el análisis e interpretación de los datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los adultos mayores seleccionados para el presente estudio. Por otra parte, cuando se les consulto sobre las creencias que existen en nuestra sociedad en torno a la sexualidad en la etapa de la vejez, aseveraron: “que las personas que no están afrontando esta etapa de la vejez no pueden opinar porque es solamente viviéndola y experimentando es que se puede hablar”, ya que ellos “piensan que ya uno no puede”, es decir; de acuerdo a este reporte, los jóvenes subestiman y rechazan que en la vejez se presente una práctica sexual.

Dicha práctica es vista por el individuo de acuerdo a la estructura y nivel social al que pertenece. Así el adulto mayor es considerado un ser asexual. Si bien, aparentemente las limitaciones sexuales están referidas al cuerpo y no a las capacidades sexuales del adulto mayor. Lo que evidencia un discurso dicotómico pues por un lado se afirma como dice un informante: “pienso que la sexualidad en la vejez tiene que ser terrible porque ya uno viejo....bueno porque todavía puedo y bueno porque ustedes me están viendo joven, pero cuando ya esté vieja, vieja, vieja, vieja pa’ que mi amor, ¡noooo! (...) la sexualidad en la vejez debe ser normal”.

Esta contradicción nos lleva a considerar como la informante responde a lo que la cultura le ha introyectado con respecto a que la sexualidad no tiene cabida en la etapa de la vejez y por otro lado, su sentir y su vivir le dicen que la sexualidad sigue

presente. Al respecto dice nuevamente nuestra informante: “la sexualidad es una necesidad básica, y me sentiría entristecida cuando no pueda hacerlo” es decir, cuando no pueda ejercer plenamente su sexualidad dada las limitaciones que le imponen su cuerpo físico. Así, de acuerdo a los hallazgos proporcionados por este estudio, se pudo observar que en la Casa del abuelo la californiana adscrita a la fundación de bienestar social e integral del anciano mirandino, se repite una realidad también manifiesta en otros centros que proporcionan atención a este sector de la población del país, en las cuales no se considera como prioritario abordar el tópico de la sexualidad y muchos menos estimular y fomentar el ejercicio pleno de la misma.

### **Consideraciones finales**

Tras analizar e interpretar los datos obtenidos a través del estudio llegamos a las siguientes consideraciones:

- La sexualidad en el adulto mayor está enmarcada dentro de una serie de creencias, mitos, tabúes y prejuicios socioculturales que limitan el ejercicio pleno de la sexualidad en la etapa de la vejez.
- La existencia en la sociedad venezolana de creencias, mitos y estereotipos negativos en torno a la sexualidad y de manera particular hacia la sexualidad en la vejez, limitan las posibilidades que el tópico de la sexualidad se ventile públicamente como un hecho natural en los centros de atención gerontológicos.
- Los resultados del estudio denotan una concepción reduccionista de la sexualidad, concibiéndola solo desde el punto de vista de la relación coital en detrimento de otros aspectos que como los psicológicos y sociales también forman parte de la sexualidad humana.

- De igual modo, los informantes asocian la sexualidad como exclusiva y propia de la juventud, pese a que enfatizan que la misma es una necesidad básica del ser humano. Esto se explica probablemente por la influencia que aún tiene el modelo de sexualidad joven que prevalece en el contexto sociocultural occidental.
- Finalmente, en el grupo de informantes existen creencias que limitan y niegan la sexualidad en la etapa de la vejez, no obstante a ellos, aseveran que la sexualidad constituye una necesidad básica para el individuo independientemente de la edad, y en este sentido reportan que se mantienen sexualmente activos.

## Referencias

1. Acevedo, I. (1986). *El proceso de la entrevista*, México.
2. Ander Egg. (S/A). *Técnicas de la Investigación Social*. El Cd. Editor México.
3. Alcalá, R. (2000). *Sexualidad*. México: Mc Graw Hill. Interamericana.
4. Alterio A, Pérez Loyo. (2003). *Actitud del anciano hacia su sexualidad*. Área de influencia del Ambulatorio San José. Barquisimeto, Estado Lara, Venezuela, 2001. Boletín Médico Posgrado.
5. Anato, A., Otero, D. (1990). *Proceso de institucionalización y su Influencia en las manifestaciones sexuales de los ancianos*. Trabajo Especial de Grado para optar al título de Técnico Superior Universitario en Gerontología. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Falcón.
6. Arias, F. (2005). *El Proyecto de Investigación*. Caracas: 4ta Edición Episteme
7. Antonuccio, O. (1992). *Psicogeriatría. La Salud mental en la Tercera Edad*. Argentina. Editorial Akadia.
8. Anzola, E y otros. (1994). *Atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa* Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 546. Washington.
9. Bandura, Un. (1979). *La perspectiva de aprendizaje social y perspectiva de la sexualidad: Mecanismos de agresión*. En H. Toch. Psicología. Alzadas de perspectiva: Waveland Prensa, Inc.
10. Butler. (2000). *El Sexo después de los 60*. Buenos Aires, Argentina Editorial Lidium.
11. Carrera, F. (1989). *Sexología de la A a la Z*. Caracas: U.C.V.
12. Chirino. (2005). *Creencias entorno a la sexualidad un grupo de ancianos que participan en un club de la tercera edad*. Trabajo Especial de Grado no publicado. Programa de Gerontología de la Universidad Nacional Francisco de Miranda, UNEFM. Coro.
13. Coromina, C.,Garcia, M. Ortega, M.,Serra, C. (1994). *Sexualidad y Tercera Edad*. (Documento en línea). X Jornadas del día Internacional de la Enfermería. Disponible: <http://www.clm.es/ab/enfermería/revisa/número % 205/sexualidadterceraedads.htm> (consulta junio 2009).
14. Curiel, N. (1989). *Elementos para el estudio Venezolano Gerontológico*. Coro Venezuela. Edición La Colmena.
15. Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad*. Obras completas de Sigmund Freud. Psicología, (Vol. 07), Londres, Hogorth Press.
16. Fishbein, M. (1990). *Teoría de la acción humana: Un análisis basado en la Teoría de Acción Razonada*. Revista Interamericana de Psicología/Interamericana Revista de Psicología.
17. Gamboa L. (2009). *Historia de la sexualidad*. Revista Biomed 1998. (Revisa en línea) Disponible:[www.medicosdeelsalvador.com/.../Dr.\\_Gerardo\\_Enrique\\_Rivera\\_Trejo\\_868.html](http://www.medicosdeelsalvador.com/.../Dr._Gerardo_Enrique_Rivera_Trejo_868.html) (consultado septiembre 2009).
18. González, I; Miyar, E. (2001). *Respuesta sexual en la mujer climatérica*. Revista Cubana de Medicina General Integral.

19. Garzón, D. (1999). *Acercamiento a una sociología de la sexualidad*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
20. Gutiérrez, R. (1994). "Perspectivas para el desarrollo de la geriatría. México", en *Revista de Salud Pública*, México, Revista Fomento para la Salud.
21. Hernández, R. y otros. (1991). *Metodología de la Investigación*. Segunda Edición. México. Editorial McGraw-Hill.
22. Hernández, Fernández, y Baptista. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill Interamericana.
23. Hernández S. R.;L. (2003). *Metodología de la investigación*, Editorial McGraw-Hill/Interamericana de México.
24. Hernández y Fernández. (2004). *Metodología de la Investigación Tercera Edición*. Editorial McGraw-Hill/Interamericana de México.
25. Herrera P. (2003). *Sexualidad en la vejez: ¿Mito o Realidad?* Rev Chil. Obstet Ginecol. 68. 2.
26. Humprey. (1973). *Concepto de Creencia*. (Documento en línea). Disponible en [www.ccydel.unam.mx/pensamientoyaltura/biblioteca%20virtual/diccionario/creencia.htm](http://www.ccydel.unam.mx/pensamientoyaltura/biblioteca%20virtual/diccionario/creencia.htm).
27. *Instituto Nacional de Estadística (INE)*. 2001. *República Bolivariana de Venezuela*. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/demografica/distribucion.asp>. (Consultada junio 2009).
28. Laforest, J. (1991). *Introducción a la Gerontología*. Editorial España, Madrid.

## **Diagnóstico e impacto de la obesidad en el adulto mayor: estudio de caso en el municipio de Ocoyoacac, Estado de México**

*Georgina Barrera Brito, Pablo Javier Barrera Brito*

### **Introducción**

El envejecimiento poblacional es una de las grandes preocupaciones a nivel mundial en todos los ámbitos. En lo gubernamental, lo social y por supuesto en áreas de la salud. Es del todo conocido el cambio del perfil poblacional en el país, estudios e indicadores a partir de dichos estudios nos permiten conocer y profundizan tanto en los padecimientos que ocasionan morbilidad y mortalidad en el adulto mayor.

Así tenemos que en la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), estudio metacéntrico, que evalúa el estado de salud de las personas adultas mayores de algunas Ciudades de América Latina, incluido el Distrito Federal en México, para proyectar las necesidades de salud que es probable que resulten del rápido crecimiento de la población adulta mayor (1), es una herramienta útil para analizar el tema.

En tanto que los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006); estima que más de 60% de los adultos mayores sufre sobrepeso y obesidad; cerca de 25% corresponde a hipertensos diagnosticados por la encuesta y 15 a 20% a diabéticos (2). Dichos indicadores adquieren relevancia al considerar que los adultos mayores potencian sus padecimientos por la fisiología propia de la edad. Estos y otros estudios se enfocan a los datos duros que a futuro permitirán diseñar programas de salud y atención adecuados para la prevención de las principales enfermedades en éste grupo etario. Sin embargo, todavía los estudios se encuentran enfocados al adulto mayor como un grupo de individuos con enfermedades que requieren cura y pasa por alto los aspectos socioculturales que los llevaron a ese padecimiento.

Y donde, el papel y participación del gerontólogo como profesional dedicado a la atención del adulto mayor en el ámbito biológico, psicológico y social, cobra relevancia pues establece una propuesta multidisciplinar en la población que atienden y donde desarrollar su actividad. En este sentido, parece no solo del interés, sino de la necesidad de conocer y ahondar en el tema; es que presentamos el Protocolo sobre la Obesidad en el Adulto Mayor, su diagnóstico e impacto en la zona del Estado de México, particularmente en el municipio de Ocoyoacac. La finalidad de conocer el comportamiento de la obesidad y el sobrepeso en la población de adultos mayores de Ocoyoacac, reside además en que es la principal área de influencia de la Universidad Estatal del Valle de Toluca (UNEVT)); donde se imparte la Licenciatura en Gerontología, y nos permitiría realizar un diagnóstico cuyo ámbito abarque aspectos sociales y culturales en el adulto mayor que ahí reside.

**Palabras Clave:** Adulto mayor, sobrepeso, obesidad.

### **Antecedentes**

La Universidad Estatal del Valle de Toluca, está localizada en el municipio de Ocoyoacac, (nombre náhuatl que significa “lugar donde principian los ocotes), Estado de México, geográficamente el plantel y su principal área de influencia, puede verse en los siguientes mapas:

**Mapa 1. República mexicana y Estado de México**



Fuente: Elaboración propia con base en documentos de la Licenciatura en Gerontología, UNEVT.

## Mapa 2. Municipio de Ocoyoacac



Fuente: Elaboración propia con base en documentos de la Licenciatura en Gerontología, UNEVT.

## Mapa 3. Localización de la Universidad Estatal del Valle de Toluca



Fuente: Elaboración propia con base en documentos de la Licenciatura en Gerontología, UNEVT.

La población de adultos mayores en el municipio es de 4758 de acuerdo al Censo Poblacional del INEGI de 2010, representa el .031% de la población total del Estado de México y el 7.6% de la población municipal. El territorio de Ocoyoacac se divide de la siguiente manera:

**Tabla 1. División del municipio de Ocoyoacac, Estado de México**

Delegaciones	Pueblos	Colonias	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa María</li> <li>• San Miguel</li> <li>• Santiaguito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• San Juan Coapanoaya,</li> <li>• La Asunción Tepexoyuca,</li> <li>• San Pedro Cholula,</li> <li>• San Pedro Atlapulco y San Gerónimo Acazulco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guadalupe Hidalgo</li> <li>• Guadalupe Victoria</li> <li>• Juárez</li> <li>• Ortiz Rubio</li> <li>• Santa Teresa</li> <li>• La Marquesa</li> <li>• La Cima</li> <li>• Presa de Salazar</li> <li>• San Isidro Tehualtepec</li> <li>• Cañada Honda</li> <li>• Los Ailes</li> <li>• Joquicingo</li> <li>• Loma de los Esquiveles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Loma Bonita</li> <li>• El portezuelo</li> <li>• Viveros Chimaliapan</li> <li>• Texcalpa</li> <li>• Rancho los Barandales</li> <li>• San Antonio Amomolulco</li> <li>• El Gladiodero</li> <li>• Rancho la Presa</li> <li>• San Antonio</li> <li>• El Llanito</li> <li>• San Antonio Abad</li> <li>• La Escondida</li> <li>• El Peñón</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con datos COESPO (2011).

Es un lugar de gran accesibilidad, localizado a mitad del camino que une la Ciudad de Toluca con la Ciudad de México. La influencia que recibe de la cultura citadina es importante en todo aspecto. Como resultado de ello, la transformación tanto en la cantidad como en la calidad de los alimentos que se consumen actualmente, ha sufrido un cambio diametralmente opuesto a lo que esta realidad fue en los años 30's. (4,5).

El comportamiento nutricional de las poblaciones ha seguido una trayectoria contrastante. No hace mucho tiempo los ricos eran obesos, los pobres eran delgados y la preocupación era cómo alimentar a los desnutridos (6). Actualmente, los ricos son delgados y los pobres son, además de desnutridos, obesos y la preocupación es ahora la obesidad (7).

La Organización Mundial de Salud (OMS), estableció como epidemia la obesidad en 1998 ya que a nivel global existe más de 1billón de adultos con sobrepeso y por lo menos 300 millones de éstos son obesos. La epidemia de obesidad aumenta con frecuencia más rápido en los países en vías de desarrollo quienes enfrentan un doble reto junto con sus problemas de desnutrición (8).

En México la ENSANUT 2006 reporta hasta 64% de los hombres y 74% de las mujeres sufren sobrepeso u obesidad. Las mujeres tienen una prevalencia de 15 puntos porcentuales mayor de obesidad que los hombres.

La prevalencia de obesidad abdominal, según la circunferencia de cintura, fue de casi 70% en hombres y 74% en mujeres. El promedio de circunferencia de cintura para ambos sexos fue superior a 96 cm. (Cuadro I).

Existen estudios donde se evidencia que el adulto mayor de 60 años de edad en México se caracteriza por estatura baja, con una preocupante prevalencia de sobrepeso y obesidad. También poseen una elevada prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la obesidad troncal y la hipercolesterolemia, y existe una gran proporción que evidenció manifestaciones clínicas de ECNT como hipertensión arterial y diabetes Mellitus tipo 2 (2).

Estos resultados evidencian que el desafío consiste en identificar y abordar las causas básicas y subyacentes de su deficiente estado de salud, nutrición y alimentación, a fin de mejorar su calidad de vida mediante la planeación de intervenciones dirigidas a este grupo de población (2).

**Cuadro 1. Medias de peso, talla, índice de masa corporal (IMC), circunferencia de cintura y estado de nutrición de la población de 60 y más años de edad en México**

Variable	Hombres	Mujeres
	(n= 2 355)*	(n= 3 125) ‡
	Media ± DE	Media ±
Peso (kg)	70.6 ± 13.3	63.2 ±
Talla (cm)	162.3 ± 7.3	148.5 ± 6.3
Índice de masa corporal (kg/m <sup>2</sup> )	26.7 ± 4.4	28.6 ± 5.7
Circunferencia de cintura (cm)	96.2 ± 11.1	97.9 ± 13.6
	% (IC95%)	% (IC95%)
Estado de nutrición		
Desnutrición (IMC <18.5)	1.5 (1.0, 2.1)	1.8 (1.3, 2.6)
Sobrepeso (IMC, 25-29.9)	43.9 (40.8, 47.0)	38.9 (35.6, 42.2)
Obesidad (IMC >30)	20.2 (17.8, 22.9)	35.5 (32.7, 38.4)
Circunferencia de cintura		
Obesidad abdominal (>80 cm en		
Mujeres y >90 cm en hombres) 69.5 (66.5, 72.4) 73.7 (70.9, 76.4)		
* Expansión (miles): 4 154.1 hombres de 60 años y más		
‡ Expansión (miles): 5 347.7 mujeres de 60 años y más		

Fuente: ENSANUT (2006).

Se conocen múltiples métodos para determinar el grado de obesidad y sobrepeso de la población. El IMC es el estándar habitual que se emplea para este diagnóstico. Sin embargo, la circunferencia de la cintura (CC) ha sido propuesta como el mejor índice antropométrico en relación al riesgo de enfermedad cardiovascular y en México ésta resultó ser mejor indicador de riesgo para la población que el IMC (9).

La acumulación de grasa abdominal ha sido relacionada a alteraciones metabólicas dentro de las cuales se incluyen la resistencia a la insulina y la dislipidemia y ambas predisponen a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (10,11). De tal modo que para los fines del presente diagnóstico, se considera como parámetro válido la circunferencia de la cintura. Ahora bien, apegándonos al criterio de la OMS asentado en el Tratado de Kiev de 1979, se considera adulto mayor a todo individuo mayor de 60 años en países en vías de desarrollo (12). A pesar de que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ajustó esa edad a 65 años; en México se sigue considerando a los adultos mayores a partir de los 60 años de edad (13).

La gerontología de acuerdo con la OMS, es el estudio de los aspectos relacionados con el envejecimiento de la población y sus manifestaciones sociológicas, biológicas, psicológicas, ambientales y especialmente sanitarias. Para realizar sus actividades, cualquier profesionalista, incluidos los gerontólogos, deben conocer primero las condiciones en las que se encuentra la población que atenderán ya que estos realizan diagnósticos sanitarios y sociales para desarrollar programas de atención a diversos sectores de la población.

La UNEVT cuenta en sus instalaciones con una Clínica Integral Universitaria que ofrece atención en las tres áreas de preparación que imparte: Gerontología, Acupuntura y Quiropráctica. Para que la Clínica Universitaria ofrezca servicios útiles y atractivos a la comunidad se requiere conocer las condiciones de la población que habita el área de influencia del plantel. De este modo se diseñarán programas de atención tanto para la población usuaria como para los estudiantes en formación.

## Método de medición y materiales requeridos

Por muestreo intencional no probabilístico se seleccionaron 266 adultos mayores, con rangos de edad de 60 a 91 años; de acuerdo a los criterios de la OMS (tabla 1-4), quienes se sometieron al Protocolo estandarizado para mediciones de circunferencia de cintura. Es más conveniente utilizar la CC ya que, como se señaló con anterioridad, ésta resultó ser un mejor indicador de riesgo para la población mexicana (9). Resulta también más económico utilizar el indicador CC (6).

**Tabla 1. Distribución por edades**

Edad	Hombres	Mujeres
60	11	13
61	3	5
62	4	6
63	4	6
64	11	4
65	8	7
66	3	7
67	11	8
68	13	4
69	5	10
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>70</b>

**Tabla 2. Distribución por edades**

Edad	Hombres	Mujeres
70	6	8
71	5	1
72	6	7
73	4	3
74	2	6
75	5	4
76	3	6
77	0	4
78	2	3
79	4	8
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>50</b>

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 3. Distribución por edades**

Edad	Hombres	Mujeres
80	4	3
81	3	2
82	4	3
83	3	0
84	1	2
85	2	1
86	1	0
87	0	1
88	1	0
89	1	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>12</b>

**Tabla 4. Distribución por edades**

Edad	Hombres	Mujeres
90	1	1
91	0	1
92	0	0
93	0	0
94	0	1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

Población Total: 266

Fuente: Elaboración propia.

Se aplicó un cuestionario estructurado dirigido al adulto mayor que incluía los siguientes datos generales:

- localidad,
- género,
- edad,
- grado de educación,
- circunferencia de la cintura,
- y 5 preguntas respecto a la percepción del peso como un problema de salud.

Esta última como generadora de un problema en su desplazamiento, como dificultad para relacionarse socialmente, si presenta problemas de salud asociado a su peso (Formato 1).

También se aplicó un cuestionario estructurado dirigido al cuidador primario, en caso de que tuvieran uno, para conocer su percepción del problema de salud del adulto mayor a su cargo (Formato 1).

Los reactivos (elaborados como preguntas cerradas)

El cuestionario se aplicó como entrevista directa con al adulto mayor y su cuidador en caso de que existiera. Los entrevistadores llenaron sus formatos de forma personal. La muestra seleccionada fue tomada de las delegaciones, pueblos y colonias de todo el municipio de forma uniforme empleando los mapas de AGEBS de la jurisdicción sanitaria de Xonacatlán (18). La aplicación de los cuestionarios fue casa por casa.

Para la medición se utilizó cinta métrica estándar de fibra de vidrio, graduada en centímetros por un lado y en pulgadas por el reverso. Se siguió en procedimiento indicado en el manual de procedimientos de la Secretaria de Salud: “Técnica de medidas clínicas y antropométricas en el adulto y el adulto mayor” (14) y apoyado por el Manual de Antropometría editado por Saversa y Haua Navarro. (15).

Se estableció como criterio de obesidad/ sobrepeso a toda medida mayor a 80 cms., en mujeres y 90 cms., en hombres.

## Formato 1. Cuestionario sobre impacto de la obesidad en el adulto mayor en Ocoyoacac, Estado de México

<b>UNIVERSIDAD ESTATAL DEL VALLE DE TOLUCA</b> <b>LICENCIATURA EN GERONTOLOGÍA</b>		
<b><u>CUESTIONARIO SOBRE IMPACTO DE LA OBESIDAD EN EL ADULTO MAYOR EN OCOYOACAC, ESTADO DE MÉXICO.</u></b>		
FECHA: _____/DIC./2011	EDAD: _____	GÉNERO _____
LOCALIDAD: _____		
GRADO DE ESCOLARIDAD: _____	CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA: _____ CMS.	
1.- LE GUSTA SU APARIENCIA RESPECTO A SU PESO ACTUALMENTE: SI _____ NO _____		
2.- TIENE ALGÚN PROBLEMA PARA MOVERSE POR SU PESO: SI _____ NO _____		
3.- TIENE ALGUNA ENFERMEDAD DEBIDO A SU PESO: SI _____ NO _____		
4.- CONSIDERA SU PESO UN PROBLEMA PARA SU SALUD: SI _____ NO _____		
PREGUNTAS PARA EL CUIDADOR PRIMARIO:		
EDAD: _____	GENERO: H _____ M _____	
PARENTESCO: _____		
1.- LE GUSTA LA APARIENCIA DE SU FAMILIAR: SI _____ NO _____		
2.- UD. DEBE AUXILIAR A SU FAMILIAR PARA MOVERSE POR SU PESO: SI _____ NO _____		
3.-CONSIDERA EL PESO DE SU FAMILIAR UN PROBLEMA PARA LA SALUD: SI _____ NO _____		
4.- EVITA LLEVAR A SU FAMILIAR A EVENTOS SOCIALES O FAMILIARES DEBIDO A SU PESO: SI _____ NO _____		
5.- CONSIDERA QUE LAS PERSONAS AJENAS A SU FAMILIA RECHAZAN A SU FAMILIAR POR SU PESO: SI _____ NO _____		
*COMENTARIOS _____ _____		

Fuente: Elaboración propia.

### Resultados

#### Tamaño de la Muestra

Para calcular el tamaño de la muestra aplicada mediante la Encuesta se utilizó el Teorema del Límite Central que refiere que “la distribución de la frecuencia relativa de la media de una muestra para cualquier población es Normal para muestras lo suficientemente grandes” (19).

De este modo la encuesta se aplicó a 266 personas.

Los resultados totales de la encuesta a los adultos mayores son los siguientes:

**Tabla 5. Resultados de la encuesta**

<b>Preguntas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Total</b>
<b>Cuenta con algún nivel de escolaridad</b>	190	76	266
<b>Cuenta con algún cuidador</b>	241	25	266
<b>Le gusta su apariencia</b>	195	71	266
<b>Tiene algún problema para moverse</b>	98	168	266
<b>Tiene alguna enfermedad debido a su peso</b>	136	130	266
<b>Considera su peso un problema para su salud</b>	148	118	266
<b>Se siente rechazado socialmente por su peso</b>	36	230	266

Fuente: Elaboración propia.

### Estimación de proporciones

Cuando tenemos un experimento aleatorio en el que los únicos resultados que se pueden obtener sean solo dos y estos sean mutuamente excluyentes, se dice que tenemos un ensayo de Bernoulli en donde la probabilidad de obtener éxito (nosotros definimos cuál de los resultados es éxito) es  $p$  y la de obtener fracaso es  $q = 1 - p$ .

Si dicho experimento lo realizamos “ $n$ ” veces se dice que estamos realizando un experimento Binomial, siendo el resultado de este la suma de los resultados de cada uno de los  $n$  ensayos de Bernoulli que lo conforman, y teniendo misma probabilidad de éxito “ $p$ ”.

La probabilidad “ $p$ ” también representa la proporción de éxitos que existe dentro de la población a la que se le está aplicando dicho experimento Binomial. Hay ocasiones en las que en un experimento Binomial no se conoce el parámetro  $p$  que lo define, para esto se usan técnicas estadísticas para estimarlo (19).

- En este caso encontramos que no se conoce el parámetro “ $p$ ” para nuestros experimentos binomiales que son cada una de las preguntas de la encuesta. Veamos qué porcentaje de la población comparte la misma respuesta

afirmativa que dieron los integrantes de la muestra; lo vemos de acuerdo a cada pregunta.

### Contar con algún nivel de escolaridad

De acuerdo a los resultados de la encuesta tenemos que de las 266 personas encuestadas, 190 si cuentan con algún nivel de escolaridad. Ahora esto nos da como resultado una proporción estimada de personas que tienen algún nivel de escolaridad. A este número lo llamaremos  $\hat{p}$ , entonces  $\hat{p} = 0.7142$

Para determinar la confiabilidad del estimador  $\hat{p}$ , necesitamos ver a  $\hat{p}$  como un promedio o media de los valores que puede tomar  $p$ . Entonces aplicando el Teorema Central del Límite tenemos que la frecuencia relativa de  $\hat{p}$  es Normal. Con esto ya podemos construir un intervalo de confianza para  $p$ .

Por tanto el intervalo de confianza para  $p$  es:

$$\hat{p} \mp z_{\frac{\alpha}{2}} \sigma_{\hat{p}} = \hat{p} \mp z_{\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\frac{pq}{n}} \approx \hat{p} \mp z_{\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\frac{\hat{p}\hat{q}}{n}}$$
$$\left[ 0.7142 - 1.68 \left( \sqrt{\frac{0.5 * 0.5}{266}} \right), 0.7142 + 1.68 \left( \sqrt{\frac{0.5 * 0.5}{266}} \right) \right] = [66.77\%, 76.08\%]$$

Por tanto entre 66.77% y 76.08% de personas cuentan con un nivel de escolaridad y esto lo podemos afirmar con un **90.704%**.

Del mismo modo procedemos para obtener las proporciones de las demás preguntas.

**Tabla 6. Resultados de encuesta**

	INTERVALO	
Cuenta con algún nivel de escolaridad	66.78%	76.08%
Cuenta con algún cuidador	87.60%	93.61%
Le gusta su apariencia respecto a su peso	68.75%	77.86%
Tiene algún problema para moverse	31.87%	41.81%
Tiene alguna enfermedad debido a su peso	45.98%	56.28%
Considera su peso un problema para su salud	50.52%	60.76%
Se siente rechazado socialmente por su peso	10.01%	17.06%

Fuente: Elaboración propia.

Los adultos mayores que cuentan con cuidador son: 242.

Los resultados totales de la encuesta a los cuidadores son los siguientes:

**Tabla 7. Resultados de encuesta**

Pregunta	SI	NO	Total
Le gusta la apariencia de su familiar respecto al peso	201	41	242
Debe auxiliar a su familiar para moverse por su peso	154	88	242
Considera el peso de su familiar un problema para la salud	127	115	242
Evita llevar a su familiar a eventos sociales o familiares	14	228	242
Considera que las personas ajenas a su familia rechazan a su familiar por su peso	19	223	242

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a los cuidadores se encontraron los siguientes datos:

**Tabla 3. Distribución por edades**

Edad	Cantidad	Edad	Cantidad	Edad	Cantidad	Edad	Cantidad	Edad	Cantidad
11	1	25	7	37	4	49	2	61	1
14	2	26	1	38	9	50	5	62	1
15	2	27	10	39	4	51	2	63	1
16	1	28	6	40	18	52	2	64	2
17	7	29	1	41	2	53	3	65	3
18	5	30	8	42	9	54	0	68	2
19	7	31	3	43	5	55	7	69	2
20	8	32	11	44	1	56	3	70	2
21	2	33	9	45	10	57	2	79	1
22	6	34	6	46	1	58	4	83	1
23	5	35	12	47	3	59	0	0	0
24	3	36	6	48	6	60	2	0	0
							Masculino		Femenino
							83		159

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 7. Resultados de la encuesta**

	INTERVALO	
Los adultos mayores que cuentan con cuidador	88.03%	93.93%
Le gusta la apariencia de su familiar respecto al peso	79.01%	87.11%
Debe auxiliar a su familiar para moverse por su peso	58.44%	68.83%
Considera el peso de su familiar un problema para la salud	47.09%	57.87%
Evita llevar a su familiar a eventos sociales o familiares	3.26%	8.31%
Considera que las personas ajenas a su familia rechazan a su familiar por su peso	4.95%	10.76%

Fuente: Elaboración propia.

## Discusión

El presente es un estudio de tipo cualitativo. Se auxilia del análisis matemático de datos para dar validez a sus resultados. De éste modo se estableció una confianza de 90.7%.

Los rangos estimados demuestran que en la población de adultos mayores:

- Poco más de la mitad cuenta con algún grado de estudios o bien sabe leer y escribir.
- Alrededor del 90% tiene cuidador.
- Casi el 80% están de acuerdo con su apariencia respecto a su peso.
- Aproximadamente el 45% tiene problemas para desplazarse por ese motivo.
- La mitad de esta población está afectada por alguna enfermedad asociada de algún modo a su peso.
- A pesar de que el 60% considera su peso un problema de la salud sólo alrededor del 17% se siente rechazado por su peso.

Es interesante que un gran porcentaje de adultos mayores esté de acuerdo con su apariencia respecto a su peso aunque consideren que su peso es un problema para la salud.

En conclusión en el ámbito gerontológico se requieren estudios más específicos para conocer cuáles son las medidas que el adulto mayor o bien los familiares han tomado para controlar el peso y si realizan actividad física dirigida a ese fin

precisamente. También se requieren estudios para conocer la calidad y cantidad de alimentos que consumen. Información, indicadores, y cifras con las que se podrían elaborar estrategias efectivas para mejorar la calidad de su dieta e incidir en su peso de forma significativa.

Por otra parte, observar que no existen programas diseñados específicamente para controlar el peso del adulto mayor. Si bien, existen para mejorar las condiciones asociadas a enfermedades crónico-degenerativas, no hay para mantener en un peso saludable con o sin enfermedades asociadas, cuando la obesidad y el sobrepeso son condiciones patológicas por sí mismas.

Y por otra parte, los problemas para desplazarse disminuyen la calidad de vida en el adulto mayor, potencialmente les hace propensos a desarrollar problemas ortopédicos. Es común encontrar que los gimnasios ofrecen servicios para control de peso y mejora de la apariencia de jóvenes y adultos pero no los hay para adultos mayores. El ejercicio ofrece beneficios para el aparato locomotor en primer lugar. Mantiene las articulaciones lubricadas y previene el desgaste de las mismas y el desarrollo de osteoporosis. Hacen falta programas de activación física diseñados para esta población en particular.

Aunque es un porcentaje bajo, los adultos mayores, en general se sienten rechazados por su apariencia de sobrepeso/obesidad. Esto indica de algún modo que requieren apoyo para mejorar su autoestima.

Respecto a los cuidadores es sorprendente que la cultura admita como cuidador inmediato a un niño de 11 años o bien que el esposo o esposa del adulto mayor se haga cargo de su pareja a los 94 años de edad. Es muy frecuente encontrar que los adultos mayores están cuidando adultos mayores. No hay respaldo sociocultural para este grupo poblacional. No es de extrañar que la mayoría de los cuidadores sean mujeres por el rol sociocultural asignado por género.

Se requieren estudios más profundos para establecer lo que la población de Ocoyoacac entiende por cuidador. Conocer el perfil y el tipo de apoyo que brinda

así como los conocimientos o capacidad para desarrollar ese papel de forma óptima tanto para el adulto mayor como para el cuidador.

La mayoría acepta la apariencia de su familiar respecto al peso aunque también la mayoría debe auxiliarles para moverse y reconocen el peso de su familiar como un problema de salud. La mayoría acude a eventos sociales con su familiar independientemente del problema de peso y no percibe rechazo social asociado a esa condición.

En gerontología sin duda que se requieren estudios para saber en qué consiste el apoyo para la movilización del adulto mayor con problemas de peso y la forma en que le auxilian para controlar o mejorar el mismo.

Una de las labores preponderantes de las primeras generaciones de gerontólogos egresados de las instituciones en todo el territorio será modificar el concepto “Envejecimiento frágil” por el concepto “Envejecimiento activo y saludable”. Eso implica cambios en la percepción de la vejez tanto por quien la cursa, como por los que rodean a esos adultos mayores. Implica tanto la preparación de toda la población para mejorar sus condiciones generales y aceptar su inminente envejecimiento, como el hecho de romper el paradigma que se tiene actualmente respecto al anciano.

## **Conclusiones**

Existe un problema de sobrepeso/obesidad en los adultos mayores de Ocoyoacac, Estado de México. Se requiere desarrollar programas de atención específica.

El panorama inicial indica que hay muchas líneas de trabajo a desarrollar, así como ser desarrolladas por el personal adecuado: el gerontólogo.

- Diseño de estrategias de intervención nutricional,
- Actividad física,
- Apoyo psicogerontológico y asesoría familiar.

- Sensibilización de la población en general respecto a las necesidades de este grupo de edad.
- Estudios más profundos para adaptar los programas de la clínica universitaria de tal forma que sus usuarios observen una mejoría tal que cambie gradualmente el perfil social de sus adultos mayores.
- Diseño de estrategias de campo para intervención en el caso de los adultos mayores que no pueden desplazarse a la clínica integral universitaria por su problema de peso o bien por los problemas ortopédicos asociados.

## Referencias

- 1.- Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 17(5/6):307–22.
- 2.- Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Mundo-Rosas V, Morales-Ruán C, Cervantes-Turrubiates L, Villalpando-Hernández S. Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud Pública México*, 2008; 50:383-389.
- 3.- Localidades de Ocoyoacac, 2010. Consultado en: <http://www.nuestro-mexico.com/Mexico/Ocoyoacac/>
- 4.- De Chávez MM, Valles V, Blatter F, Ávila A, Chávez A. La alimentación rural y urbana y su relación con el riesgo aterogénico. *Salud Pública Mex* 1993; 35:6.
- 5.- Madrigal FH, Batrouni KL, Ramírez DB, Serrano AI. Cambios en el consumo de alimentos en México. *Rev Invest Clin* 1986; 38:33-9.
- 6.- Sánchez- Castillo Claudia P., Pichardo –Ontiveros Edgar, López-R. Patricia. Epidemiología de la obesidad. *Gac Méd Méx Vol. 140, Suplemento No. 2, 2004; 3-19.*
7. - World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, Switzerland, June 3-5, 1998. Geneva, Switzerland: WHO; 1998.
8. - Obesity and overweight. World Health Organization.[http://www.who.int /dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/74](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/74). World Health Organization. The World Health Report 2003.<http://www.who.int/whr/2003/en/>.
- 9.- Sánchez-Castillo CP, Velázquez-Monroy O, Berber A, Lara-Esqueda A, Tapia-Conyer R, James WPT, and the Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 Working Group. Anthropometric cutoff points for predicting chronic diseases in The Mexican National Survey 2000. *Obes Res* 2003; 11:442-51.
- 10.- Willett WC, Manson JE, Stampers MJ, Colditz GA, Rosner B, Speizer FE, Hennekens CH. Weight, weight change, and coronary heart disease in women: risk within the “normal” weight range. *JAMA* 1995; 273:461-5.
11. - Colditz GA, Willett WC, Rotnitzky A, Manson JE. Weight gain as a risk factor for clinical diabetes mellitus in women. *Ann Intern Med* 1995; 122:481-6.
- 12.-Novelo de López Hilda Irene Lic. en Nutrición. “Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década”. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. 2003-5 edición especial.
- 13.- Rango de edad del adulto mayor (2004). Consultado en: [www.conapo.gob.mx/prensa/2004/43.pdf](http://www.conapo.gob.mx/prensa/2004/43.pdf)
- 14.- Toma de medidas clínicas y antropométricas en el adulto y el adulto mayor. Manual de procedimientos SSA. Abril 2002. Pág. 38 y 39.
- 15.- Saversa Fernández Áraceli, Haua Navarro Karime. Manual de antropometría. Universidad Iberoamericana. 2009 - 57-59.
- 16.-Bases del diagnóstico: población vulnerable del Estado de México 2010. Documento técnico. Gobierno del estado de México. Noviembre 2011.
- 17.-Censos poblacionales (2010). Consultado en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/poblacion/default.aspx?tema=me&e=15>
- 18.- Mapeo de AGEBS. Consultado en: <http://kaab.insp.mx/provac/>
19. - McClave, James T, Statistics / James t. mcclave, Frank h. Dietrich, ii .5a. Edición, San francisco: Dellen, 1991.



**Expediente Electrónico Clínico Odontológico de Formación Académica (Eecofa): como herramienta tecnológica para el análisis epidemiológico de adultos mayores  
(Estudio de casos en las clínicas odontológicas de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, U.N.A.M)**

*María Teresa Carreño Hernández, José Luis Olguín Sánchez,  
Edgar Velázquez Reyes*

## **Resumen**

El proceso natural humano conocido como envejecimiento, no es otra cosa que un conjunto de cambios fisiológicos normales que se manifiestan tanto en la esfera orgánica como en la mental a través del paso de los años; estos cambios predisponen una cadena de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a presentar diversas enfermedades.

Algunos cambios asociados al envejecimiento se describirán en esta investigación, así mismo a partir de la información obtenida del expediente electrónico clínico odontológico de formación académica de la FES Iztacala-U. N. A. M., se presenta el análisis epidemiológico de las principales enfermedades que padecen los pacientes adultos mayores que asisten a la atención odontológica en sus diferentes campus.

## **Palabras clave**

Envejecimiento, enfermedad, salud bucal.

## **Introducción**

Para el presente estudio se consideran variables de diferente tipo como grupo etario, género, así como las principales enfermedades sistémicas que muestra el adulto mayor. En la mayoría de los casos los pacientes que acuden a las distintas clínicas odontológicas del campus, lo hacen por problemas de salud bucal y no por la conciencia de padecer otro tipo de enfermedad, incluso el diagnóstico integral que se realiza, llega a descubrir signos y síntomas de padecimientos del que no

tenía conocimiento. Y sí este es el caso, se remite a las áreas de atención indicadas e incluso al manejo de interconsultas más especializadas.

Por medio de la anamnesis aplicada durante la elaboración de la historia clínica se genera una cantidad importante de información, la cual cuando no está disponible de forma breve, será solo una pila de documentos difícilmente utilizable, por ello el modelo de expediente electrónico es una tecnología de vanguardia aplicable a cualquier área de la salud, y fundamentalmente para la atención gerontológica se vuelve un instrumento de valor agregado.

### **Objetivo del estudio**

La reflexión sobre cómo y por qué la población adulta mayor se ve afectada en su calidad de vida por la falta de atención odontológica y la necesidad de un expediente electrónico como herramienta tecnológica para conocer mejor las enfermedades que padece.

### **Muestra**

La seleccionan del total de población adulta mayor que corresponde a 3,850 pacientes hombres o mujeres que acuden a cualquiera de las clínicas odontológicas de la FES Iztacala, en un rango de edad comprendida entre 60 y 110 años y que se les haya integrado un expediente electrónico.

### **Variables**

Los grupos etarios se dividen por rangos de edad de 10 años quedando de la siguiente manera 60 a 69, 70 a 79, 80 a 89, 90 a 99 y 100 a 109, posteriormente se subdividen por género; mujeres y hombres. Se consideraron veinticinco enfermedades principales el registro que muestra la base de datos para la consulta. En las subsecuentes consultas los datos se cruzaron para observar cuales afectan directamente la calidad de vida como se ejemplifica a continuación:

- Masculino: hipertenso y diabético
- Femenino: hipertenso y diabético
- Femenino: enfermedad cardiovascular-artritis

- Masculino: enfermedad cardiovascular-fiebre reumática

La posibilidad de consulta cruzada en la base de datos principal se limita a la siguiente expresión algebraica  $a^2 (bc)$

Dónde:

a= Número total de padecimientos consultados

b= Número de grupos etarios

c= Número de grupos por género

a=25; b=5; c=2 por tanto,  $25^2 (5 \times 2) = 6250$

## **Cambios asociados al envejecimiento**

### Anatomía General

A partir de los 50 años la estatura disminuye a razón de 5 cm.. por año acentuándose más en las mujeres. La masa corporal alcanza su máximo peso aproximadamente a los 50 años, para posteriormente disminuir a progresivamente hasta en un 20% en promedio.

### Piel y Fanéreos

Con el tiempo se hace más delgada, seca, transparente y se vuelve menos elástica, se arrugada y suele tener un color amarillento. Las uñas reducen su velocidad de crecimiento, aumentan su grosor y se vuelven opacas y más duras por aumento proporcional de la queratina, llegan a presentar onicogriposis. Debido a cambios en el tejido conectivo se reduce el recambio epitelial y los traumatismos pueden producir la ruptura de vasos capilares; por lo que alrededor de los 90 años el 70% de los adultos mayores presentan el llamado purpura senil.

### Sistema músculo esquelético

En un rango de cincuenta años –de los 30 a los 80-, se pierde un 30 a 40% de la masa muscular. Dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad. Hay disminución en la actividad osteoblástica, por lo que la masa ósea se ve disminuida

en el grosor de la cortical. En las mujeres principalmente por efecto de la pérdida de estrógenos y su acción inhibidora sobre los osteoclastos produce osteoporosis originalmente en caderas, fémures y vértebras. También puede aparecer osteomalacia lo cual se asocia a déficit de vitamina D.

### Sistema Nervioso

El sistema nervioso se afecta de manera importante con el paso del tiempo. Existe pérdida de neuronas no generalizada. Los receptores de catecolaminas, serotonina y opioides se reducen. Estos cambios en los neurotransmisores y sus receptores no se traducen necesariamente en cambios intelectuales y conductuales, sino que es el conjunto de cambios lo que provoca dichas variaciones.

### Oído y Audición

En el oído externo se produce acumulación de *cerumen*, lo que dificulta la audición a nivel del oído medio, pues se produce un adelgazamiento de la membrana timpánica y pérdida de su elasticidad.

### Ojo y Visión

La órbita pierde contenido graso y produce efecto de ojos hundidos. La córnea pierde transparencia y depósitos de lípidos producen el “arco senil”. La pupila reduce su diámetro y el iris disminuye la capacidad de acomodación por fibrosis de sus elementos musculares. Frecuentemente aparecen cataratas observables sobre la córnea.

### Sistema Endocrino

Pituitaria, sólo hay tendencia a la formación de adenomas, la Hormona Antidiurética (ADH) se encuentra más activa frente a fenómenos de alteración osmótica mientras que la renina disminuye y la aldosterona aumenta. La hormona del crecimiento (GH) disminuye su actividad. En cuanto a la glucosa e insulina no hay disminución de la secreción pancreática de insulina; pero se observa mayor resistencia de los tejidos periféricos a su acción. Con los años aumenta la tendencia a presentar nódulos

tiroideos así como la incidencia de fenómenos autoinmunes contra el tiroides. Se pierde la capacidad de tolerar el estrés por disminución de la secreción de glucocorticoides.

#### Sistema Inmune

La inmunidad del anciano presenta cambios que se traducirán en efectos clínicos mediados por su respuesta frente a los agentes infecciosos.

#### Sistema renal y vías urinarias

Los riñones sufren importantes cambios con el envejecimiento, los cuales no se hacen notorios dada la gran reserva funcional de estos órganos; sin embargo cerca de un 50% de los nefrones desaparecen entre los 30 a 70 años, en tanto que la tasa de filtración glomerular decae en 8 ml. min. Cada 10 años. En cuanto a las vías urinarias se ven afectadas por una mayor tendencia a la formación de cálculos, la presencia de obstrucción prostática por crecimiento normal de la glándula en los hombres y los cambios producidos por la caída de los estrógenos en mujeres.

#### Sistema Cardiovascular

El corazón aumenta su tamaño y peso, presentando alrededor de los 70 años aumento del grosor de ambos ventrículos como respuesta a la resistencia periférica elevada del adulto mayor. A nivel del sistema cardiovascular es sumamente difícil discernir entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas patologías que se manifiestan a través de los años. El endocardio se adelgaza difusamente, las válvulas presentan calcificaciones. El corazón del anciano es en términos generales capaz de mantener adecuadamente un gasto cardíaco suficiente para satisfacer las necesidades del paciente, pero su adaptación al estrés se reduce progresivamente con el paso de los años.

#### Sistema Respiratorio

Los cartílagos costales presentan calcificaciones y la columna a menudo presenta cifosis marcada con aumento del diámetro antero-posterior del tórax, por cuanto la

distensibilidad de la pared muscular disminuye. Disminuye la elastina de la pared bronquial así como el colágeno. Hay aumento de la secreción mucosa con un aumento relativo de las células caliciformes.

### Sistema Digestivo

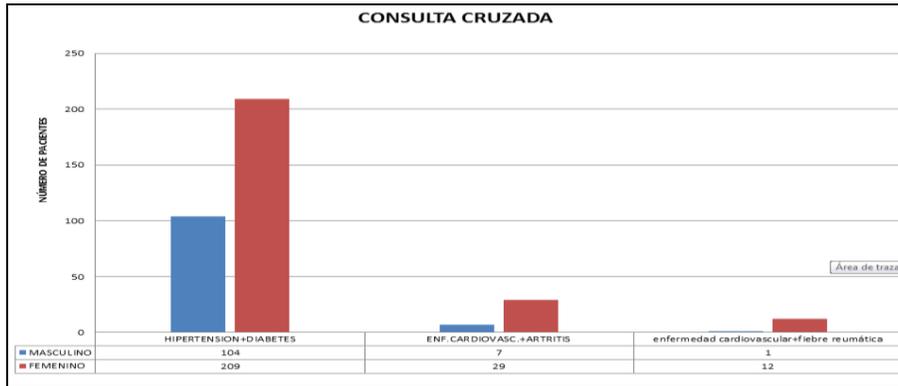
Se produce a nivel del gusto una disminución de la capacidad de percibir los sabores dulces y salados. Los dientes presentan retracción de los márgenes gingivales, reducción de la pulpa dental y consecuente reducción de la inervación. Hay una disminución fisiológica de la producción de saliva y atrofia de la mucosa periodontal, lo que lleva a mayor facilidad de traumatismo y lesiones dentales. La meta de la OMS para la salud de un adulto mayor es la conservación de 20 a 22 dientes en esta etapa de la vida.

El debilitamiento del diafragma hace más frecuente la existencia de hernias hiatales. La reducción de elasticidad de la pared del recto y la disminución de la motilidad general del intestino puede conducir a la presencia de constipación y génesis de fecalomas. A nivel de esfínter anal hay disminución de la elasticidad de las fibras lo cual puede derivar en incontinencia fecal. La capacidad de metabolización hepática es menor provocando cambios en la farmacocinética de muchas drogas.

La relevancia de estos cambios asociados al envejecimiento y sus implacables consecuencias hacen muy difícil desligar dichos cambios a la aparición de diversas enfermedades; sin embargo es necesario intentar reconocer cuales son las diferencias que se producen con el paso de los años para poder actuar a través de este conocimiento en la resolución de los problemas que la disminución de la reserva funcional trae aparejados.

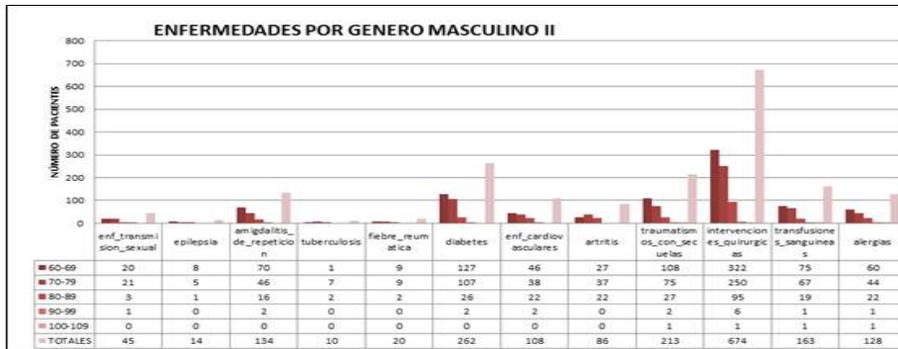
Para apoyar el reconocimiento de estos cambios funcionales e identificarlos como propios del envejecimiento será necesario primero conocer la incidencia de las principales enfermedades que padecen los adultos mayores, para lo cual se presentan los siguientes resultados.

**Gráfico 1. Morbilidad de enfermedades en el adulto mayor**



Fuente: Elaboración propia con base de datos EECOFA.

**Gráfico 2. Morbilidad de enfermedades por género en el adulto mayor**



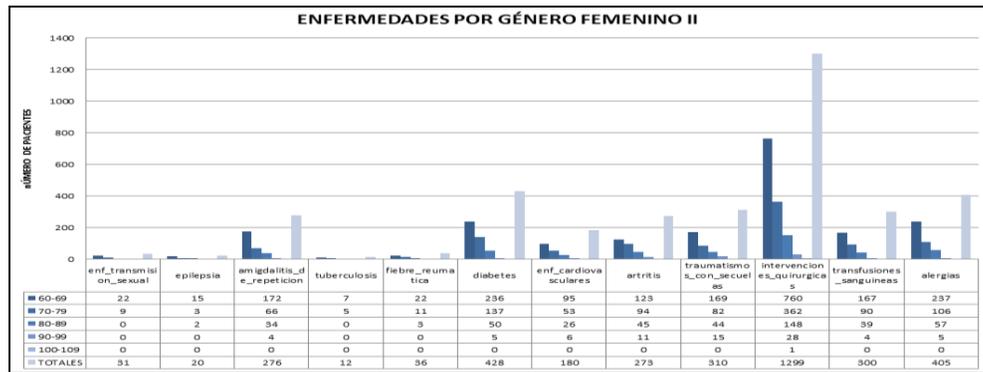
Fuente: Elaboración propia con base de datos EECOFA

**Gráfico 3. Morbilidad de enfermedades por género en el adulto mayor**



Fuente: Elaboración propia con base de datos EECOFA.

**Grafico 4. Morbilidad de enfermedades por género en el adulto mayor**



Fuente: Elaboración propia con base de datos EECOFA.

## Resultados

De acuerdo a la consulta cruzada la combinación hipertensión + diabetes es la que afecta al mayor número de pacientes femeninos disminuyendo la esperanza de vida durante el rango de 60 a 69 años.

Por otro lado la varicela, sarampión, hipertensión y diabetes son los padecimientos de mayor frecuencia durante el rango de 60 a 109 años lo que demuestra la prevalencia de enfermedades de la infancia y las enfermedades condicionadas a los hábitos de vida en un rango de 44.34 % según nuestra investigación. En tanto que el estudio del apartado para intervenciones quirúrgicas presento un índice del 49.4 %.

## Referencias

1. Abril, Dolores., *et. al.*, "Carencias y Oportunidades de la I+D para la Innovación en Accesibilidad a la Información y a la Comunicación". En Vidal García Alonso J., PRAT.
2. Pastor, Jaime, Rodríguez, Porrero, *et. al.*, *Libro Blanco I+D+I al servicio de las Personas con Discapacidad y las Personas Mayores*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ministerio de Ciencia y Tecnología. Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI). 2003.
3. Paulo, Marín, L. Pedro, *et. al.*, "Manual de Geriatria y Gerontología", en *Cambios del envejecimiento y sus implicancias clínicas*. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2000.
4. Staab, A.S., Hodges, L.C., *Enfermería gerontológica*. McGraw-Hill. México. 1998.
5. Burque, M., Walsh, M., *Enfermería Gerontológica. Cuidados integrales del adulto mayor*. Ed. Harcourt Brace. Madrid. 1998.
6. Duarte-Molina, P., Tarres, P., *Terapia ocupacional en geriatría: Principios y práctica*. Ed. MASSON. Barcelona. 1998.



## **Inmovilidad versus vida saludable: el uso de la biomecánica en el diagnóstico del Síndrome de Inmovilidad en el adulto mayor**

*Ramón Flores Gómez, David Elías Viñas, Luisa Stefania Zamora Fonseca, Raquel Nabor Domínguez, Yesenia García González*

### **Resumen**

La presente investigación analiza el proceso de envejecimiento humano y plantea que la valoración biomecánica, puede ser un método de diagnóstico gerontológico del síndrome de inmovilidad en el adulto mayor. Los principios metodológicos y valoración de la biomecánica ofrecen un análisis objetivo del comportamiento biomecánico del cuerpo humano y de su interacción con el entorno, aplicando metodologías y tecnologías propias para el estudio cinético, cinemático, fisiológico del movimiento y postura.

### **Palabras claves**

Síndrome de inmovilidad, biomecánica, adulto mayor.

### **Introducción**

Con el paso de los años se producen una serie de cambios fisiológicos que contribuyen a disminuir la movilidad en el ser humano. Para la edad adulta, la inmovilidad se convierte en síndrome, el cual deteriora de manera significativa la calidad de vida del adulto mayor. Etiológicamente, las principales causas de inmovilidad en el adulto mayor son la falta de fuerza o debilidad, la rigidez, el dolor, alteraciones del equilibrio y problemas psicológicos.

### **Fenomenología de la inmovilidad: datos clínicos**

Las enfermedades y condiciones que contribuyen a la inmovilidad del adulto mayor pueden ser lo que continuación se especifica en la Tabla 1:

**Tabla 1. Padecimientos y condiciones que contribuyen a la inmovilidad del adulto mayor**

Sistema anatómico, factores de riesgo y alteraciones sociopsicológicas	Padecimientos
<b>Musculo esqueléticas:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artritis inflamatorias</li> <li>• Fracturas extremidades inferiores</li> <li>• Osteoartritis extremidades inferiores</li> <li>• Polimialgia reumática.</li> <li>• Trastornos dolorosos de los pies (onicolisis, hiperqueratosis, hallux valgus)</li> <li>• Enfermedad muscular primaria o debilidad muscular por hipotiroidismo</li> </ul>
<b>Cardiovasculares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad coronaria</li> <li>• Insuficiencia cardíaca congestiva</li> <li>• Miocardiopatía hipertrófica</li> <li>• Vasculopatía periférica</li> </ul>
<b>Neurológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficiencia de vitamina B 12</li> <li>• Demencia Enfermedad de Parkinson</li> <li>• Espondilosis cervical</li> <li>• Estenosis espinal</li> <li>• Hidrocefalia normotensiva</li> <li>• Neuropatía periférica</li> </ul>
<b>Pulmonares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</li> <li>• Enfermedades pulmonares restrictivas</li> </ul>
<b>Alteraciones en sentidos y metabólicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceguera</li> <li>• Caquexia</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad sistémica grave</li> </ul>
<b>Factores psicológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión,</li> <li>• Desamparo</li> <li>• Falta de motivación</li> <li>• Temor a las lesiones</li> </ul>
<b>Causas iatrogénicas y ambientales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectos colaterales de las drogas</li> <li>• Falta de apoyo social</li> <li>• Inmovilidad forzada</li> <li>• Obstáculos físicos (escaleras, luz insuficiente, piso resbaladizo).</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con base en datos Encuesta Sabe (1999-2000), SSA, (2000; 2005, 2007).

Es cierto que son múltiples las limitaciones que causa la inmovilidad, pero igualmente relevantes son las consecuencias que pueden llegar a ocasionar en el adulto mayor, como las que a continuación se refieren:

**Físicas:** Pérdida de fuerza y capacidad aeróbica, caídas, contracturas y trombosis venosa profunda o embolia pulmonar, incontinencia, alteraciones metabólicas como la disminución de glucosa, úlceras por decúbito.

**Sociales:** Discriminación por edad, despojo de bienes, pobreza, inexistencia de programas para fomento a proyectos productivos en el envejecimiento, pérdida de actividades de esparcimiento, disminución de relaciones sociales y capacidad cuidar a terceros y de autocuidado.

**Neuropsicoafectivas:** alteraciones de memoria, problemas depresivos, duelos no resueltos, temor a las caídas.

El manejo de la inmovilidad, pasa por diversos especialistas, tanto del entrenamiento y rehabilitación física del paciente, como de ayudar a solucionar los problemas ambientales, la adecuada habilitación de infraestructura pensada en el adulto mayor desde instalar pasamanos, bajar las camas, sillas de altura apropiada, etc. Asimismo evitar el reposo prolongado en cama debe ser reconocido y evitado.

Con estos elementos, la presente investigación parte de integrar la consideración biomecánica en el ámbito gerontológico como manejo a la inmovilidad que se presenta en esta etapa de la vida.

El presente estudio integró a un grupo académico y estudiantil de la Licenciatura en Gerontología de la Universidad Estatal del Valle de Toluca (UNEVT) y se ahondó en el tema de biomecánica para valorar a los adultos mayores que presentaron problemas de inmovilidad.

### **Inmovilidad y valoración biomecánica**

La inmovilidad en toda edad se manifiesta como causa de un problema común por un defecto postural que se reconoce por medio de la técnica de comparación de simetría corporal independientemente del origen causal. En nuestra investigación se optó por la valoración biomecánica, en tanto que esta ofrece un análisis objetivo del comportamiento biomecánico del cuerpo humano y de su interacción con el entorno, aplicando metodologías y tecnologías propias para el estudio cinético, cinemático y fisiológico del movimiento y la postura.

La valoración biomecánica postural de simetría se mide por la aplicación de dos leyes; nivel horizontal y vertical, generada por un mapa de puntos coordinados de la postura de un cuerpo en el espacio. Lo que permite conocer la postura estática o dinámica en el espacio, pero también como marcha, en caminar, trotar o mixtas; al frente o laterales del adulto mayor que ha sido valorado con este método.

### **Síndrome de Inmovilidad**

La definición de inmovilidad en el adulto mayor parte de la disminución en su capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria como consecuencia del deterioro de las funciones motoras, relacionadas con el sistema neuro-músculo-esquelético, situación que afecta de manera imprescindible la independencia del individuo en esta etapa de vida.

El síndrome de inmovilidad (SI) se presenta en las personas que en su postura generan cambios de simetría en la relación de su hemicuerpo derecho versus

izquierdo e influyendo la relación de trabajo postural entre las cadenas musculares. Por ser zurdo o diestro menor 3% de la población ambidiestros.

Las aplicaciones de la investigación del movimiento de cuerpo humano fueron dirigidas, entre otras, para la comprensión y depuración del SI y para el diseño de equipos, espacios e instrumentos y al estudio de la marcha normal y patológica con fin de plantear una vida más saludable al adulto mayor y como herramienta práctica en la formación de los gerontólogos.

El estudio es instrumental y no pretende ser invasivo. Además demuestra los beneficios económicos al ser de bajo costo. Es de fácil aplicación a pacientes que firmaron un formato "Hoja de Consentimiento Informado". Dicho estudio se aplicó en dos instituciones de carácter público:

1. Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) de Capulhuac.
2. Centro social de Ocoyoacac.

Las variables generales de la presente investigación son:

- Población Objetivo: adulta mayor.
- Sexo: indistinto.
- Total de muestras: 56.

Tipo de estudio: Clínico, comparativo, prospectivo y transversal.

Se atendieron temas como los cambios en ejes de postura del esqueleto, previo estudio clínico directo, así como las leyes físicas a través del mapeo postural del esqueleto por un sistema experto computacional en postura con video (laboratorio de biomecánica) como fin del conocimiento integral del cuerpo humano estudiado por un sistema coordinado de los cinturones y miembros superior e inferior y su eje axial en cadenas musculares.

El estudio en las entidades con atención al adulto mayor, nos permitiría entre otros objetivos lo siguiente:

- Identificar los indicadores biomecánicos que caracterizan la postura y formas equilibrio presentes en el movimiento en la realización de ejercicios físicos.
- Determinar el comportamiento de los indicadores biomecánicos que caracterizan postura y formas de equilibrio presentes en el movimiento.
- Proponer las posturas y formas de equilibrio adecuados para corregir la deformación postural en la realización de los ejercicios físicos.

Y por otra parte, consideramos que este tipo de valoración tiene una relevancia para la gerontología, en tanto que, plantean tareas de investigación siguiendo los objetivos y en correspondencia con los demás elementos de la muestra aspectos como los siguientes:

- Análisis de los indicadores biomecánicos que caracterizan la postura y formas de equilibrio, presentes en el adulto mayor durante la realización de determinados ejercicios físicos.
- Valoración del comportamiento de los indicadores biomecánicos presentes en la postura y formas equilibrio del adulto mayor durante la realización de determinados ejercicios físicos.
- Determinación de los errores cometidos, sus causas y consecuencias en la adopción de una adecuada postura por el adulto mayor durante la realización de los ejercicios físicos.
- Propuesta de actividades para minimizar la deformación postural que ocurre con la realización inadecuada de determinados ejercicios físicos.

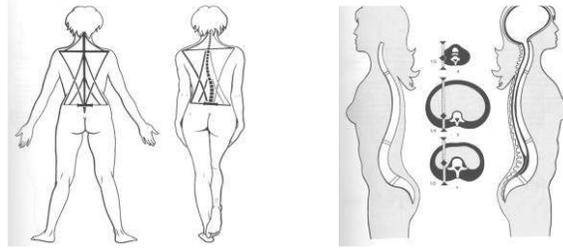
En la investigación se emplearon métodos a nivel teórico: analítico –sintético, inductivo– deductivo y empíricos: la observación y la medición. Como técnicas la entrevista y la videografía.

El tema de investigación resulta actual, en tanto se corresponde con una de las líneas de investigación del ámbito gerontológico que esta por desarrollar y dentro de la formación de profesionales, al mismo tiempo que puede considerarse una propuesta adecuada a la necesidad de aplicar sus fundamentos como ciencia aplicada en la problemática de inmovilidad en los adultos mayores, así como por desarrollar el papel de la cultura física en la sociedad, pero sobre todo en la vida y capacidad de trabajo de las personas de la tercera edad.

### **Método gráfico para la resolución de vectores posturales.**

Podemos observar en los gráficos, la marcha (forma estática de evaluación clínica o de sistema experto) en la caída cinturón escapular levantamiento con cinturón pélvico y viceversa se genera la presencia de escoliosis fisiológica aspecto relevante en la problemática de la inmovilidad, (de ser permanente la inmovilidad de cambios en forma estática será igual escoliosis fija).

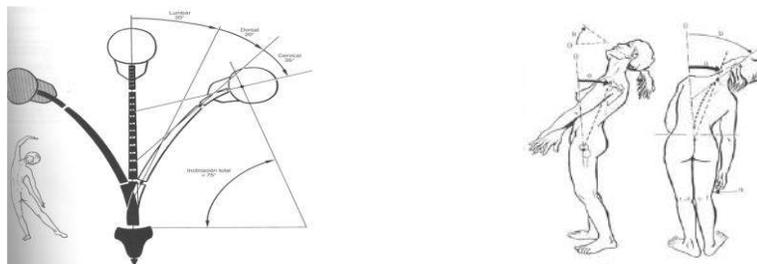
### Figura 1. Vectores posturales



Fuente: Elaboración propia con base en datos CINVESTAV IPN. 2005.

En las siguientes figuras podemos observar que por razones de proximidad los cambios de columna se desarrollan también en los pies. Por lo que se utiliza el plantometro en una valoración clínica. Y con estas medidas y valores de simetría de las articulaciones de todo el sistema corporal, nos permiten contar con otros elementos al momento de elaborar diagnósticos de inmovilidad en el adulto mayor.

### Figura 2. Simetría corporal



Fuente: Elaboración propia con base en datos CINVESTAV-IPN. 2005.

En cuanto a la valoración clínica con sistema de video integrado a una computadora, esta nos permite contar con los valores de simetría o desviación de columna vertebral en forma directa y su relación con el esqueleto en su conjunto axial y apendicular, cadenas musculares y su centro de gravedad como valores geométricos (Sistema experto). Es decir, que mediante vectores se puede calcular la desviación de los cinturones para llevar un registro del progreso en la desviación de la columna vertebral en simetría con el esqueleto axial versus apendicular.

Por medio de software con un programa experto, como se ve en las siguientes imágenes podemos contar con una valoración del grado de inmovilidad que se presenta. Incluye una computadora con el programa conectada a una cámara CCD y marcadores de infrarrojo (IR). Los cuales (marcadores de infrarrojo) se colocan al

modelo biomecánico (persona en estudio). Colocación de marcas y electrodos: a) visión posterior; b) visión posterolateral, y c) visión posteromedial.

**Figura 3. Equipo de medición de postura**



Fuente: Elaboración propia con base en datos CINVESTAV-IPN. 2005.

## **Resultados**

- El 92% desconoce de los signos y síntomas de su alteración postural.
- El 100% de la población gerontológica estudiada padece deformidad postural.
- La población en el área del grupo social es muy inestable en su presentación al grupo con un porcentaje de 30% (Probablemente por compromisos sociales existentes).

## **Conclusiones**

La importancia como tema del estudio biomecánico aplicado a la población de adultos mayores, radica en la posibilidad de contribuir al logro de una descripción cualitativa y cuantitativa del comportamiento de los indicadores biomecánicos que caracterizan el movimiento presente en la postura y formas de equilibrio que se manifiestan en la realización de los ejercicios físicos en el adulto mayor.

Dicho estudio permite introducir propuestas de acciones aconsejadas para contribuir a la corrección de las deformaciones posturales que ocurren en la realización de determinados ejercicios físicos en personas mayores con problemas de movilidad.

En tanto que, la investigación revela que en la actualidad todavía no son comunes en la valoración del adulto mayor y por ende, al campo gerontológico los aportes de

la investigación biomecánica en la postura y formas de equilibrio adecuadas en la realización de ejercicios físicos.

Y por otra parte, la importancia del tema muestra posibilidad de contribuir a una descripción cualitativa y cuantitativa del comportamiento de los indicadores biomecánicos que caracterizan el movimiento presente en la postura y formas de equilibrio que se manifiestan en la realización de los ejercicios físicos en el adulto mayor que ya presenten problemas de movilidad en el Estado de México, lo cual permitirá a la Licenciatura en Gerontología de la UNEVT introducir propuestas de acciones para contribuir a la corrección de las deformaciones posturales que ocurren en la realización de determinados ejercicios físicos en la atención a los adultos mayores que se atienden en la Clínica Integral Universitaria.

Los resultados conocidos a nivel mundial señalan que la media promedio es del 60% al 70% con aumento de acuerdo a grupos de edad sobre todo en los mayores a 80 años. Es decir que el Síndrome de Inmovilidad, se presenta cada día con mayor frecuencia, por lo que es importante reconocer la inmovilidad como una manifestación frecuente de enfermedades crónicas como artritis reumatoide, artrosis o enfermedades neurológicas.

Finalmente los cambios de la edad, combinados con la inmovilidad, provocan cambios fisiológicos irreversibles, de ahí que la mejor medida preventiva primaria para la inmovilidad en el adulto mayor es mantener la movilidad y la actividad física para lograr una vida más saludable.

## Referencias

1. Castañeda Galván, Adrián Antonio. *Diseño y Construcción de un sistema para el registro y análisis biomecánico de las cualidades motoras*. Ed. CINVESTAV- IPN, 2005.
2. Cortés Cruz, Carlos Iván. *Sistema de medición y cálculo de variables cinemáticas a gimnastas en la ejecución del salto de caballo, utilizando procesamiento de imágenes en 2D*. Ed. CINVESTAV-IPN, 2006.
3. Domínguez Tovar, Julio César. *Diseño y construcción de un sistema de registro y evaluación de la locomoción en ratas lesionadas*, Ed. Médica Panamericana, 2008.
4. Báltica Cabieses V; Sarah Miner, *Ciencia y Enfermería*, 2010.
5. Millán Calenti. *Gerontología y Geriatría Valoración e intervención*. Ed. Médica Panamericana, 2011.
6. Luengo, M.H. *Antropometría y diseño*. Universidad de los Andes, 2004.
7. Page, A. *Guía para el diseño ergonómico*, Instituto de Biomecánica de Valencia, 2007.
8. Williams, M. *Biomechanics movement Humans*. Decaire, 2001.
9. Marín, Manuel. *Percepción Social de la Inmovilidad*. Departamento de Psicología. Sevilla, 2001
10. Troyano, Yolanda. *La sociedad y el Adulto*. Sevilla, Ed. España, 2004.
11. León, JM. *Orientación teórica y ejercicios prácticos*. Mc. Graw-Hill, 2000.
12. Baltes, PB. *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University, 2002.
13. Panero, J y Zelnik, M. *Las Dimensiones Humanas*, Ediciones Gustavo Gili, 2000.
14. Rosero, Ruth V. *Perfil Postural de Fisioterapia*, Facultad de Ciencias de la salud, Popayán, Colombia, 2010.
15. Pérez M, Pons. *La educación física terapéutica*. Revista Digital, 2002.
16. Rodríguez Cabrera, Rafael, *Procedimientos médico quirúrgicos en trauma y ortopedia*. Ed. Corinter, 2010.
17. Quinette Louw, <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/9/113>. 2011.
18. Palos. Alineación normal y sus alteraciones. [www.efdeportes.com](http://www.efdeportes.com) . 2000.
19. Vergara Elena. <http://elenavergara.suite101.net/quiropRACTICA-ciencia-contra-la-subluxación-vertebral>. 2012.



## **Sobre los autores**

**Duffy, Débora Natalia.** Argentina. Licenciada en Psicología Universidad de Buenos Aires. Profesora de Psicología Universidad del Salvador. Magíster en Salud Pública, rectorado de la Universidad de Buenos Aires. Docente de Salud Pública y Salud Mental I, Cátedra de Lellis, Martín, UBA. Docente de Salud Pública en la Licenciatura de Gerontología Universidad Maimónides. Miembro del Equipo Técnico de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación. [deboraduffy@yahoo.com.ar](mailto:deboraduffy@yahoo.com.ar)

**César Augusto Gómez Santos.** Colombiano. Gerontólogo por la Universidad del Quindío, Colombia. Magister Economía Social y Dirección de Entidades Sin Ánimo de lucro por la Universidad de Barcelona, España. Profesor-investigador en la Programa de Gerontología de la Universidad del Quindío. Actualmente es Presidente de la Asociación de Gerontólogos del Quindío, Colombia. [gerontologia@uniquindio.edu.co](mailto:gerontologia@uniquindio.edu.co)

**César Iván Real Jiménez.** Mexicano. Licenciado en Quiropráctica por la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. Actualmente es docente de la Licenciatura en Quiropráctica en la Universidad Estatal del Valle de Toluca. [quirop Practico.real@gmail.com](mailto:quirop Practico.real@gmail.com)

**Edgar Velázquez Reyes.** Mexicano. Cirujano Dentista por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala en la Universidad Nacional Autónoma de México. Autor de varias publicaciones. Cuenta con el Diplomado de estomatología Legal y Forense Formación de Peritos por la FES Iztacala. Coordinador general del Expediente Electrónico Clínico Odontológico de Formación Académica de la Fes Iztacala. Actualmente es Jefe de área de banco de horas y contrataciones de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. [betanquique@hotmail.com](mailto:betanquique@hotmail.com)

**Georgina Barrera Brito.** Mexicana. Médico Cirujana por la Universidad Autónoma de México. (UNAM). Cuenta con estudios de Maestría en Educación por la Universidad Digital del Estado de México - Universidad ETAC. Obtuvo el Primer lugar en investigación en el segundo congreso nacional e internacional de gerontología y geriatría. Sus líneas de investigación son: sexualidad en el adulto mayor, salud pública, envejecimiento activo y saludable. Actualmente es profesora-investigadora en la Licenciatura en Gerontología en la Universidad Estatal del Valle de Toluca. [georginabarrera@hotmail.com](mailto:georginabarrera@hotmail.com)

**Graciela Zarebski.** Argentina. Doctora en Psicología por la Universidad Buenos Aires, Argentina. Es autora de: *Lectura Teórico – Cómica de la Vejez* (1990) y *La Vejez ¿es una Caída?* (1994), y co-compiladora de " *Viejos Nuevos – Nuevos Viejos* (2001) de Editorial Tekné, *Hacia un Buen Envejecer* (1999), de Editorial Emecé, reeditado por Edit. Universidad Maimónides (2005), *El Curso de la Vida: Diseño para Armar*, Edit. Universidad Maimónides (2005), *Padre de mis hijos ¿Padre de mis padres?*, Edit. Paidós (2008) y *El Futuro se Construye Hoy. La Reserva Humana, un Pasaporte para un Buen Envejecimiento*, Edit. Paidós (2011). Es Profesora Titular de la Cátedra de Gerontología en la Universidad Nacional de Tres de Febrero, en la Licenciatura en Psicomotricidad. Secretaria Científica del Foro Nacional de Cátedras Universitarias en Vejez, República Argentina. Presidenta del Primer Congreso Iberoamericano de Psicogerontología (Buenos Aires, noviembre 2005). Se desempeña en el Programa de Salud para Adultos Mayores del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Bs. As. Actualmente es Directora de la Carrera de Postgrado de Especialización y Maestría en Psicogerontología y de la Carrera de Grado: Licenciatura en Gerontología (modalidades Presencial y a Distancia) en la Universidad Maimónides, Argentina. [zarebski.graciela@maimonides.edu](mailto:zarebski.graciela@maimonides.edu)

**José Carlos García Ramírez.** Mexicano. Doctor en Humanidades en el área de filosofía política por la Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa. Tiene estudios en Políticas Públicas por la Universidad de Washington. Es autor de los libros *La vejez. El grito de los olvidados* (2003); *Los derechos y los años. Otro modo de pensar y hacer política en Latinoamérica: los adultos mayores* (2006); es coordinador del ensayo gerontológico internacional titulado *Envejecimiento mundial y desafío regional. Nuevos paradigmas para la investigación, la salud pública y los derechos humanos* (2012). Ha participado como profesor invitado en Universidades de Alemania, Turquía, Estados Unidos, Argentina, Colombia con temas relacionados al envejecimiento, los derechos humanos y la política pública. Del 2007-2008 participó en las jornadas también de alfabetización y derechos civiles con mujeres hispanas recluidas en el Federal Detention Center (Cárcel Federal) en Seattle, Washington, Estados Unidos. Ha sido evaluador del Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNCP) del CONACyT durante los últimos tres años. Actualmente labora en la Universidad Estatal del Valle de Toluca. Pertenece a la *Association for Philosophy and Liberation*, a la Red de Investigación sobre Discriminación (CONAPRED) y recientemente fue aceptado como investigador en el *Kompetenzzentrum Alter und Institut für Gerontologie* (Centro de Competencias de la Vejez del Instituto de Gerontología) de la Universidad de Heidelberg, Alemania. [mzen357@yahoo.com.mx](mailto:mzen357@yahoo.com.mx)

**José Luis Olguín Sánchez.** Mexicano. Cirujano Dentista por parte de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala en la Universidad Nacional Autónoma de México. Maestro en Criminología egresado del Centro de Estudios Avanzados de las Américas. Autor de varias publicaciones y del Expediente Electrónico Clínico Odontológico de Formación Académica de la Fes Iztacala. Actualmente es profesor titular de las asignaturas de Oclusión y Prótesis Parcial Fija y Removible, profesor de Fotografía y antropología Forense, Fes-Iztacala UNAM. [dr\\_olguin@ymail.com](mailto:dr_olguin@ymail.com)

**Luisa Stefania Zamora Fonseca.** Mexicana. Estudiante del octavo semestre de la Licenciatura en Gerontología en la Universidad Estatal del Valle de Toluca. Ha recibido diversos cursos sobre tópicos de reanimación cardio-pulmonar, cuidados básicos para adultos mayores dependientes, valoración funcional y actividad física. Obtuvo reconocimientos en concursos de investigación gerontológica. Actualmente desarrolla el proyecto: “Diagnóstico situacional sobre depresión en pacientes adultos mayores en la clínica de ISSEMyM-Lerma”. [fagar\\_13@hotmail.com](mailto:fagar_13@hotmail.com)

**María Silvina Sosa.** Argentina. Licenciada en Psicología Universidad de Buenos Aires. Especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Miembro del Equipo Técnico de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación. Actualmente es profesora de la Carrera de Psicología de las Asignaturas “Salud Pública y Salud Mental” y “Promoción y Prevención de la Salud Mental” en las Universidades UCES; Barceló y UNCP. [Silvinasosa53@yahoo.com.ar](mailto:Silvinasosa53@yahoo.com.ar)

**María Teresa Carreño Hernández.** Mexicana. Cirujano Dentista egresada de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, especialista en criminalística egresada del INACIPE, Maestra en Criminología por el Centro de Estudios Avanzados de las Américas. Profesora titular de la asignatura de Medicina Estomatológica y odontología Legal y Forense. Autora de diversas publicaciones y del Expediente Electrónico Clínico Odontológico de Formación Académica de la Fes Iztacala. Actualmente es Jefa de la Carrera de Cirujano Dentista de la FES Iztacala en la Universidad Nacional Autónoma de México. [matecahe@yahoo.com](mailto:matecahe@yahoo.com)

**Martín de Lellis.** Argentino. Graduado en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Magíster en Políticas Públicas (FLACSO, PRONATASS, UBA). Autor y coautor de diversos libros y compilaciones en la temática de salud pública y salud mental. Miembro del Equipo Técnico de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación. Actualmente es Profesor titular de la Cátedra Salud Pública y Salud Mental I de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. [delellis@fbertel.com](mailto:delellis@fbertel.com)

**Pablo Javier Barrera Brito.** Mexicano. Licenciado en Actuarial en la Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ha recibido cursos de posgrado en bases de datos y análisis estadísticos avalados por la Universidad de Stanford. Realiza estudios de mercado para gobierno y empresas privadas. [georginabarrera@hotmail.com](mailto:georginabarrera@hotmail.com)

**Ramón Flores Gómez.** Mexicano. Maestro en Ciencias con especialidad en Bioelectrónica por el Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional. Es también Médico Cirujano por la Universidad Autónoma de México. En el 2013 obtuvo la beca por parte del Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP-SEP). Actualmente es profesor-investigador de la Licenciatura en Gerontología en la Universidad Estatal del Valle de Toluca. [ramonfgmx@gmail.com](mailto:ramonfgmx@gmail.com)

**Raquel Nabor Domínguez.** Mexicana. Estudiante del octavo semestre de la Licenciatura en Gerontología en la Universidad Estatal del Valle de Toluca. Ha recibido diversos cursos sobre tópicos de actividad física, tanatología gerontológica y administración de centros de día. Obtuvo reconocimientos por su trayectoria académica de excelencia. Actualmente se encuentra adscrita en el proyecto: "Laboratorio de biomecánica y envejecimiento". [rolan\\_195@hotmail.com](mailto:rolan_195@hotmail.com)

**Silvia Kanje.** Argentina. Nacida el 28/8/1944, cursó la Licenciatura en Gerontología en la Universidad Maimónides, es Magister en Gestión de Servicios en Gerontología de la Universidad ISALUD y Miembro Fundador de Gerontólogos Argentinos a quien representó en Naciones Unidas para la Convención Internacional de los Derechos de los Adultos Mayores durante el 2011. En el área de la investigación ha ejercido como supervisora de trabajo de campo y ha sido Becaria de Comisión Nacional de Ciencia y Técnica de la Beca Carrillo Oñativia. Ha coordinado dispositivos gerontológicos en la comunidad Promoviendo la Participación como Inclusión Social para los Adultos Mayores, y tareas transgeneracionales en el Hospital Ramos Mejía y en la Obra del Padre Mario, González Catán, Provincia de Buenos Aires. Durante el 2011 ejerció la Dirección de Gerontología del Mutualismo Argentino Confederado creando intervenciones para

la reducción de factores de riesgo en diversas provincias Argentinas y en la ciudad de Buenos Aires un Programa de Reducción de la Soledad y el Aislamiento desarrollados en Centros de Jubilados. En el ámbito académico ha ejercido como Docente de Grado en la Licenciatura en Gerontología, Especialización y Maestría Virtual y Presencial de Psicogerontología. Ha participado en Congresos locales y extranjeros y posee diversos trabajos como autora y coautora publicados con y sin referato. El último del 2011 “Inter-cambio: solidaridad intergeneracional en contextos de pobreza en “La vejez en el curso de la vida” Encuentro Grupo Editor, Facultad de Humanidades de Catamarca. [skanje@gmail.com](mailto:skanje@gmail.com)

**Sergio Flores Cerqueda.** Mexicano. Es Maestro en Ciencias de la Educación por la Universidad del Valle de México. Licenciado en Gerontología por la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. Sus líneas de investigación versan sobre estructuración de diseños curriculares en planes y programas universitarios en gerontología. Ha escrito artículos sobre envejecimiento poblacional (COESPO, 2012), autor en el libro *“Envejecimiento mundial y desafío regional, nuevos paradigmas para la investigación, la salud pública y los Derechos humanos*, editorial Plaza y Valdés-UNEVIT (2012). Evaluador de proyectos para Adultos Mayores del Consejo Mexiquense de Ciencia y Tecnología (COMECyT). Evaluador de planes y programas educativos por el CEIFCRHIS-ISEM. Integrante del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento (ISEM). Representante Institucional ante el Programa para el Desarrollo Profesional Docente de tipo Superior de la Secretaría de Educación Pública. Miembro de la mesa Directiva de la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria A. C. Prepara su siguiente publicación *“Diccionario de didáctica gerontológica”*. Actualmente es Director de la Licenciatura en Gerontología en la Universidad Estatal del Valle de Toluca. [gerontología.2014@gmail.com](mailto:gerontología.2014@gmail.com)

**Yesenia García González.** Mexicana. Estudiante de octavo semestre de la Licenciatura en Gerontología en la Universidad Estatal del Valle de Toluca. Ha recibido diversas capacitaciones sobre actividad física y deporte en el adulto mayor, clinimetría y evaluación gerontológica. Actualmente se encuentra adscrita al proyecto: “Laboratorio de biomecánica y envejecimiento”. [yes-love30@hotmail.com](mailto:yes-love30@hotmail.com)

***Perfiles sobre envejecimiento: estrategias gerontológicas en acción***  
*1ª Reimpresión, octubre de 2014.*

*Punto Impreso, La imprenta digital*  
*Valentín Gómez Farías No. 105 Pte. Centro Toluca, México, C.P. 50000*



**El envejecimiento de las poblaciones y de los sujetos, está entre los más grandes retos que se presentan a las sociedades latinoamericanas en los inicios del siglo veintiuno. En esta tarea, se encuentran organismos como CEPAL y CELADE, así como un buen número de instituciones, universidades e investigadores latinoamericanos. El presente libro es una contribución valiosa y de primer nivel sobre el envejecimiento y las estrategias gerontológicas. La presente obra ha sido realizada desde una universidad puntera en estudios de gerontología social: la Universidad Estatal del Valle de Toluca (México). El lector tiene ante sí, una excelente compilación de trabajos, realizados por especialistas de distintos países, que abordan diversos aspectos: la realidad de los adultos mayores, los debates en políticas públicas, las estrategias para la acción, y la investigación.**

**Pedro Sánchez Vera  
Departamento de Sociología y Política Social  
Universidad de Murcia, España**

**La investigación sobre envejecimiento sigue dando gratas sorpresas, nuevas temáticas se asoman en las universidades estatales que reflejan las experiencias de acción locales que resisten a ser invisibles ante el clamor de las grandes tendencias demográficas y políticas. Hoy surge la iniciativa de compartir estas experiencias de luchas concretas, ensayos reflexivos así como estrategias de investigación pertinentes. Lo inconmensurable de la temática sobre envejecimiento muestra un rostro nuevo lleno de frescura a través de las acciones específicas y particulares que buscan resolver la heterogénea condición del viejo y de la vieja en México. Buen ejercicio es esta obra editorial que promete y sugiere nuevos desafíos que debemos acompañar.**

**Verónica Montes de Oca Zavala  
Instituto de Investigaciones Sociales  
Universidad Nacional Autónoma de México**

**ISBN: 978-968-614-889-3**



**9 789686 148893**