

Perfiles sobre envejecimiento



Gerontología para la vida activa Una propuesta regional

José Carlos García Ramírez
Sergio Flores Cerqueda
(Coordinadores)



„In der Europäischen Union ist die Frage des menschlichen Alterns eine Verantwortung der Regierungen, der Bürgergesellschaft und Bildungseinrichtungen. In vielen lateinamerikanischen Ländern sind die Verpflichtungen der Regierungen zu Fragen des Alterns schwach. Gerontological Forschung, zum Beispiel, ist dünn in beiden Kontinente. Einige Länder verstehen, dass das Altern kann eine öffentliche Investitionen sein und nicht nur eine finanzielle Kosten. So ist es auch Bildung und Forschung sollte selbstverständlich sein. Ich bin sicher, dass das Buch "Profile über das Altern" stellt einen wichtigen Gerontologie Papier. Dr. Jose Carlos Garcia Ramirez, der in dem Forschungsteam Kompetenzzentrums Altern <Institute für Gerontologie> arbeitet, motiviert mich auf diese Worte und gratulieren der UNEVT und UAP, für die Initiierung regionaler Forschungsartikel zu schreiben. Studenten und Professoren der Gerontologie, haben viel Arbeit zu tun. Dieses Buch ist ein gutes Beispiel für die Bedeutung der Forschung der praktischen Arbeit zu führen. Ich gratuliere allen, die zu diesem Thema arbeitet. Dieses Buch wird dazu dienen, die gemeinsame Arbeit zwischen Deutschland, Peru und Mexiko initiieren“.

(En la Unión Europea, la cuestión del envejecimiento humano es una responsabilidad de gobiernos, sociedad civil y de las instituciones de educación. En muchos países de América Latina, las obligaciones de los gobiernos en asuntos de envejecimiento son débiles. La investigación gerontológica, por ejemplo, es tenue en ambos Continentes. Algunos países comprenden que el envejecimiento puede ser una inversión pública y no solamente un costo financiero. Así también debe ser entendida la educación y la investigación. Estoy seguro que el libro titulado "Perfiles sobre el envejecimiento", es un escrito importante para la gerontología. El Dr. José Carlos García Ramírez, quien colabora en el equipo de investigadores del Centro de Competencias de la Vejez del Instituto de Gerontología, me motivó a escribir estas palabras y felicitar a la UNEVT y UAP, por iniciar artículos de investigación regional. Los estudiantes y profesores de gerontología, tienen mucha tarea que realizar. Este libro es una buena demostración de la importancia que tiene la investigación para orientar el trabajo práctico. Felicito a todo el equipo que participa en esta edición. Este libro servirá para iniciar trabajos comunes (en el futuro) entre Alemania, Perú y México).

**Direktor, Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse
(Institut für Gerontologie - Universität Heidelberg)**



PERFILES SOBRE ENVEJECIMIENTO



Gerontología para la vida activa Una propuesta regional

VOLUMEN II

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



Fondo Editorial

UN LIBRO
SIEMPRE ES
UNA BUENA
NOTICIA
FONDO EDITORIAL UAP

PERFILES SOBRE ENVEJECIMIENTO

GERONTOLOGIA PARA LA VIDA ACTIVA

UNA PROPUESTA REGIONAL. Vol. II

© José Carlos García Ramírez

© Sergio Flores Cerqueda

©UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

Av. Cayetano Heredia 1092, Lima 11

Teléfono 266 0195

e-mail: webmaster@uap.edu.pe

web-site: www.uap.pe

FONDO EDITORIAL

Av. Paseo de la República 1773

La Victoria, Lima.

Teléfonos: (01) 265 - 5022 anexo (27)

Website: <http://www.uap.edu.pe>

Director del Fondo Editorial UAP

Dr. Orlando Velásquez

[e-mail: o_velasquez_a@uap.edu.pe]

Corrección de estilo: Irma López Tíol

Diagramación digital: Alberto Escalante

Diseño de portada y versión digitalizada: David Flores Cerqueda

Fotografía, (2010). Mohandas Karamchand, esparce las cenizas de su abuelo, Mahatma Gandhi, en el Océano Índico, en su sextuagesimo segundo aniversario luctuoso.

Edición Impresa: Talleres Gráficos de la
Universidad Alas Peruanas

Hecho el depósito legal en la

Biblioteca Nacional del Perú N°: 2016-13593

ISBN: 978-612-47031-9-5

Librería UAP

Av. Nicolás de Piérola 444

La Colmena - Lima

Teléfono: 330 4551

website: <http://libreria.uap.edu.pe>

Primera edición digital:

Universidad Estatal del Valle de Toluca, México, 2017

Prohibida la reproducción parcial o total de esta publicación. Ningún párrafo o imagen contenida en esta edición puede ser reproducido, copiado o transmitido sin autorización expresa del fondo editorial de la Universidad Alas Peruanas. Cualquier acto ilícito cometido en contra de los derechos de propiedad intelectual que amparan a esta publicación, será denunciado de acuerdo al D.L 822 (ley sobre el derecho) y con las leyes internacionales que protegen la propiedad intelectual de autor.

El contenido de cada ensayo de la presente publicación es responsabilidad exclusiva del autor o coautores

Índice

| | |
|---------------------|----|
| Presentación | 10 |
| Fidel Ramírez Prado | |

| | |
|-----------------|----|
| Prefacio | 11 |
| Coordinadores | |

Primera parte Fundamentos estratégicos

| | |
|---|----|
| Fundamentos de la investigación educativa en la praxis gerontológica | 19 |
| José Carlos García Ramírez <i>México</i> | |

| | |
|---|----|
| Envejecimiento activo y participación ciudadana | 47 |
| Paola Andressa Scortegagna, Rita de Cássia da Silva Oliveira, Flávia da Silva Oliveira <i>Brasil</i> | |

| | |
|--|----|
| Teorías de gerontología social | 60 |
| Aída Díaz Tendero-Bollain <i>México</i> | |

| | |
|--|----|
| Calidad de vida en adultos mayores mexicanos con diabetes | 76 |
| Maricruz Rivera-Hernández <i>Estados Unidos</i> | |

| | |
|--|----|
| Factores de protección para la demencia en adultos mayores en México: ¿dónde estamos? | 93 |
| Beatriz Mena Montes, Sara Torres Castro, Oscar Rosas Carrasco, Armando Luna López, María Claudia Espinel Bermúdez <i>México</i> | |

Segunda parte Tópicos prácticos

| | |
|---|-----|
| Evaluación de la marcha y el equilibrio en personas con demencia: encuadre desde un programa de ejercicio físico | 126 |
| Ignacio Martínez González-Moro, Ana López García, María Carrasco Poyatos <i>España</i> | |

| | |
|--|-----|
| Estimulación de la memoria para impedir el deterioro cognitivo en adultos mayores | 143 |
| Marisol Rincón Arredondo, Lesly Beltrán Sánchez <i>México</i> | |

Cuidados y cuidadores de adultos mayores 157
Hugo Roberto Valderrama
Argentina

Educación y adultos mayores: la importancia del trabajo gerontológico en el diseño e implementación de programas de desarrollo comunitario 177
Sandra Quintero
Venezuela

Tercera parte
Diseño curricular y modelos de intervención

Fundamentos estratégicos para la formación de recursos profesionales en gerontología: experiencia de la UNEVT 193
Sergio Flores Cerqueda
México

La experiencia de la Universidad Alas Peruanas en la formación de profesionales en gerontología 207
Miriam Jéssica Bazán Torres
Perú

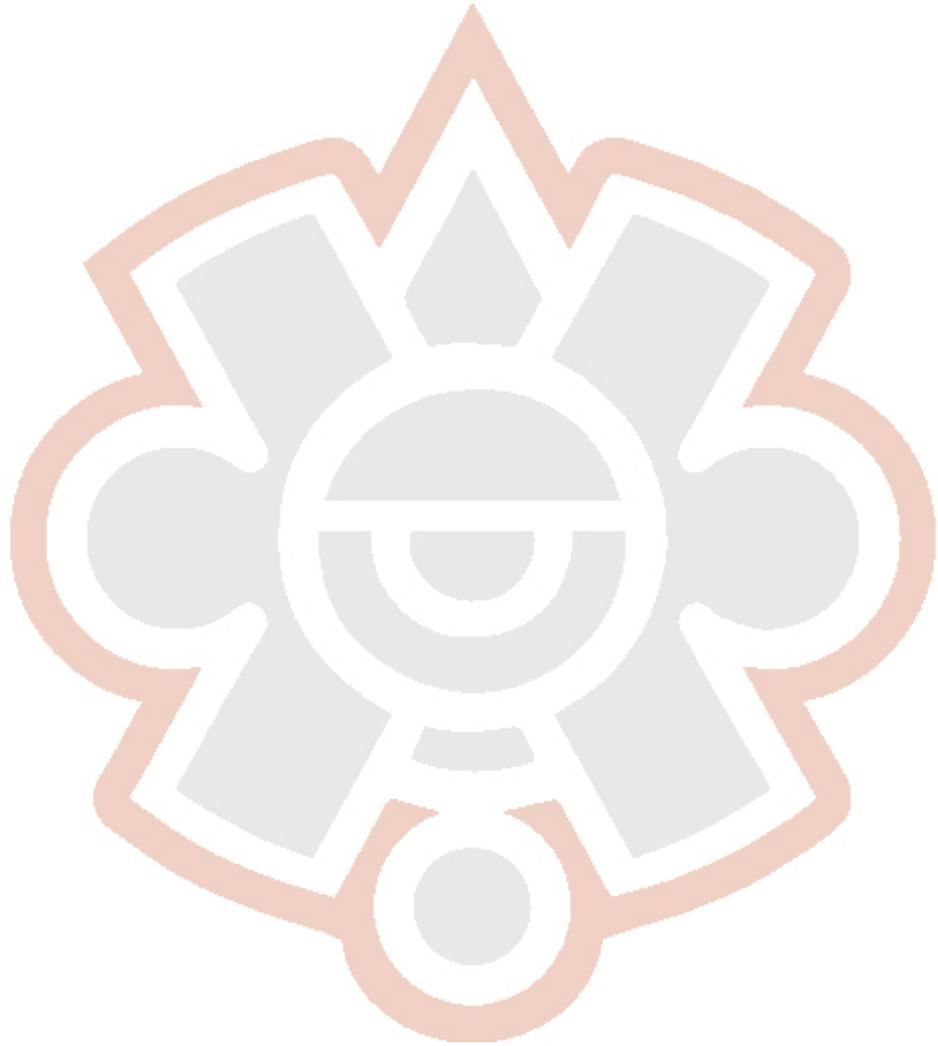
El modelo gerontológico de vivienda: caso de un conjunto habitacional en Brasil 221
Marisa Silvana Zazzetta, Isabela Thaís Machado de Jesús,
Luzia Cristina Antoniossi Monteiro, Fabiana de Souza Orlandi
Brasil

Institucionalización y curso de vida en adultos mayores 232
Blanca De Lima, Mariela Morillo, Iveili Flores, Evelyn Colina
Venezuela

Afectividad y memoria de las personas mayores en torno a la migración: sentimientos por la partida hacia Estados Unidos 248
Júpiter Ramos Esquivel, Adriana Marcela Meza Calleja,
Ulises Hermilo Ávila Sotomayor
México

Marco jurídico del maltrato en adultos mayores en México 268
Sara Torres Castro, Juan Carlos Ruiz Espíndola, Beatriz Mena Montes,
Nora Magdalena Torres Carrillo
México

Sobre autores 286



Presentación

El acelerado envejecimiento de la población a nivel mundial representa desafíos para el actual siglo XXI y cuyas implicaciones se manifiestan en los niveles socio-sanitarios, político-económicos y educativos, entre otros. Diversas instituciones educativas y universidades en América Latina, por ejemplo, se han dado a la tarea de construir carreras profesionales orientadas al estudio de los procesos del envejecimiento y a la formación de recursos profesionales. Tal es el caso de las licenciaturas en gerontología, las cuales están abriendo caminos para dar respuestas y alternativas desde los ámbitos académico, la investigación y con modelos prácticos de intervención. La Universidad Alas Peruanas (Perú) y la Universidad Estatal del Valle de Toluca (México), a través del convenio institucional vienen concatenando esfuerzos y, en esta ocasión, logran materializar el primer producto investigativo traducido en la primera publicación que tiene usted en sus manos: me refiero a la obra titulada *“Perfiles sobre envejecimiento: Gerontología para la vida activa. Una propuesta regional”*, Volumen II. En dicho libro se exponen diversos ensayos realizados por profesionales y expertos en los estudios de la gerontología, los cuales proceden de diversas geografías y formaciones científicas diferentes. Felicito el trabajo en equipo logrado en la presente publicación. Deseo que esta edición (la primera de otras más) contribuya a fortalecer la generación de conocimientos, ampliar los flujos de información, mejorar las prácticas profesionales y aportar con propuestas que sirvan para fortalecer los compromisos sociales que las universidades de cualquier parte del mundo tienen que asumir.

Dr. Fidel Ramírez Prado

Rector de la Universidad Alas Peruanas, Lima, Perú, 2016

Prefacio

Tres plumas distintas escriben este preámbulo a partir de una historia común: los retos del quehacer gerontológico regional. El antecedente inmediato es el Volumen I de la serie “Perfiles sobre envejecimiento” editado por la Universidad Estatal del Valle de Toluca, México (2014). Ahora, la presente obra correspondiente al Volumen II, es publicada por el imprimátur de la Universidad Alas Peruanas, ubicada en la prodigiosa tierra incaica. Se agradece, en primer lugar, a los autores y coautores de cada ensayo su participación y paciencia. También expresamos nuestro reconocimiento al equipo revisor de los textos que componen esta edición. Algunas contribuciones fueron replanteadas en su estructura gramatical y de sintaxis con la finalidad de hacer entendible la lectura. Otros materiales no fueron seleccionados, por el momento, por no reunir los criterios de elegibilidad y rigurosidad analítica. Apreciamos el talento y compromiso profesional de Fidel Ramírez Prado, Rector de la Universidad Alas Peruanas, por ser parte de esta historia al aceptar poder llevar a buen puerto esta publicación, la cual es de suma importancia para los estudios gerontológicos en los países hispanoparlantes.

El abordaje del envejecimiento humano, por fortuna, ya no tiene dueño ni tampoco es materia exclusiva de alguna ciencia o disciplina en particular. Quizás en los anales de la historia biomédica, estudiar el ciclo de vida de la especie humana requería de investigaciones particularizadas con un alto grado de especialización.

El siglo XXI, catalogado como la aldea o era del conocimiento compartido, viene acompañado de vientos renovados los cuales son un reto para los discursos de la ciencia moderna. Especialmente para aquellos enfoques científicos susceptibles de emprender nuevos giros epistemológicos a partir de la reflexión y comunicación multidisciplinar. Los análisis del envejecimiento y de la vejez son más atractivos (en el campo de la educación), productivos (científicamente) y eficaces (socialmente), si superan el canon ortodoxo de la exclusividad (clínico-biológica, por ejemplo) y asumen la comunicación abierta con otras experiencias profesionales y científicas para ahondar en la complejidad de los procesos de la senectud. De paso habría que advertir que la viabilidad y factibilidad de los futuros institutos de investigaciones del envejecimiento, tendrán que tener como atributo sustancial la multidisciplinariedad.

La gerontología, al ser una disciplina científica, tiene mucho que aportar. “Perfiles sobre envejecimiento, Volumen II”, lleva como subtítulo *Gerontología para la vida activa. Una propuesta regional*. El presupuesto subyacente en el subtítulo es el de envejecimiento activo. Dicho concepto es el eje rector de los ensayos que conforman esta publicación.

El término de “envejecimiento activo” fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales de los años 90 del siglo XX con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de “envejecimiento saludable” y reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan las formas de envejecer de individuos y poblaciones. Posteriormente, la Organización Panamericana de la Salud en el 2002, se pronuncia a favor del término envejecimiento activo y reconoce la importancia del abordaje multidisciplinario. Al respecto dice:

“El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia (...). Mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece es un objetivo primordial tanto para los individuos como para los responsables políticos. Además, el envejecimiento tiene lugar dentro del contexto de los demás: los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos y los miembros de la familia. Por ello, la interdependencia y la solidaridad intergeneracional”¹.

Como puede verse en la cita anterior, el estudio sobre envejecimiento ya no es únicamente exclusivo de las ciencias biomédicas, sino también de las ciencias sociales por ejemplo del derecho, la política, las humanidades, la salud pública y el trabajo social. Por su parte, los trabajos de investigación de los países europeos elaboraron sus líneas de acción a través del “FuturAge Roadmap” en el cual señalan lo siguiente: “In scientific terms active ageing is used as a helpful umbrella term to encompass various combination of quality of life essentials such as continuous labour market participation, active contribution to domestic labour (caring, housework), active participation in community life and active leisure. It is valuable too in being able to synthesise strands of research on aging and development science, which traditionally have not had much in common. For example the need to combine research able to drive social policy or cultural investments with that concerning individual level of ageing such as in regard health, cognitive functioning and motivation. The concept of active ageing is also valuable in social gerontology in linking the macro, meso and micro perspectives of aging research”².

¹ Organización Mundial de la Salud. (2002). “Envejecimiento activo. Un marco político”, en Revista Española de Geriátría y Gerontología, 37(S2). Recuperado en http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf (consulta realizada julio de 2016), p. (99) 79.

² FuturAge Roadmap. (2011). “The Future of Aging Research in Europe: A Road Map”, Recuperado en <http://futurage.group.shef.ac.uk/road-map-flip-book.html> (consulta realizada agosto de 2016), p. 12 (“En términos científicos el envejecimiento activo es un término que denota varias combinaciones esenciales de la calidad de vida tales como la participación continua en el mercado de trabajo, contribución activa en labores domésticas (cuidado, tareas de hogar), la participación activa en la vida comunitaria y actividades de ocio y tiempo libre. Es demasiado pretender sintetizar las líneas de investigación sobre el envejecimiento y el desarrollo de la ciencia, que tradicionalmente no han tenido mucha convergencia. Por ejemplo, la necesidad de combinar la investigación con la capacidad de orientar la política social o de invertir <en proyectos> culturales relativos en el nivel de desarrollo de envejecimiento individual, con respecto a la salud, el funcionamiento cognitivo y la motivación. El concepto de envejecimiento activo es también valioso para la gerontología social a partir de la vinculación entre lo macro, lo mediano y las micro perspectivas de la investigación del envejecimiento”)

De la cita mencionada se infiere, entre otras cosas, la importancia de la investigación y el papel decisivo que debe o podría tener la gerontología. Indudablemente que así como los países europeos han trazado el mapa de la ruta que habrán de recorrer en el futuro para prevenir los “cataclismos” del mal planeamiento y de la ausencia de políticas públicas de la vejez ante el imparable envejecimiento poblacional, los países de América Latina y el Caribe, al parecer duermen en sus laureles y se conforman con programas y estudios paliativos de corta efectividad.

Quizás sea una llamada de atención la que viene expresando desde hace un par de años la Organización de Estados Americanos, a través de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores que a la letra dice: “Reconociendo que la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades (...); Convencidos también de que la adopción de una convención amplia e integral contribuirá significativamente a promover, proteger y asegurar el pleno goce y ejercicio de los derechos de la persona mayor, y a fomentar un envejecimiento activo en todos los ámbitos, <se suscribe la presente> Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”³.

La cita arriba mencionada habla de “fomentar un envejecimiento activo en todos los ámbitos”. En primer lugar los países latinoamericanos, por ejemplo, tendrían que pasar del verbo “fomentar” al verbo “implementar”. En dichos países existen grandes convenios, excelentes marcos normativos y excelsas recomendaciones internacionales en materia de envejecimiento. Sin embargo, pensamos que el problema no solamente es enunciar normativas en términos de derechos sino, entre otras cosas, judicializar las recomendaciones para aplicar planes y programas a mediano y largo plazo, eficaces y eficientes, pero sobretodo sostenibles. No sería una idea descabellada que las universidades públicas y privadas, las cuales ofertan licenciaturas y posgrados en gerontología, comenzaran a convocar a las academias, centros de investigación, movimientos sociales de adultos mayores e instituciones de gobierno, a diseñar una especie de “FuturAge Roadmap” latinoamericano.

Envejecimiento activo se puede decir con otras palabras: gerontología para la vida activa. Somos conscientes de que los contenidos plasmados en esta publicación son insuficientes, pero necesarios. Ante la multiplicidad de temas teóricos y prácticos, esta publicación recoge las expresiones más significativas planteadas por los autores y coautores participantes. De entrada sabemos que la mayoría de los ensayos plasmados son indicativos para futuras investigaciones a desarrollar. El mérito lo tienen los investigadores quienes han confiado en la Convocatoria y en la calidad editora, en la medida de lo posible, de este libro.

Otro dato que vale la pena mencionar con respecto al antecedente inmediato de la categoría envejecimiento activo, es el de “envejecimiento exitoso”. Este último fue introducido

³ Organización de Estados Americanos. (2016). “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”. Recuperado en http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp (consulta realizada agosto de 2016). Son 41 artículos a través de los cuales se promueven diferentes estrategias para la promoción defensa y construcción de los derechos humanos del adulto mayor en diferentes ámbitos de la vida.

en los debates gerontológicos en la década de 1990. Tuvo como punto de partida numerosos estudios empíricos. Se enfocó principalmente en analizar los componentes determinantes de la baja morbilidad, buen desarrollo cognitivo y óptima capacidad funcional física. El objetivo es mostrar cómo los individuos pueden obtener una buena salud y una participación activa en la sociedad a través de un estilo de vida adecuado. El éxito, por lo tanto, es envejecer bien cuando al mismo tiempo se procura mantener bajos los indicadores de la fragilidad física, mental y contrarrestar prácticas de autoexclusión social.

Tener salud es el punto de partida. Pues mantener o procurar el autocuidado y un sistema de servicios de salud ampliado y digno, son una premisa insoslayable para ejercer el derecho humano de acceso a la atención sanitaria óptima y decorosa: sin salud no hay dinero, ni tampoco amor. Por lo tanto, envejecimiento exitoso es sinónimo de vida independiente y de capacidad positiva de adaptación a los procesos cambiantes de la vida diaria.

La perspectiva del envejecimiento exitoso se vio enriquecida con los aportes de la gerontología social a través de la teoría de la actividad, desarrollada a finales de los años 20 del siglo pasado. La teoría de la actividad es un constructo de la sociología y la política. Esta teoría afirma que las relaciones humanas están determinadas por los valores de cada cultura y por las estructuras económico-políticas que organizan los roles y las funciones de cada individuo. Esas determinaciones también afectan los estados emocionales y de salud de las personas. Dicha teoría tuvo un gran apogeo en Europa y, en particular, en Alemania.

En la teoría de la actividad existe un presupuesto filosófico en el cual se sostiene que el desarrollo de las comunidades y de los individuos depende de los compromisos y de la vida práctica con la que se asumen los desafíos de la cotidianidad. La vida activa deseable en una comunidad consiste en ocuparse de su propio bienestar biopsicosocial. El buen vivir de los colectivos depende de las acciones sociales, culturales, políticas, tecnológicas, ambientales y económicas en las cuales se pretenda maximizar el bienestar común. Sólo así el proceso de la longevidad, de las expectativas de vida y de salud, podrán ser asegurados y aquilatados.

Por lo tanto, el envejecimiento activo constituye, por el momento, el paradigma a impulsar desde las diferentes facetas de la academia, la investigación y las responsabilidades sociales e institucionales. Es interesante saber la experiencia alemana donde investigaciones publicadas en revistas de geriatría, tienen conciencia clara de los aportes de los estudios gerontológicos. Por ejemplo, F. Kolland y R.A. Meyer Schweizer en una revista de gerontología y geriatría sostienen lo siguiente:

“Die Aktivitätstheorie hatte dabei nicht nur eine akademische Fundierung über entsprechende empirische Forschung, sie hatte darüber hinaus auch eine ethische Bestimmung, nämlich ein gelungenes Leben im Alter an Aktivität und Mobilität zu binden. Altenarbeit und Politik haben diese Werte verstärkt. So hat die Aktivitätstheorie 2002 in ein Grundlagenpapier der WHO Eingang gefunden. Der in diesem Papier herausgestellte Ansatz des „aktiven Alterns“ könnte als Praxistheorie bezeichnet werden. Angenommen wird von diesem Ansatz eine positive Wahrnehmung des

Alterns (.....). Nicht berücksichtigt wird neben der Bedingtheit von Aktivität die Dynamik von Veränderungen hinsichtlich der Lebenssituationen im Alter. Aktivität ist eine von mehreren notwendigen, aber keine zureichende Bedingung für Entwicklungsfähigkeit im Alter”⁴.

Gerontología para la vida no solamente es otra forma de decir envejecimiento activo, sino también es una invitación a revalorar los significados de vivir la vida o de llevar un proyecto de vida donde la vejez sea una viabilidad positiva (Entwicklungsfähigkeit im Alter). Vivir la vida en gerontología no significa percibir la realidad como catastrófica, ni el proceso de envejecer como una etapa decrepita del ser humano. Es verdad que la existencia humana, más allá de su definición biológica o sociológica, está marcada por motivos que producen dolor o alegría, felicidad o infelicidad, placer o displacer. La vida cotidiana de los seres humanos no es del todo “color de rosa”, ni tampoco “color grisáceo”. Vivir para la vida podría ser aprender a vivir en cualquier edad, pero especialmente en la vejez. Gerontología para la vida simultáneamente significa, poner todos los recursos posibles e imposibles al servicio del adulto mayor, colocar la razón, la emoción y la pasión en el centro de las relaciones humanas para colaborar y trabajar por reconstruir un mundo participativo, responsable, digno e incluyente “donde quepan todas las edades”.

Este libro es el inicio de una serie de capítulos a desarrollar en el futuro por futuros gerontólogos o investigadores. Poner los pilares para la construcción ya es algo acertado. Los autores participantes de este Volumen, desde sus trincheras, expertiz y compromisos, se han dado a la tarea de compartirnos sus saberes y experiencias. Sus contribuciones son un ladrillo más en la edificación de ese mundo sin exclusión, activo, comprometido y saludable.

Los ensayistas; Paola Andressa Scortegagna, Rita de Cássia da Silva Oliveira, Flávia da Silva Oliveira, Beatriz Mena Montes, Sara Torres Castro, Oscar Rosas Carrasco, Armando Luna López, María Claudia Espinel Bermúdez, Maricruz Rivera-Hernández, Aída Díaz Tendero-Bollain, Júpiter Ramos Esquivel, Adriana Marcela Meza Calleja, Ulises Hermilo Ávila Sotomayor, Sergio Flores Cerqueda, Nora Magdalena Torres Carrillo, Blanca De Lima, Mariela Morillo, Iveili Flores, Evelyn Colina, Marisa Silvana Zazzetta, Isabela Thaís Machado de Jesús, Luzia Cristina Antoniossi Monteiro, Fabiana de Souza Orlandi, Miriam Jessica Bazán Torres, Sara Torres Castro, Juan Carlos Ruiz Espíndola, Beatriz Mena Montes, Nora Magdalena Torres Carrillo, José Carlos García Ramírez, Ignacio Martínez González-Moro, Ana López García, María Carrasco Poyatos, Marisol Rincón Arredondo, Lesly Beltrán Sánchez, Hugo Roberto Valderrama, Sandra Quintero, son quienes inteligente y valientemente, nos

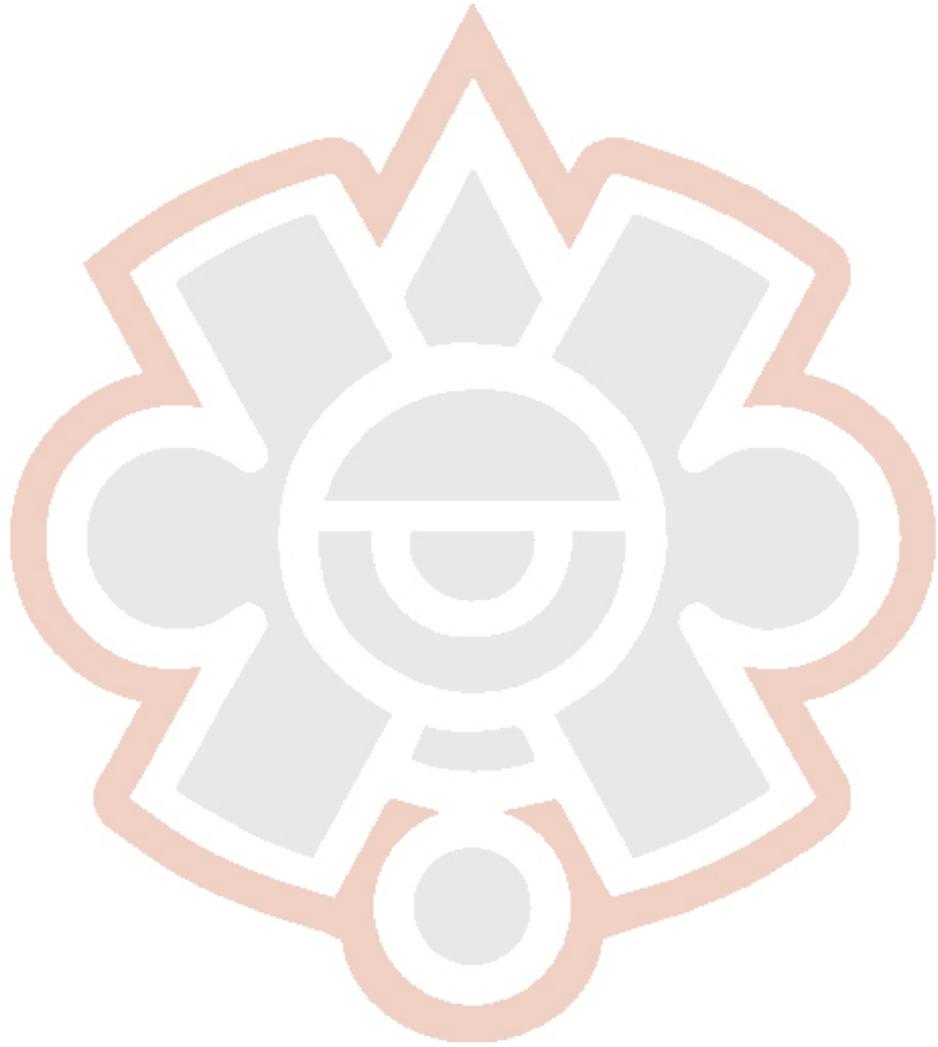
⁴ Kolland, F y Meyer-Schweizer, R.A. (2012). “Altern und Wertewandel”, en Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie. 45:587–592 · DOI 10.1007/s00391-012-0392-5, Springer Medizin, Verlag. Recuperado en https://www.soz.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_soziologie/Personen/Institutsmitglieder/Kolland/FK-Altern_und_Wertewandel.pdf (consulta realizada en agosto de 2016), p. 591 (“La teoría de la actividad tuvo un desarrollo académico a través de la investigación empírica con una pretensión ética y en la cual se buscaba una vida de éxito en la era de la actividad y la movilidad. Estudios anteriores en política habían ya matizado y reforzado esos valores, por lo que la teoría de la actividad es retomada en la parte de los Antecedentes del documento de la WHO <World Health Organization> en 2002. El enfoque expuesto sobre el “envejecimiento activo” se podría llamar la teoría de la práctica. Lo asumido en ese enfoque, es una percepción positiva del envejecimiento (.....). No se tiene en cuenta muchas veces la naturaleza condicional de la actividad dinámica de los cambios suscitados de la vida en la vejez. La actividad es una condición necesaria, pero no suficiente, para el desarrollo de una vejez viable”).

invitan a ser leídos para luego cada quien en sus centros de trabajo, en foros o coloquios, discutan y abran los debates para derivar propuestas investigativas de mayor alcance.

En junio de 2016 se llevó a cabo el “Segundo Seminario Internacional ‘La Salud del Adulto Mayor’: Realidades y Desafíos 2016” en Santiago de Chile, organizado por la Fundación del Adulto Mayor Clotario Blest Riffo, Proyecto de Investigación FONDEF y la Pontificia Universidad Católica de Chile. Las ponencias giraron en torno al envejecimiento saludable y activo. Remarcaron la importancia que tienen las investigaciones y todo tipo de estudio que contribuya a cuatro aspectos: 1) promoción a una cultura positiva del envejecimiento; 2) ampliación de acceso a los sistemas de salud en los tres niveles de atención médica; 3) defensa y posicionamiento del adulto mayor como sujeto de derechos y 4) políticas sociales eficaces y sostenibles en materia gerontológica.

En los tres últimos congresos realizados en América Latina, Buenos Aires (2010), estado de México (2012) y Lima (2014), de universidades con carreras de gerontología, se ha hecho hincapié sobre la relevancia que revisten los estudios gerontológicos. En la Declaración de Lima (2014), uno de sus acuerdos es, entre otros, emprender la ruta difícil, pero fructífera, de la investigación en donde las líneas de generación y aplicación de conocimientos contribuyan al empoderamiento gerontológico. El presente libro simplemente es un testimonio congruente puesto en acción y el cual espera ser leído, debatido y mejorado con futuras contribuciones o en el debate en los salones de clase, en los congresos, en las instituciones donde se ofrecen servicios de salud o en las instituciones prestadoras de servicios sociales. No olvidemos que las buenas prácticas gerontológicas tienen que derivar en buenas estrategias teóricas y viceversa. Esperamos que este material abone buenas semillas en el campo de la siembra para tener luego una buena cosecha.

Coordinadores



Primera parte

Fundamentos estratégicos



Fundamentos de la investigación educativa en la praxis gerontológica

José Carlos García Ramírez

Resumen

El planteamiento del problema de este trabajo consiste en discutir si en los estudios gerontológicos existe suficiente investigación teórica que ayude a resolver asuntos prácticos. Al respecto destaco tres ejes: a) la importancia de la educación dirigida a la investigación gerontológica; b) expongo los paradigmas científicos enfatizando la necesidad de enfrentar la discusión teórica y metodológica; c) presento algunas reflexiones sobre el destino de la gerontología y los desafíos a los que se enfrentan los profesionales en la materia. El propósito del documento es indicar la importancia de la producción e interpretación de los conocimientos sobre envejecimiento, asumir con seriedad las exigencias de saber usar metodologías científicas en los procesos de investigación, y por último, sostener que no puede haber buenas prácticas gerontológicas, si no son diseñadas correctamente estrategias teóricas.

Palabras clave

Gerontología, investigación, educación, responsabilidad social.

I. Educación para la investigación¹

“No hay enseñanza sin investigación ni investigación sin enseñanza”
(Freire, 1986: 42)

El proceso educativo es construido, interpretado e implementado por los seres humanos. Son ellos los promotores y destinatarios de su propio proceso formativo. La educación tiene su razón de ser porque el desarrollo cultural lo posibilita. En términos ideales la educación

¹ El tema de investigación educativa en gerontología lo sugerí desde el año 2003, al formar parte del comité de expertos cuya misión fue impulsar la licenciatura en gerontología, en la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. Posteriormente, lo retomé como línea de acción estratégica en las asesorías del comité de expertos para implementar la licenciatura en gerontología en la Universidad Estatal del Valle de Toluca. Finalmente, volví a plantearlo en la conferencia “Hacia un modelo formativo de la investigación gerontológica, desde el ámbito de los derechos humanos”, impartida durante el Primer Congreso Internacional de Carreras de Grado y Pregrado en Gerontología, convocado por la Universidad Maimónides, ciudad de Buenos Aires, Argentina, realizado del 11-13 de marzo, 2010. Han transcurrido trece años y continúo siendo testigo y participante, como profesor-investigador, del proceso de desarrollo de dicha licenciatura. El balance crítico de ese periodo histórico me permite plantear las fortalezas, pero sobre todo las debilidades que todavía siguen aflorando en tal proceso.

forma las perspectivas colectivas e individuales que tienden al desarrollo del género humano. Tanto en sociedades ágrafas (sin escritura y tradición oral) como en aquellas que crearon dispositivos escriturales, la educación de sus individuos era una prioridad estratégica para la conservación de la memoria histórica y la convivencia cotidiana.

El fenómeno educativo fue en el pasado un aspecto sustancial en la vida de las comunidades y los pueblos. Se tiene la idea de que a través de la educación (como forma de adquirir conocimientos) es posible que los individuos realicen sus mejores aspiraciones, desarrollar talentos y capacidades. La educación es sinónimo de la formación de sujetos con capacidades para pensar, habilidades para socializar y responsabilidades para actuar. Sin embargo, más que suministrar conocimientos es indispensable la formación de individuos promotores de su desarrollo colectivo y personal.

Muchos cambios se han experimentado con respecto al proceso educativo. Por ejemplo, desde el enfoque cognitivo de Piaget (1986) la afectividad y la conciencia (asimilación de los reflejos, hábitos, conductas, lenguaje y socialización) han sido consideradas como los ejes estructuradores de las representaciones mentales y del proceso de interacción social del niño. Por su parte, los estudios de Kohlberg (1981) pusieron sobre relieve que las combinaciones mentales y los “juegos del lenguaje” logran su madurez por medio de la conciencia moral de la persona adiestrada para obedecer². Siguiendo a la psicología cognitiva, las formulaciones planteadas por Feuerstein (1990), señalan que los caracteres particulares o maneras de ser pueden ser modificables y exitosas si se aplican ciertos métodos coercitivos implementados por el psicopedagogo. Por su parte y desde el paradigma crítico, Freire (1986) *grosso modo* explica el proceso educativo a partir de la práctica del diálogo interpersonal y a condición de que sea contextualizado en función de los intereses de la comunidad. Es decir, la educación en un sentido riguroso, es un proceso de enseñanza–aprendizaje basado en la libertad, la autonomía y la responsabilidad comunitaria de los educandos y educadores. Estos últimos son quienes, en principio, ejercen la “acción pedagógica” crítica a partir del análisis de la situación social, política y económica, para denunciar y promover la transformación de las situaciones de pobreza y exclusión causantes del debacle educacional y del subdesarrollo humano.

Las rutas a seguir en la educación (visión), las formas indispensables de educar (misión) y los impactos del proceso (formación), son los desafíos para cualquier proyecto de enseñanza básica o profesional. Respecto a la formación profesional, la educación no solo se valora individualmente por la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes, sino también por la manera de pretender responder a las necesidades que se ciernen en el entorno.

² Por conciencia Kohlberg entiende el acto de obediencia basado en el cumplimiento moral de lo que es recto, en el orden y en el castigo (Colby y Kohlberg, 1983: 37, 78–89). Podemos decir que al igual que Piaget, ambos consideran que la educación es un proceso de aprendizaje y de obediencia donde el individuo aprende a convivir, pensar y definir criterios de formación educativa, a través de mecanismos en términos de causas y efectos. A ese proceso se le ha denominado “psicopedagogía conductista”.

Visualizar las necesidades individuales o colectivas, distinguirlas conforme a su grado de insatisfacción o dolor y atenderlas respecto a su prioridad, representan las tareas de mujeres y varones conscientes de sus compromisos no solamente sociales, sino humanos, como diría Freire.

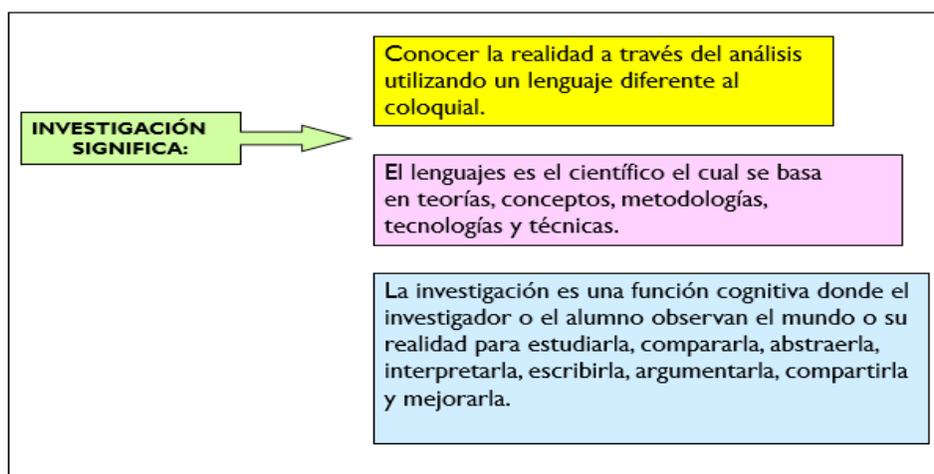
Por otra parte, no se produce avance científico ni educativo sin investigación. La investigación ayuda a incrementar el conocimiento y obtener conclusiones sobre la realidad, los fenómenos y hechos que observamos; posibilita analizar la relación existente entre los elementos o aspectos que configuran una determinada situación socioeducativa y muchas veces auxilia a tomar decisiones sobre cómo intervenir en dicha situación para mejorarla.

La necesidad de investigar en la educación superior surge, por ejemplo, desde el momento en que pretendemos conocer mejor el funcionamiento de una situación educativa determinada —ya sea un sujeto, un grupo de sujetos, un programa, una metodología, un recurso, un cambio observado, una institución o un contexto ambiental— o bien, cuando buscamos dar respuesta a las múltiples preguntas que nos planteamos acerca de cómo mejorar nuestras actuaciones educativas y en el afán de formar a los educandos en la importancia de la investigación científica.

El deseo por conocer la realidad empírica (mundo de los objetos físicos) pero sobre todo querer indagar en la complejidad de lo humano, motiva la investigación, cuya finalidad es potenciar la transformación de la realidad a través de la innovación y la mejora de la vida cotidiana. El sentido ético de toda investigación es la búsqueda del desarrollo y mejora de la vida humana.

Vale la pena preguntarse ¿qué significa la investigación? En el “Cuadro 1” se aprecia para qué sirve la investigación y se puede responder que en el campo de la gerontología – como en cualquier área del conocimiento e institución de educación superior– la investigación implica generar conocimientos, desarrollar habilidades, gestionar saberes y tecnologías que contribuyan al crecimiento de la ciencia, para que un país pueda ser independiente al mejorar su situación económica y posibilitar el bienestar y calidad de vida de su población. La investigación es también un modo de vida donde el iniciado o el investigador parte del estudio de la realidad y ofrece respuestas, en la medida de lo posible, a los desafíos humanos. La investigación trabaja para la ciencia y en la ciencia, parafraseando a Louis Pasteur, es el alma de la prosperidad de las naciones y la fuente de todo progreso.

Cuadro 1. ¿Qué significa la investigación?



Fuente: Elaboración propia.

La expresión “Investigación + Desarrollo” (I+D), suele utilizarse para referirse a la generación de conocimientos, acciones institucionales coordinadas, inversión de recursos económicos y potenciar la calidad de los productos, que en última instancia coadyuven al desarrollo y mejora de vida de las personas. Existe también la fórmula “Investigación, Desarrollo e Innovación” (I+D+I). El término de innovación se refiere la utilidad o rentabilidad de los productos científicos en el mercado de los bienes y servicios o en aras del desarrollo industrial.

Las fórmulas anteriores hacen hincapié en la importancia de la investigación con el objetivo de conocer mejor cómo funcionan las cosas (diagnóstico) y cómo podrían lograr un funcionamiento óptimo, a fin de obtener productos socialmente rentables en relación al bienestar de las personas y la economía de los Estados. Un ejemplo son las investigaciones financiadas para analizar las posibilidades y beneficios de la introducción de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs)³ en el ámbito educativo⁴, en particular en las áreas de salud pública o de la medicina social (Martínez, 2009: 12-13).

³ En México, recientemente (octubre de 2015, Ensenada, Baja California) se llevó a cabo el Primer Taller sobre Investigación en Tecnologías de la Información y Envejecimiento, organizado por la Red Temática de Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social. En ese taller se expusieron avances tecnológicos en materia de diagnósticos y terapéuticas tecnológicas aplicadas a personas ancianas. Fueron presentadas innovaciones que en el presente y futuro se tienen que desarrollar e implementar en los sistemas de salud pública. Para más información ver la siguiente liga: <http://esds.cicese.mx/taller2015/>

⁴ Dados los potenciales beneficios de la investigación, se considera necesario que los conocimientos y hallazgos obtenidos a través de ella y sobre los procedimientos a utilizar para mejorar las prácticas y los productos educativos, sean difundidos para que sean conocidos por el máximo número posible de beneficiarios. Tras efectuar la investigación es necesario redactar un informe de investigación. Su lectura puede ser útil a las personas interesadas en poner en práctica los conocimientos obtenidos en sus ámbitos de trabajo después de adaptarlos a las características de los mismos: no debe olvidarse que cada contexto educativo es diferente a otro y que conviene adaptar los conocimientos a las formas específicas de funcionamiento que rigen en cada uno de ellos (Martínez, 2009: 8-15).

La utilidad de las TICs es un paradigma de oportunidades en las que se pueden poner en práctica las ecuaciones “I+D” e “I+D+I”. Por ejemplo, la aplicación de ingenierías que desarrollen artefactos y espacios accesibles, para hacer confortable la vida de las personas mayores con morbilidad incapacitante. El mercado de consumo destinado a los adultos mayores tiene que ser revalorado de manera responsable y respetuosa, pues representa un sector altamente consumidor y estratégico para el desarrollo de las economías locales (Sánchez-Vera, 2012). La investigación en gerontología⁵, por ejemplo, tendrá que aceptar que la posibilidad de ser sustentable radica en la capacidad para desarrollar proyectos de innovación científica, tecnológica y humana, teniendo presente la realización de las siguientes acciones prácticas:

Cuadro 2. Acciones que facilitan realizar investigación gerontológica

- ✓ Dar respuesta a la necesidad de conocer y mejorar una determinada realidad socioeducativa.
- ✓ Innovar en educación y analizar los resultados y eficacia de dichas innovaciones para avanzar en la mejora de los resultados de la intervención comunitaria.
- ✓ Formular juicios de valor sobre la situación estudiada (evaluación) y establecer las causas que inciden sobre ella (diagnóstico). Esto facilita poder intervenir para potenciar, modificar y mejorar las situaciones que se pretenden atender (ya sea al interior del aula, en espacios clínicos, instituciones públicas o privadas y en la comunidad).
- ✓ Tomar decisiones, y en caso necesario, generalizar conclusiones que puedan estar afectando por igual a muchos sujetos o situaciones, lo que implica ampliar la posibilidad de actuar sobre ellas y rentabilizar los recursos y las inversiones que se hacen en tiempo, esfuerzo y presupuesto al investigar.
- ✓ Valorar el grado en que se alcanzarán determinados objetivos plasmados en un plan y programa de intervención gerontológica.

Fuente: Elaboración propia con base en Martínez, 2009.

Las razones mostradas en el “Cuadro 2” ayudan a entender la importancia que tiene el investigar y en qué consisten los procesos de educación superior y el fortalecimiento de la gerontología como disciplina científica. La investigación puede ser individual, grupal, institucional o interinstitucional. Sus características y condiciones posibilitan resultados en cuanto a generación de saberes, experiencias e impactos en términos de bienestar social:

⁵ Por gerontología nos referimos a una disciplina científica que aborda las problemáticas sobre el envejecimiento humano (en áreas de: salud, cambios demográficos, seguridad social y económica), la vejez (perspectivas histórico-culturales y político-económicas) y adultos mayores (programas de atención, campañas de promoción de la salud, redes de apoyo y grupos de participación ciudadana). Actualmente existen en México ocho universidades públicas con la licenciatura en gerontología, la cual es una disciplina emergente y en proceso de consolidación. La gerontología complementa a la especialidad médica denominada geriatría. La gerontología es un entramado multidisciplinario (véase Moragas-Moragas, 1991; García, 2008).

querer y saber investigar en gerontología, significan afrontar problemáticas concretas y asumir responsabilidades científicas, históricas y éticas⁶.

II. Los embrollos de la científicidad

Poco común es que los estudiosos de la gerontología o de las denominadas ciencias del envejecimiento incursionen en los aspectos internos de las teorías científicas y en sus criterios de demarcación. En principio podemos decir que no se produce una buena praxis gerontológica sin marcos teóricos que la justifiquen. Se corre el riesgo de banalizar el trabajo profesional del gerontólogo si éste es reducido a ejecutor de procesos empíricos meramente operativos.

La eficacia de las prácticas gerontológicas siempre deriva de buenas estrategias teóricas. Eso lo saben quienes investigan los fenómenos del envejecimiento desde otras áreas de conocimiento, y con frecuencia, quienes están insertos en la práctica gerontológica se resisten a emprender procesos reflexivos. Comodidad, falta de seriedad o pereza mental pueden ser las cortapisas que merman a los profesionales de la gerontología⁷. Si el gerontólogo tiene interés por hacer investigación científica, es fundamental que conozca los criterios mínimos del debate sobre la ciencia. A continuación, y de manera indicativa vamos a señalar los criterios de demarcación epistemológica de algunos teóricos de la ciencia, para aproximarnos al sentido de la científicidad occidental y cómo puede conectarse con el proceso del conocimiento gerontológico.

Para el filósofo austriaco Karl Popper, la ciencia es un conjunto de “redes que lanzamos con el propósito de apresar aquello que denominamos el mundo, para racionalizarlo, explicarlo y dominarlo” (Popper, 1968: 109). Asimismo, especifica claramente que el problema de la objetividad de la ciencia es el único método de análisis confiable que permite comprender la complejidad de la realidad mundana. La pretensión de “objetividad en la ciencia” o científicidad puede ser entendida a partir de las siguientes estrategias argumentativas:

⁶ En la obra *La vejez. El grito de los olvidados* (2003) me remito a la importancia de la ética en la senectud y señalo que asumir la reflexión crítica en torno a las personas adultas mayores no es solamente un acto subjetivo o moral, sino ante todo es una responsabilidad histórica. Por otra parte, en mi artículo “La ética en los Centros de Día: entre la acción del Estado y los planes de negocio”, expongo la necesidad de incluir criterios ético-normativos en cualquier plan de acción institucional y sostengo que: “la filosofía no está muerta, pues la ética la vivifica a partir de las reflexiones sobre 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 compete al diseño de “centros de día” (CD) para su implementación, la reflexión ética tiene un papel primordial, pues sólo así se puede saber cómo ésta se relaciona con el derecho y a la vez con temas del envejecimiento” (García, 2014: 47).

⁷ Luego, cuando no existen certezas en la formación científica del gerontólogo, aparecen algunas preguntas tales como: “¿en qué voy a trabajar?”, “¿qué cosas voy hacer?”, “¿a dónde debo ir a pedir trabajo?”. Ninguna profesión garantiza un empleo cuando el estudiante concluye sus estudios. Pero la mayoría de las profesiones sí garantizan por lo menos que el egresado sepa en qué consiste su carrera, valore sus habilidades y conocimientos e identidad profesional. En mi experiencia como docente en instituciones educativas, he podido diagnosticar una “patología silenciosa” entre los alumnos y que consiste muchas veces en el desconocimiento sobre lo que es su carrera y qué pueden hacer y saber. Dice un refrán que cuando los docentes tienen limitaciones teórico-prácticas, el alumno tiene errores.

- A) Como una creación que no admite comentarios superficiales, ni opiniones <la “doxa (δοξά)” en griego>, ni creencias, ni nada que tenga que ver con objetos metafísicos o que estén contaminados por perturbaciones de tipo social o histórico (Popper, 1985: 76-80). Los criterios para establecer que ‘algo’ es verdadero son determinados por el orden del lenguaje, la rigurosidad de los conceptos, la correspondencia de los datos con los hechos (evidencias) y la enunciación de leyes aplicables. Esa perspectiva es la que comúnmente se ha denominado positivismo científico⁸ y que no es sino una forma dogmática de imponer una perspectiva que habitualmente tiende a descartar otros tipos de conocimiento (Carnap, 1971: 99-115).
- B) Como dispositivo innegable dentro del desarrollo evolutivo del conocimiento humano y la transformación o “poiesis (ποίησις)” de la naturaleza. Desarrollo del conocimiento y actividad transformadora del entorno, han generado el ideal por medio del cual se expresa toda producción científica, denominado “leyes científicas” (Bunge, 1997: 77). Las leyes en el discurso de las ciencias tienen por lo menos tres significados:
- ✓ Estructuras o pautas de orientación y determinación del conocimiento.
 - ✓ Orden metodológico para abordar y prescribir (en forma de enunciados y conceptos) los fenómenos que acontecen en la realidad (naturaleza física, biológica, mental, social e histórica). A esas leyes o legalidad científica también se les conoce como racionalidad o “episteme (επιστημη)”.
 - ✓ Directrices para resolver cuestiones prácticas.
- C) Como un discurso que, con independencia del rigor conceptual y definiciones, depende fundamentalmente de su fuerza argumentativa y de los intereses cognoscitivos determinados por la comunidad científica. Esta posición suele denominarse “argumentación científica intersubjetiva” (Apel, 1994: 37-92). Esa postura es de los teóricos de la ciencia que afirman que los intereses para alcanzar la verdad y la validez de los enunciados, están situados en el convencionalismo “dialógico (διάλογο)” de las comunidades de científicos⁹ o expertos. Por consiguiente, es la comunidad científica institucionalizada la que establece los patrones de racionalidad y valida las reglas operativas, escalas de valoración y la producción de conocimientos.

⁸ La visión positivista de la ciencia (aunque filosóficamente se inserta en la tradición cartesiana y los postulados de F. Bacon) tiene su extensión en la escuela norteamericana llamada “Círculo de Viena”, para la cual la validez del discurso científico depende de la correspondencia entre datos y hechos, así como también del orden lógico de las proposiciones. Básicamente para esa escuela sólo puede calificarse como ciencia a los discursos de las ciencias naturales o físicas.

⁹ Es Karl-Otto Apel, maestro de J. Habermas, quien postuló inicialmente las reglas de operación de la comunidad dialógica científica, más allá de la trascendencia del paradigma monológico pensante (individualismo solipista). Para la tradición científica alemana, especialmente desde la perspectiva de Apel, en las ciencias fácticas, así como en las ciencias sociales, la validez del discurso científico depende de las razones dialógicas establecidas por la comunidad científica cuyas reglas se basan en el diálogo intersubjetivo.

Sintetizando, la ciencia trabaja por lo menos con base en dos directrices básicas: por un lado, fundamentando teóricamente cualquier problemática real (construye definiciones, demarca conceptos, contrasta hipótesis, compara y alterna teorías, ajusta leyes y desarrolla nuevos conocimientos); y por otro lado, formula preguntas para diseñar técnicas que solucionen problemas prácticos. De ambas vertientes se desprendió lo que Lakatos, (1983: 12, 22, 29, 35) denomina “metodología de los programas de investigación científica”.

Feyerabend, otro teórico de la ciencia, está en otro momento de la perspectiva científicista. Ante las concepciones empiristas y positivistas (que discriminan los conflictos generados en el ámbito social), Feyerabend señala que además deben considerarse los factores de tipo histórico, sociológico, psicológicos, estéticos, de creatividad o innovación, que no tienen por qué ser menospreciados por algunos grupos científicos, los cuales consideran que las externalidades no necesariamente condicionan los aspectos internos u objetivos del discurso científico (Feyerabend, 1978: 45, 54-78).

III. El desarrollo de la gerontología

Antes de plantear algunas generalidades sobre el desarrollo de la gerontología en México, quisiera señalar tres cuestiones socioeducativas que considero centrales:

1. En este tiempo moderno¹⁰ se venera el mito de “ser joven” asociándolo con representaciones sociales tales como la productividad, belleza e inteligencia. Muchos países perciben a la vejez como algo deficitario y decadente (Bobbio, 1997). Esa perspectiva histórico-cultural despectiva, ha generado sesgos, prejuicios y rupturas intergeneracionales (García, 2006).
2. En ese escenario de hostilidad emerge la práctica gerontológica: por un lado el dogmatismo de algunos científicos “duros” cree que la gerontología no cumple con los criterios de científicidad. Luego, existe una desvaloración en términos laborales de la profesión del gerontólogo, pues es considerada en muchas instituciones como una labor adyacente o de apoyo a los equipos disciplinares de médicos, psicólogos y trabajadores sociales.
3. Por otro lado, tres amplios aspectos desafían el quehacer gerontológico: 1) las instituciones de educación superior que al lograr implementar planes y programas de licenciaturas, sólo visualizan el carácter “técnico-profesional” y no invierten

¹⁰ El concepto de modernidad ha sido objeto de una larga y compleja discusión en la historia de las ideas filosóficas. Esta categoría filosófica fue analizada en la obra *La vejez. El grito de los olvidados*, (2003). Para los fines de este artículo, referimos con la palabra modernidad al proceso histórico capitalista (economía de mercado o neoliberalismo) donde la exclusión, el empobrecimiento y la discriminación de la mayoría de las personas ancianas, tienden a globalizarse y a recrudecerse cada día.

en infraestructura investigativa (a través de posgrados). Por ejemplo, a nivel de dirección muchas veces la investigación se percibe como si fuese una “terapia ocupacional” que el profesorado debe ejercitar sin saber si éste tiene el perfil académico o trayectoria deseable mínima; 2) los bajos salarios del profesorado en las universidades (tal es el caso de las estatales) mediante los cuales se inhibe el desarrollo formativo competente; 3) el mapa curricular de las licenciaturas y los roles de alumnos y académicos, muchas veces son reducidos a esquemas de enseñanza basados en capacitaciones (desplazando el proceso formativo), el desarrollo de habilidades operativas (marginando así la reflexión teórico-metodológica) y la aplicación de técnicas superficiales (omitiendo con ello la investigación multidisciplinar).

Sin embargo, una iniciativa socioeducativa que merece resaltarse en la política educativa en México consiste en la apertura y diversificación del modelo educativo gerontológico. Esa diversificación abrió nuevas carreras profesionales que buscan satisfacer necesidades sociales y educativas. Así también se han pretendido reducir las perspectivas deficitarias sobre la vejez (por lo menos desde el ámbito teórico). Otros profesionales de diversas áreas del conocimiento, comienzan a ver en los estudios gerontológicos una oportunidad, que a cuenta gotas, la van incluyendo en los equipos multidisciplinarios de trabajo¹¹.

La palabra gerontología proviene de “(γερωντες) ancianos,” en griego, y “(λογος), estudio o tratado”. Fue a principios del siglo XX cuando se comienza a utilizar este término con una perspectiva más o menos sistemática. El biólogo ruso de origen judío, Elias Metschnikoff (1845-1916), fue quien introdujo en sus estudios el concepto de gerontología. Si bien es cierto que su formación intelectual pertenece a los campos de la microbiología, la fisiología y la epidemiología, es en su obra célebre de 1904, titulada *Studien über die Natur des Menschen*, donde desarrolla un capítulo a la “Einführung in das wissenschaftliche studum des alters (Introducción al estudio científico de la edad)”. Para este autor, la “altern” o envejecimiento es un proceso biomolecular degenerativo que se va acentuando con la edad (“alters”¹²) (Metschnikoff, 1904: 320-333).

¹¹ Gutiérrez Robledo advierte de manera precisa que: “de manera muy semejante, la investigación del envejecimiento en México, hecha por científicos mexicanos, ha venido creciendo en los últimos 15 años hasta alcanzar un nivel significativo, con un peso más importante que los estudios médico-biológicos y sociales, entre los que destaca de forma muy sólida la perspectiva demográfica, y más recientemente, la clínica y la epidemiológica. Desde otro punto de vista, las investigaciones sobre envejecimiento han calado en planes de investigación y desarrollo más recientes. Por ejemplo, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología financia la creación de una Red Temática de Investigación en Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social; asimismo, en los últimos años ha financiado más proyectos de investigación sobre envejecimiento, en su mayoría organizados en torno a la biología y medicina, quedando en una segunda posición los de demografía y ciencias sociales. Aunque son proyectos que se desenvuelven en campos conexos, no siempre es evidente que logren aunar esfuerzos interdisciplinarios” (Gutiérrez Robledo, 2010: 187-188).

¹² Como todos sabemos, Metschnikoff es considerado el padre de la gerontología. En su obra escrita al alemán predice que los estudios sobre longevidad humana serán fundamentales para los años por venir. En esa obra se encuentra toda una estrategia de reflexión de tipo fisiológica y cultural (sobre todo cuando se refiere al concepto de “Langlebigkeit”).

Sus estudios de la vejez lo llevaron a escribir en 1908 otra de sus obras fundamentales para la gerontología contemporánea titulada *Die Verlängerung des Lebens*, en la cual expresa que el envejecimiento es un camino sin retorno y que solo a través del bien vivir se puede prolongar la longevidad: educación, salud y actividad, son las claves para una vejez prolongada.

Posteriormente, de 1910–1940, aparecen las grandes teorías biológicas sobre el envejecimiento, como son la molecular, la genética, fisiológica o de los “radicales libres”, entre otras (García, 2003: 91-146). Todas ellas se lograron gracias a los avances de la medicina y los hallazgos clínicos traducidos en desarrollo farmacológico. Cabe destacar que durante las primeras tres décadas del siglo XX, las ciencias biomédicas comenzaron a tener auge, especialmente en investigaciones clínicas. Un acontecimiento geopolítico que agilizó los descubrimientos médicos e incentivó los experimentos clínicos a través de la farmacología fue la llamada “Primera Guerra Mundial” (1914-1918). El conflicto bélico no solamente despertó el interés por poner la ciencia al servicio de las guerras, sino también generó fuertes debates sobre la conducta irracional del belicismo que arrastraba a una parte de la humanidad. Una disciplina científica que tuvo mucha importancia durante ese periodo de conflictos bélicos y del malestar cultural fue la psicología, a través del psicoanálisis freudiano.

Sigmund Freud es quien aborda múltiples temas sobre la psique del ser humano y el envejecimiento no fue la excepción. Freud estableció la apertura de los estudios sobre envejecimiento por medio de sus reflexiones en torno de la libido en personas ancianas. Vejez y sexualidad fueron analizadas de manera clínico-terapéutica, pero también desde un enfoque socio-cultural donde las historias de vida constituyen un elemento fundamental para explicar la génesis de la libido sexual, la represión, la disfuncionalidad, los prejuicios y los tabúes sobre deseos y placer en las personas mayores¹³. De esa manera, la gerontología ya no solo se ocupaba de las cuestiones biomédicas, sino ahora y gracias a Freud, la psicología (en su aplicación clínico-terapéutica y social) comienza a constituirse como otro paradigma de análisis del envejecimiento humano.

Sin embargo, fue después de la segunda guerra mundial (1945), cuando la gerontología se separa de cierto enfoque reduccionista clínico-biológico que había hecho la biomedicina, especialmente la geriatría. Años posteriores por medio de un proceso de discusión, la gerontología inició la crítica y superación de los paradigmas biologicista y psicoterapéutico, para instaurarse en el campo de las ciencias sociales (García, 2008: 123–129).

¹³ Al llegar a los 65 años de edad, Freud empezó a reflexionar sobre la senectud en sus artículos "Neurosis y angustia" y "Transitoriedad", aunque en su carta del 21 de mayo de 1894, escribió: "En todos los casos (...) la neurosis se debe a trastornos de la vida sexual (pulsiones enfermizas), los epígrafes más generales bajo los cuales puedo clasificar a las neurosis son los cuatro siguientes: 1. Degeneración; 2. Senilidad (¿qué puede significar?); 3. Conflicto; 4. Conflagración". Por otro lado, Freud diserta sobre la vejez y la relaciona principalmente con la sexualidad. La primera premisa de investigación clínica consiste en que los ancianos son sujetos de pulsiones, y por ende, de energía libidinal. Por tanto, concluye Freud, es falso considerar al senecto (sea varón o mujer) como un ser asexual. Lo que sucede es que en el proceso fisiológico del envejecimiento se van fraguando la degeneración y conflagración de la genitalidad y no de la sexualidad (Freud, 1981: 3384-3490; García, 2003: 115-121).

Ejemplifican este avance los médicos alemanes Gerald Rudinger y Ernest Lanterman, quienes en su célebre artículo “Soziale bedingungen der intelligenz im alter,” sostienen que la gerontología a fin de sobrevivir y ser más productiva teórica y empíricamente, deberá estar en estrecha vinculación con el “análisis histórico (geschichtsbezogne Anknüpfung)” y social (Rudinger y Lanterman, 1997: 134, 139-141).

En los años 50's del siglo pasado, inicia el desarrollo de investigaciones a partir de teorías biomédicas sobre el envejecimiento y las prácticas socio-sanitarias. En 1950 fue fundada la primera asociación internacional gerontológica y geriátrica (International Association of Gerontology and Geriatrics¹⁴) en Liège, Bélgica, dedicada a las cuestiones de educación científica y fomento de la investigación. Posteriormente, en 1951, surge la International Association of Gerontology¹⁵ que recomendaba estudiar tres campos teórico-prácticos de organización institucional: el sanitario (asistencial), el biológico (investigación básica en niveles tisular, celular y molecular) y el social (cuestiones sociológicas, psicológicas, de trabajo social y jurídicas). Finalmente, con la obra de Juan Comas¹⁶ *Manual de antropología física*, aparece una nueva forma de abordaje antropológico de la vejez, desde el punto de vista de la anatomía humana comparada, específicamente desde la antropometría cultural (Comas, 1966, 28-64).

Bajo el breve panorama del proceso histórico de la gerontología ya descrito, en México se abre por primera vez la licenciatura en Gerontología en la Universidad de San Agustín, Mérida y en la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, estado de México (Fernández, 2012), ambas en el año 2004. Esta última ha jugado un papel importante en el proceso de diversificación e implementación de la carrera en otras instituciones de educación superior.

Por otro lado, si bien es cierto que los estudios gerontológicos caminan teórica y empíricamente a paso lento pero consistente, no sucede lo mismo con el profesional en gerontología. Por medio de encuestas aleatorias que pude aplicar a estudiantes de dicha carrera del 2005 al 2015 –como docente de algunas asignaturas en la licenciatura en gerontología– pude observar que la mayoría de ellos no tiene una perspectiva personal de su propio envejecimiento, ni tampoco se visualizan como senescentes.

¹⁴ La International Association of Gerontology and Geriatrics (por sus siglas en inglés IAGG), destaca como un organismo mundial que en los últimos años ha trabajado en la promoción de investigaciones sobre el envejecimiento humano (principalmente en la óptica médico-biológica) y sus implicaciones en las políticas de salud. Para mayor detalle ver su página <http://www.iagg.info/>

¹⁵ 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, Missouri, EUA (véase <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2022540/?page=1>).

¹⁶ Comas fue uno de los pioneros en estudios sobre antropología de la vejez. Su aporte consistió en abrir la gerontología a otras formas del conocimiento. Claro que Comas lo hizo desde la perspectiva antropométrica con base en interesantes registros cuantitativos y de clasificación de las edades, en distintos contextos culturales. Años más tarde sus aportes sirvieron para elaborar los primeros informes técnicos sobre envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud (1970).

La gerontología es uno de los pocos temas científicos aplicados a una visión de larga perspectiva de vida. Una gerontología profesional será aquella que tenga la capacidad de unificar el pasado, el presente y el futuro, analizando los retos del envejecimiento en su devenir social, que aporte una explicación de los procesos de transición demográfica, capaz de prevenir e intervenir en los procesos de transición epidemiológica y predecir las tendencias residenciales y explicar las nuevas formas de estructuración familiar. De allí que la gerontología se enfrentará siempre cara a cara con las cuestiones histórico-sociales fundamentales y ante los desafíos de sus educandos acerca de su propio proceso individual y colectivo de envejecimiento y las oportunidades reales de empleo formal.

Según Höpflinger (2009), la gerontología tiene conexión con diferentes áreas del conocimiento como son:

- ✓ Neurobiología, medicina y salud pública.
- ✓ Fisioterapia, ortopedia y estomatología.
- ✓ Odontología y nutrición.
- ✓ Psiquiatría y psicología.
- ✓ Práctica de los cuidados <formales (hospitales geriátricos o de especialidad) e informales (Centros de Día y espacio familiar>.
- ✓ Tecnologías aplicadas a las cuestiones de salud y de seguridad personal.
- ✓ Sociología y demografía.
- ✓ Arquitectura e ingeniería.
- ✓ Filosofía y educación.
- ✓ Literatura y religión.
- ✓ Ciencias de la comunicación y publicidad.
- ✓ Turismo, economía y administración.
- ✓ Deporte planeado o actividad física.
- ✓ Política y derecho, entre otras.

En dichas áreas se observa la disposición abiertamente multidisciplinar. Sólo el trabajo en equipos multidisciplinarios puede producir acciones integrales destinadas a resolver problemas (Villar, 2013). Es indispensable reconocer que el carácter multidisciplinario de la gerontología no es un mundo “color de rosa”, por el contrario, en él subyacen fuertes desafíos y con frecuencia esquizofrénicos conflictos entre investigadores, trabajadores comunitarios, profesores inclinados hacia la improvisación de técnicas, e incluso diferencias entre directivos de centros de formación o universidades, cuyas consecuencias pueden inhibir o desalentar las investigaciones que se encuentran más allá de su estrecha perspectiva profesional o de la sobrecarga burocrática en sus trabajos de gestión. Entre los problemas frecuentes sobresalen:

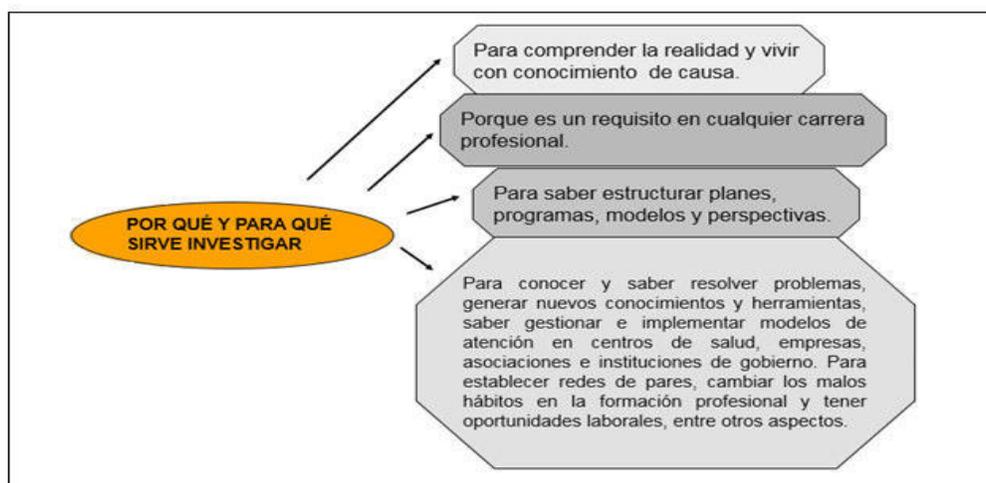
- Dificultades idiomáticas y de comunicación porque cada disciplina tiene sus propios conceptos y definiciones.
- Ideas específicas de la disciplina sobre la construcción de la realidad y las correspondientes diferencias de teorías y métodos.
- Prejuicios y falsas expectativas debido a la escasa comprensión del aporte de otras disciplinas.
- Problemas de dinámica de grupos cuando se impone una perspectiva teórica y jerarquía institucional.
- Insuficiencia en las acciones institucionales y académicas para organizar la investigación en muchos países hispanoparlantes. Si bien es cierto que los institutos de geriatría o centros nacionales de atención para el adulto mayor, luchan incansablemente por derivar políticas públicas sobre envejecimiento, sin embargo, todavía no se logran resultados trascendentales. En el caso mexicano, la Red sobre el Envejecimiento articulada a la Red Temática de Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social (ESDS), los esfuerzos organizativos y sistemáticos han sido relevantes pero insuficientes.
- Sin la construcción de un programa científico de investigación gerontológica o de envejecimiento nacional, la investigación queda trunca o solamente se reducirá a exquisitas disertaciones de escritorio.

La naturaleza multidisciplinaria de la gerontología habría que entenderla como formas de comunicación social planteada en términos de colaboración, estrategias argumentativas y respeto a la diversidad de enfoques científicos. Ante la necesidad de abrir nuevos caminos y fundamentar seriamente otros horizontes interpretativos, a continuación indico la importancia que tienen las metodologías de la investigación.

IV. Pretensión de científicidad, el saber popular y métodos de investigación en el campo de la gerontología

Habitualmente cuando se alude a la científicidad de la gerontología, se cree que *en sí* ya es una ciencia en el sentido riguroso del término. Sin embargo, no es así. Si la gerontología es pasada por el tamiz de las ciencias experimentales o físicas, sería considerada “pseudociencia” ya que aún no cuenta con enunciados que pueden ser falseables o corroborados a partir de “experimentos cruciales” (Popper, 1968: 32-35). Respecto al término de pretensión, refiere el interés del investigador o científico por buscar o pretender que su discurso cumpla con las reglas científicas básicas o que esté correctamente fundamentado en las teorías y bien estructurado en cuanto a metodologías plausibles.

Cuadro 3. La pretensión científica



Fuente: Elaboración propia.

La pretensión científica según el “Cuadro 3”, es un objetivo que todas las ciencias buscan. Es una manera de darle fundamento objetivo al conocimiento humano. En otras palabras, es una forma de abordar racionalmente la totalidad o relatividad de lo real para “vivir con conocimiento de causa”, evitar la superficialidad y hacer del mundo un lugar habitable, confortable (Bunge, 1997). La racionalidad científica no solo se estructura a partir de epistemologías experimentales, basadas en evidencias cuantificables y sujetas al consenso de los expertos, también alude a conocimientos cualitativos fundados en la observación empírica, en los saberes populares y la sabiduría ancestral de los pueblos originarios (tradiciones culturales e históricas). Aún perviven comunidades autóctonas donde la figura del anciano representa no solamente una autoridad moral, sino como portador material de conocimientos útiles que sirven para conocer e interpretar el mundo y proporcionarle sentido práctico a la vida comunitaria¹⁷.

En los recientes estudios gerontológicos persiste una tendencia académica que pretende priorizar a las actividades empíricas o prácticas, por encima de la reflexión teórica. La discrepancia no se refiere a que la praxis gerontológica no deba tener contenidos prácticos (puesto que es su finalidad esencial), sino porque es de vital importancia proporcionarle a la praxis fundamento(s) teórico(s). Si no se busca la pretensión de científicidad en gerontología (ya sea desde los paradigmas médico-biológico, psicológico, de las ciencias sociales y las humanidades), el riesgo que corre el gerontólogo es ser reducido a una marioneta que sólo repite lo que las otras áreas del conocimiento prediquen y que su profesión sea catalogada como trabajo rudimentario, deficitario e institucionalmente sea mal valorado (ya que se le asocia al trabajo operativo o de voluntariado).

¹⁷ Parte de la riqueza de los pueblos originarios que conformaron las grandes civilizaciones del neolítico (África-Bantú, Egipto, China y Mesoamérica –aztecas, mayas e incas– son sus relatos que describen positivamente las funciones comunitarias de ancianos y ancianas, en términos de espiritualidad, eticidad y autoridad, tanto en comunidad como también en la familia. Ya he expuesto en otra obra el valor comunitario de la gente anciana en la historia (véase García, 2003).

Es importante mencionar que la investigación no solamente se refiere al uso de las teorías científicas (ciencias experimentales, abstractas o “duras” –como la matemática– y las ciencias sociales funcionales que han dominado a la cultura, la tecnología y la técnica), también es relevante apoyarse en el llamado “conocimiento empírico” o saberes populares. Dichos saberes tienen una vitalidad extraordinaria ya que además de generar conocimientos observacionales a través del testimonio oral, también cohesionan los usos y costumbres de una comunidad. Por ejemplo, la experiencia de las abuelas o abuelos cuando enseñan que “la mejor época para sembrar maíz es cuando hay luna llena”.

El saber popular (Leal, 2011) no necesariamente tiene su base en las teorías científicas, pero sí en la experiencia, se apunala en el sentido común de la vida cotidiana y en el conocimiento observacional. Lo importante por destacar aquí es que ese tipo de conocimiento implica formas particulares de investigar. El saber popular es producto o constructo de la comunidad donde los conocimientos y las experiencias de las personas (en este caso de las abuelas y abuelos) sirven para transmitir tradiciones, costumbres, y sobre todo, atesorar prácticas de organización comunitaria, así como propiciar códigos de identidad cultural a través de relatos míticos (García, 1999).

Los saberes populares pretenden rescatar, promover y conservar las epistemes comunitarias acerca de cómo trabajar la tierra, cuándo sembrar y cosechar, cómo utilizar las lluvias de temporal, cómo atacar plagas que invaden cultivos y florestas, saber por qué la luna influye en el embarazo de las mujeres, cuáles son los remedios o cura cuando hay enfermedades infecciosas, cuáles son los métodos para educar a los niños y niñas, entre muchos otros ejemplos.

En gerontología comunitaria o en trabajo rural, indagar en el saber popular de un poblado o barrio, puede ser de gran utilidad no solamente para valorar y resignificar la figura de las personas ancianas, sino también, para contribuir al fortalecimiento y cohesión de las familias, del vecindario y la comunidad en general a través de las redes sociales de apoyo. El saber de raíz popular incorporado a investigaciones de gerontología comunitaria, por ejemplo, no niega el conocimiento científico, al contrario lo adapta a su conocimiento empírico, a las prácticas cotidianas y a los valores culturales del pueblo (Kymlicka, 1996). Ambos conocimientos tienen por finalidad satisfacer necesidades concretas y hacer de la vida comunitaria un lugar de reciprocidad, concordia y bienestar comunitario.

El conocimiento científico y el saber popular no deberían ser excluyentes uno del otro. Más bien habría que encontrar convergencias y en función de ellas establecer “criterios de demarcación”, es decir, en gerontología ambos conocimientos deben articularse de manera creativa para generar estudios o diagnósticos situacionales, procedimientos relativos a diseñar modelos de intervención, análisis de contextos en los que se aborden las necesidades no satisfechas de los adultos mayores. Esos criterios pueden servir en principio para demarcar el abordaje gerontológico, a fin de complementar y enriquecer el área geriátrica (respecto al estudio y tratamiento del binomio salud/enfermedad).

Cuadro 4. El saber popular como experiencia comunitaria

| CATEGORÍA | SUBCATEGORÍA | DESCRIPCIÓN |
|-------------------|--|--|
| Saberes populares | El tiempo como trabajo y memoria colectiva | El tiempo para los miembros de la comunidad no es una dimensión abstracta separada de las actividades concretas. Tampoco es un lapso cronometrado, continuo e independiente de los hechos. Por el contrario, es un modo de estar y vivir de manera comunal en el que cada miembro regula su vida en torno a lo mundano o el trabajo, pero también en relación a lo cosmogónico (o espiritualidad) y, así, organizar la memoria colectiva. |
| | Episteme comunitaria | Las vivencias de algunas comunidades indígenas y campesinas, reposan muchas de ellas en sabidurías milenarias. Las epistemes comunitarias son saberes de lo propio. Habitualmente las experiencias de los pueblos originarios o autóctonos, se basan en conocimientos empíricos cuyo fundamento suele ser la tradición que por uso y costumbre generan formas de vida altamente ricas en contenido de organización comunitaria y en la transferencia de conocimientos que sirven para resolver asuntos de la vida cotidiana. |

Fuente: Elaboración propia.

El “Cuadro 4” representa una posible línea de investigación para los estudios gerontológicos. Con frecuencia son antropólogos quienes a partir de la etnografía llevan a cabo ese tipo de investigación. Cuando se trata de estudios demográficos o epidemiológicos, los cuales normalmente son de tipo cuantitativo, sí es posible combinarlos con trabajos de campo donde se empoderen los saberes populares. Lo importante de la ciencia y de los saberes populares es, como bien dice Bunge, hacer del mundo un lugar para vivir bien.

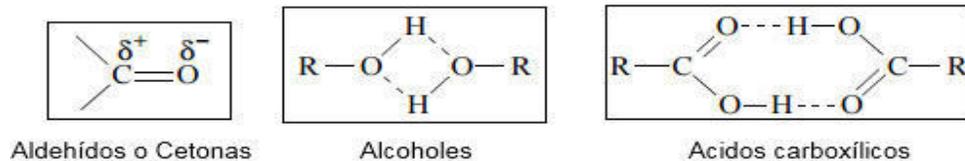
En gerontología no puede existir un modelo único y exclusivo de investigación educativa válido y aplicable a cualquier análisis contextual, longitudinal, cuantitativo o cualitativo. Tampoco existe una epistemología unívoca que explique teóricamente la diversidad del proceso de envejecimiento. Epistemologías convergentes, pero multívocas permiten que la investigación gerontológica pueda ser rica tanto en el tratamiento teórico como en las respuestas prácticas¹⁸.

Ahora bien, no es posible realizar investigación si no se plantean los caminos o las formas para hacerla. A esas rutas para acceder al conocimiento científico se les denomina

¹⁸ Indudablemente que la discusión sobre el papel de la investigación gerontológica se ubica en el terreno de la educación. La gerontagogía, en tanto disciplina educativa que se ocupa del aprendizaje, del intercambio de saberes y experiencias y de todo aquello que sirva para empoderar a las personas mayores en comunidad (bajo el marco del reconocimiento, la inclusión digna y la participación), constituye la esencia de la investigación gerontológica. Véase el texto de Cristina Fernández Portero titulado “La gerontología: una nueva disciplina” (1999), en file:///C:/Users/Usuario_UNEVT/Downloads/Dialnet-LaGerontologia-195859.pdf. Es un texto muy útil para quienes estudian gerontología pues la autora, además de ahondar en el significado gerontológico del término y ubicarlo dentro de la normatividad europea, especialmente en el caso español, plantea la importancia de la gerontagogía (subdisciplina de la gerontología, especializada en estudiar los procesos educativos referidos al adulto mayor) como herramienta reflexiva de utilidad para la investigación.

“métodos (μεθοδος)” que en griego significa “camino de acceso”. Debe quedar claro que ni la gerontología ni sus métodos de análisis, son iguales a los de las ciencias experimentales o ciencias exactas. Ambas ciencias son unívocas. La gerontología es multívoca. Las primeras investigan a partir de objetos (de estudio) medibles, cuantificables, sujetos a la experimentación y demostración teórica, es decir:

- Ejemplo 1. El gene de la APP (Proteína Precursora del β amiloide) está localizado en el cromosoma 21 en la región p21. Se ha visto que pacientes con trisomía del cromosoma 21 (síndrome de Down), a la edad de 30 años presentan patología tipo Alzheimer, además de un aumento en los niveles de β amiloide en circulación sanguínea, lo que indica que la presencia de 3 copias del gene APP es un factor de riesgo importante.
- Ejemplo 2. La escasa polaridad de alcanos, alquenos y alquinos, hacen que sean muy poco solubles en agua. Los aldehídos y cetonas son más solubles en agua y además tienen mayores puntos de fusión. Los alcoholes y ácidos carboxílicos presentan puentes de hidrógeno por lo que son muy solubles en agua y tienen puntos de fusión/ebullición muy altos comparados con los alcanos.



Los ejemplos “1” y “2”, son estructuras del lenguaje científico-experimental cuyas metodologías de investigación son altamente controlables y unívocas, con marcos teóricos especializados, y en general, aspiran a convertirse en leyes científicas válidas para todo proceso bioquímico. Por su parte los lenguajes de la gerontología, al ser un área multidisciplinaria construida con epistemologías diversas, hacen de ella una disciplina con métodos de análisis mixtos o multívocos y cuyos resultados siempre están sujetos al cambio y la interpretación. Eso no significa que carezca de científicidad o rigurosidad la investigación gerontológica, sino que simplemente sus estatutos de fundamentación no son equiparables u homologados con los lenguajes de las otras ciencias mencionadas.

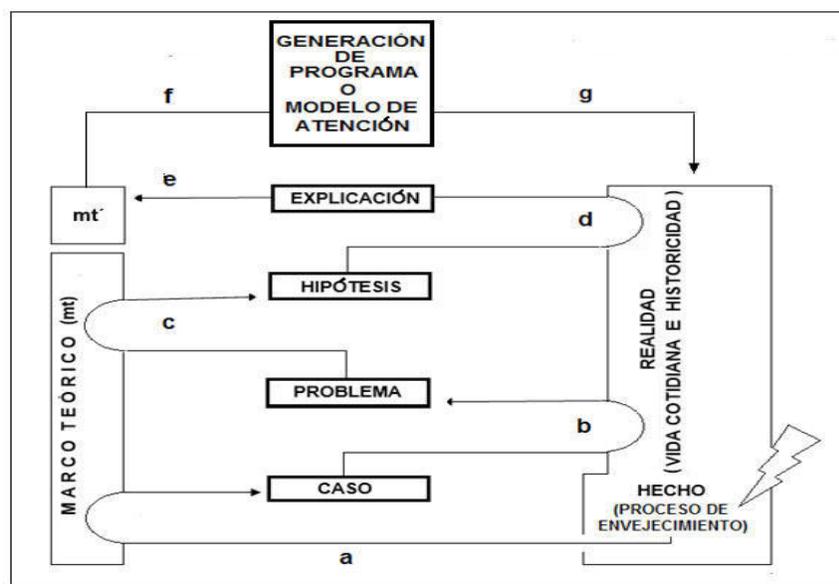
Mi postura en la presente contribución es afirmar que los objetos de estudio o las problemáticas analizadas por la gerontología, encuentran su punto de partida en la cotidianidad, es decir, la vida ordinaria de las personas en su contexto sociocultural y organización económico-política, valores y creencias religiosas y sus particulares procesos orgánicos o de salud/enfermedad. Es el mundo fáctico o de la vida donde los seres humanos desarrollan su ciclo de vida y construyen sus historias singulares, familiares o colectivas.

Historia y vida cotidiana de los adultos mayores, son el universo que aborda el estudio gerontológico por excelencia: ya sea para estudiar procesos particulares del individuo, sus patologías y rehabilitaciones, analizar problemáticas epidemiológicas, examinar determinantes sociodemográficas y políticas con incidencia en el proceso de envejecimiento, así como detectar

ecesidades insatisfechas relativas al acceso a las instituciones de salud, vivienda, educación, seguridad social (Moreno y García, 2010).

En gerontología el campo de acción es práctico, sin embargo, necesariamente se fundamenta en lo teórico y metodológico (Villar, 2013). Es práctico porque inicialmente parte de los hechos concretos. Además sus fines también pueden serlo, ya sea para resolver problemas cotidianos del adulto mayor o bien, para aportar elementos teóricos o herramientas técnicas que contribuyan a entender los fenómenos prácticos. En suma, no hay teoría sin práctica gerontológica y viceversa. En el siguiente esquema podemos visualizar el proceso teórico-práctico en la investigación gerontológica, simplificado por motivos didácticos:

Esquema 1. Proceso metodológico general de interconexión entre teoría y vida cotidiana



Fuente: Elaboración propia.

La investigación gerontológica comienza o parte del *hecho* (relacionado con el envejecimiento, la vejez y los adultos mayores), el cual debe ser confrontado (a) con el *marco teórico (mt)* disponible. Luego, se efectúa un proceso interpretativo para elegir un *caso* de estudio que de nuevo es confrontado (b) con la *realidad*, a fin de recabar datos e información para interpretar científicamente el hecho. Se detecta o no un *problema*. Si existe, se plantea cuál es y es confrontado (c) otra vez con el marco teórico. Después de haber planteado correctamente el problema, se procede a estructurar los objetivos y construir la *hipótesis*. Una vez señalada la hipótesis, se requiere:

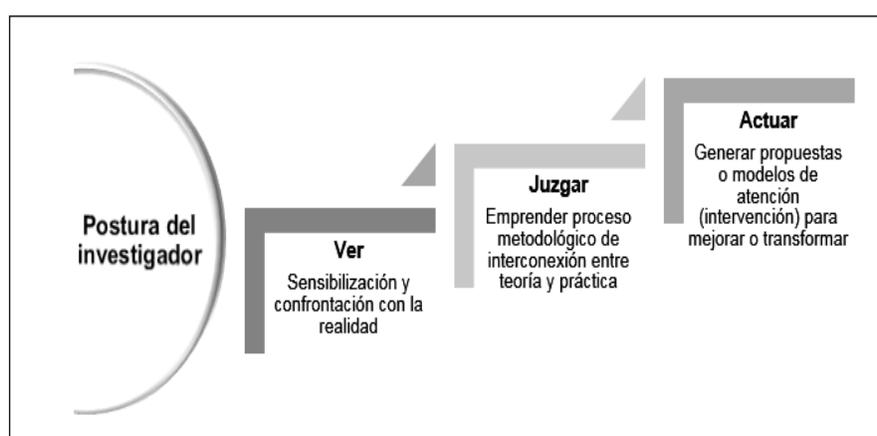
- Especificar la metodología, es decir, se describe cómo se estructura técnicamente el análisis (mencionando el para qué de los instrumentos, escalas de valoración, procedimientos etnográficos y toda aquella herramienta a utilizar).

- Desarrollar los argumentos centrales a partir de *explicar* con precisión el problema planteado y a la par se va probando la hipótesis. Si el desarrollo explicativo (e) sufre alguna modificación o refuerza y enriquece la idea para una mejor comprensión del tema, entonces se integra como un nuevo aporte o marco teórico (mt'). Finalmente, el alumno al concluir con el proceso teórico o analítico (f), por ejemplo, puede tener la opción (he aquí el plus del investigador) de *generar programas o modelos de atención*, cuya aplicación (g) pretende responder o mejorar las necesidades reales insatisfechas que son derivadas de los hechos o de la vida cotidiana de los sujetos afectados.

Indudablemente quien decide emprender una investigación, tendrá que saber en principio qué quiere lograr y sobretodo saber elegir el tema o problema a desarrollar. Este punto de partida subjetivo es muy importante, ya que de ese punto derivará la constancia, la disciplina y la seriedad de la persona que emprende el análisis.

Otro aspecto central –presente desde el inicio hasta el fin de la investigación– es lo que designo como los “tres pies”. Éstos refieren tres momentos que la persona o grupo investigador debería cuidar a lo largo del trayecto investigativo: ver, juzgar y actuar. Dichas características invitan siempre a saber mirar la realidad, detectar las problemáticas, descomponerlas en partes, estructurar un plan metodológico (ver “Esquema 1”), sistematizar el proceso y actuar mediante modelos o propuestas estratégicas de gestión a fin de solucionar lo que se pretende mejorar, erradicar o transformar. A continuación véase el “Esquema 2” referente a la postura¹⁹ que el investigador tendrá que asumir durante el proceso reflexivo sobre la realidad:

Esquema 2. Postura del investigador y el método de los “tres pies”

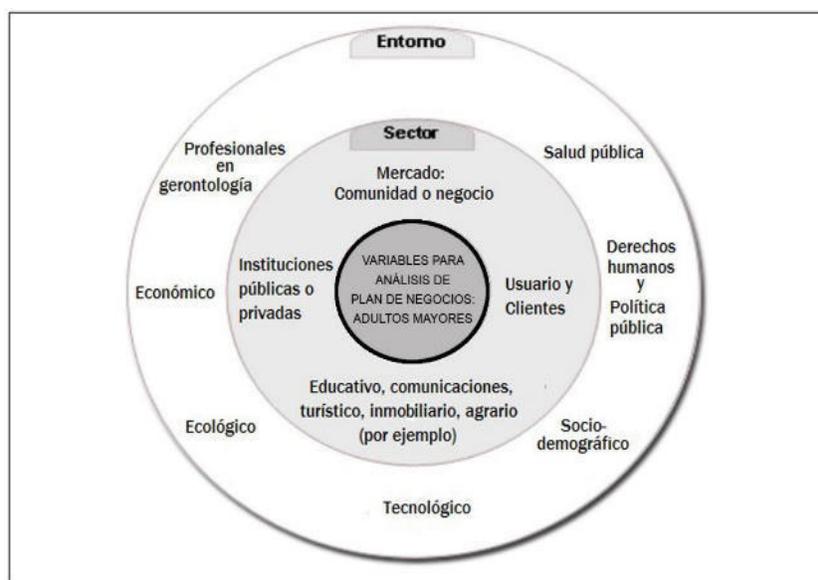


Fuente: Elaboración propia.

¹⁹ La postura, como concepto educativo, se refiere a las actitudes cognoscitivas del sujeto frente a la realidad. También suele entenderse como la “toma de conciencia” del sujeto cognoscente sobre los hechos u objetos, es decir, el “reconocimiento” que se tiene sobre el objeto de estudio. Este aspecto implica también cuestiones emotivas, de voluntad, de compromiso y de intereses del sujeto investigador. Para tener una mejor claridad sobre dicho concepto, véase la tesis de doctorado titulada “Educación y postura” (Martínez, 2000).

La postura del investigador es de vital importancia pues define la actitud, aptitud y habilidad de éste con respecto al fenómeno por estudiar. “Ver” no solamente se refiere a un hecho de percepción, es también capacidad sensible. La sensibilidad o sensibilización es un acto ético del investigador al momento de enfrentarse al hecho o realidad por estudiar. Es una disposición de empatía o compromiso subjetivo para mejorar lo que no funciona bien. La caracterizo como un acto ético porque es una elección libre de aquél que se ocupa de algo o por alguien para buscar opciones de mejora. Es una especie de “rapport” aplicado a la investigación. Respecto a “juzgar” es la cualidad de analizar, recolectar información, interpretar, argumentar o explicar coherentemente el tema o problemática. Finalmente, “actuar” es pasar del proceso estrictamente teórico a la formulación de estrategias o modelos de atención y/o intervención práctica. En este marco, actuar es pretender resolver problemáticas en cuanto a calidad, eficiencia, bienestar y en aspiración basada en programas diseñados para las instituciones²⁰ públicas o privadas, por ejemplo:

Esquema 3. Consideraciones generales “antes de” emprender programas o planes de inversión



Fuente: Elaboración propia.

El “Esquema 3” plantea las consideraciones teóricas o de fundamentación que deben tomarse en cuenta para el éxito de cualquier empresa o modelo gerontológico por implementarse. Las variables de “entorno” y “sector” son los campos analíticos por desarrollar de manera transversal.

²⁰ El profesional de la gerontología tiene tareas arduas que emprender. Una de ellas es saber la metodología requerida para la estructuración de programas o modelos de intervención gerontológica para las instituciones que ofrecen algún tipo de servicio. En ese nivel, el gerontólogo además de saber planificar y estructurar programas, necesariamente tiene que desarrollar la competencia del saber gestionar para luego implementar lo propuesto. En un artículo titulado “La ética en los centros de día para adultos mayores. Entre la acción del Estado y los planes de negocio”, planteo de manera introductoria la importancia de la gestión (García, 2014).

Para la operación de planeación los estudios de factibilidad/viabilidad y recursos de inversión/costo beneficio, son los elementos operativos necesarios.

Por otro lado, y como punto final de este apartado, propongo algunos esquemas que incorporan aspectos meramente indicativos para la estructuración metodológica de proyectos de investigación y destinados a quienes están cursando el nivel licenciatura o alguna especialidad en gerontología. Debe quedar claro que muchas veces los contenidos de dichos esquemas varían en función de las temáticas, tipos de estudio y perspectivas metodológicas de quien investiga o asesora.

Esquema 4. Estructura mínima o protocolo de investigación²¹

| 1 | 2* | 3 | 4** | 5 | 6*** | 7**** | 8 | 9 | 10 | 11 |
|--------|---------------|--------------|--|----------|-------------|-----------|-----------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Título | Justificación | Antecedentes | Planteamiento del problema y marco teórico | Objetivo | Metodología | Hipótesis | Variables | Impactos o resultados potenciales | Cronograma | Fuentes de Consulta |

Fuente: Elaboración propia.

* Según la metodología para investigación básica y aplicada (para ciencias experimentales, biológicas o sociales), se puede abrir un subtítulo llamado “planteamiento del problema” y tendrá que mencionarse.

** En investigación básica o teórica no son necesarios los objetivos particulares.

*** Cuando se trate de investigación clínica o se pretenda realizar estudios de muestreo epidemiológico a partir de gráficos, recuadros o tablas, se realice análisis de varianza (incluso aplica para estudios sociales). También si se va a hacer trabajo empírico por muestras y volumen demográfico o si se aplicarán baterías (test, encuestas, entrevistas, cuestionarios), explicar por qué, cómo y para qué se utilizarán. De la misma forma, todo protocolo que vaya a trabajar con individuos deberá contener Carta de Consentimiento Informado.

**** En cuanto a las hipótesis existe un problema que el alumno y el asesor deberán saber: las hipótesis en los protocolos siempre son cambiantes debido a que el fenómeno por observar varía de acuerdo a los contextos o las pruebas aplicadas. Sin embargo, se deberá detectar la hipótesis “fuerte” de la cual se pueden derivar las “dependientes” (aunque éstas pueden modificarse cuando se llegue a la tesis).

Esquema 5. Estructura mínima de proyecto de investigación (tendiente a la realización de tesis)

| 1 | 2* | 3 | 4 | 5 | 7** | 8 | 9 | 10 | 11*** | 12 | 13 |
|--------|--------------|--------------|----------------------------|-----------|-------------|-----------|---------------|----------------------|---------------------|--------------|---------------------|
| Título | Introducción | Antecedentes | Planteamiento del problema | Objetivos | Metodología | Hipótesis | Marco teórico | Impactos alcanzables | Propuesta de índice | Conclusiones | Fuentes de consulta |
| | | | | Generales | | | | | | | |

Fuente: Elaboración propia.

²¹ Es importante tener en cuenta que cuando se trate de algún protocolo (incluso proyecto) en donde se hable de inversión (en dinero y especie), se deberá incluir otro subtema con el rubro de “Costos”, explicando cuáles son los requerimientos (por ejemplo, para equipar un espacio donde se desarrollará el protocolo o proyecto de investigación), mencionando cuál es el gasto de inversión (equipo que será patrimonio de la Institución) y el gasto corriente (pago de servicios profesionales). Otra forma de referirse a los costos es a partir de la decisión sobre recursos materiales, humanos y financieros requeridos.

* En la introducción se planteará el por qué y para qué de la investigación. Muchas veces cambia por “justificación”.

** En algunas investigaciones cuantitativas o enfocadas al ámbito experimental o clínico, incluso en temas de rehabilitación, se describen las variables (inclusión y discriminación o bien, características de las muestras o de la población objetivo), además de mencionar la estructura de la investigación y la explicitación del método explicativo (si es inductivo, deductivo, empleo de técnicas como son entrevistas, baterías y escalas de valoración). Otras veces se puede “abrir” otro subtema con el nombre de “variables utilizadas” y especificar en qué se deberá realizar “análisis de varianza”).

*** Solamente aplicaría si se pretende realizar tesis.

Esquema 6. Estructura para tesis

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5** | 6*** | 7 |
|--------|--------|--------------|-------------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Título | Índice | Introducción | Capitulares (se recomiendan de 3-4) | Conclusiones (a modo de propuesta de programa de intervención) | Glosario, abreviatura y anexos | Fuentes de consulta (bibliografía, hemerografía y cibergrafía) |

Fuente: Elaboración propia.

* Es opcional de tres a cuatro capítulos (dependerá del criterio del postulante y del asesor en función de la complejidad de la temática).

** La conclusión deberá ser una breve síntesis de los capítulos explicados y luego derivar alguna propuesta en términos de un programa operativo a implementarse, el cual buscará atender el problema o plantear un esquema de mejora de alguna temática.

*** Este punto es de mucho apoyo para el postulante, ya que le permite integrar aspectos que habitualmente refuerzan la investigación a partir de abreviaturas, cuestionarios, escalas utilizadas y anexos que sirven para darle soporte a la investigación.

V. El gerontólogo y las competencias científicas (a modo de conclusión)

Llegamos a un punto práctico-estratégico pocas veces tematizado en los estudios gerontológicos. Me refiero al papel social que desempeña el graduado o licenciado en gerontología o también denominado por los técnicos de la educación, “recurso humano”. Como ya se advirtió en párrafos anteriores, el egresado tiene un perfil que le permite desarrollar habilidades operativas básicas para aplicar técnicas apoyadas en esquemas de información o guías y manuales de intervención gerontológica. Dicho perfil sirve para que el alumno, a través de las modalidades de evaluación durante su carrera profesional, conozca y repita datos, fórmulas y, en pocas ocasiones, memorice técnicas y escalas de valoración.

“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” (Zarebski, 2013: 58). Es decir, dada la complejidad de los estudios sobre la vejez, ningún profesional o especialista que pretenda realizar investigaciones aisladas o desde su ámbito particular de estudio, podrá lograr una visión total sobre el envejecimiento humano.

Cabe destacar que algunos países europeos, como es el caso de Alemania, tienen establecidas estrategias de planeamiento, desarrollo e implementación de modelos gerontológicos en sus diversas áreas. Sin embargo, cuando se refieren a los profesionales dedicados a la gerontología, no utilizan el sustantivo “gerontólogo”, sino se refieren de manera amplia con términos como “professionellen Altersarbeit” (profesional del trabajo con adultos mayores) en expresión de Oswald (2006), o bien “professionelle Gerontologie” (profesional en gerontología) según Höpflinger (2009). Ambas denominaciones no aplican exclusivamente al gerontólogo, sino a todo aquel profesional de cualquier área del conocimiento que demuestre las competencias teóricas y prácticas para trabajar con personas ancianas. Otro dato relevante dicho con certeza, es que en las universidades europeas no se imparte la licenciatura en gerontología, por lo menos en el sistema público universitario. Una competencia importante en la formación educativa gerontológica, es que quienes coordinan las instituciones o centros universitarios y de investigación tendrán que cumplir con el requisito de tener los grados académicos (posgrados, diplomados, especialidades) requeridos en el área de gerontología (social o con tendencia geriátrica).

Cuando me refiero a las “competencias del gerontólogo”, es a partir del supuesto básico que sigue o se apega al modelo de las competencias educativas, las cuales comenzaron su desarrollo en las universidades de América Latina a finales del siglo pasado y principios del XXI. La competencia principal del gerontólogo puede ser definida como “la aptitud para afrontar eficazmente una familia de situaciones análogas, movilizándolo a conciencia y de forma a la vez rápida, pertinente y creativa, múltiples recursos de conocimiento: saberes, capacidades, micro competencias, informaciones, valores, actitudes, esquemas de percepción, de evaluación y razonamiento. La competencia se realiza en la acción, en el momento específico en que es necesario (...) la competencia no puede preexistir, no hay más competencia que la competencia en acción” (Perrenoud, 2007: 9). En efecto, la investigación educativa en gerontología debe ser un constructo teórico que sirva para la acción. Sería un contrasentido generar únicamente “acciones” aisladas para atender una problemática gerontológica sin haber realizado el recorrido investigativo necesario, como también sería absurdo construir teoría(s) de modo abstracto sin desplegar simultáneamente estrategias acordes para las prácticas sociales y actitudes críticas (Moreno y García, 2010). Contrariamente al fenómeno europeo (no es común encontrar licenciaturas en gerontología), en Estados Unidos de Norteamérica²², Canadá²³ y América Latina, los estudios gerontológicos –al menos desde el inicio del año 2000– han comenzado a diseminarse a través de licenciaturas, especialidades, diplomados y maestrías,

²² Para mayor información, consulte la siguiente página donde se recopilan planes y programas de estudios en gerontología de algunas universidades norteamericanas: <http://www.gradschools.com/programs/gerontology> (consulta realizada mayo de 2016).

²³ Para el caso canadiense, consúltese también la página “Canada Gerontology University Programs” en <http://www.canadian-universities.net/Universities/Programs/Gerontology.html> (consulta realizada mayo de 2016).

principalmente. En América Latina en particular, es donde se registra la tendencia creciente de planes y programas (a nivel de licenciatura) y escasamente posgrados de gerontología (Argentina por ejemplo, tiene por lo menos cuatro universidades que ofertan maestría y doctorado en gerontología). Dicha tendencia es una de las consecuencias del proceso sociohistórico del envejecimiento poblacional acelerado en la región. Indudablemente que la figura profesional y científica (en el futuro inmediato) del gerontólogo será tan importante como el aire que se respira.

Por lo anterior, puedo concluir de manera indicativa, que el egresado de algún programa de estudio formal (profesional) en gerontología podría ser competitivo de manera genérica, por lo menos para coordinar establecimientos asistenciales que atienden adultos mayores; supervisar el trabajo del personal técnico en gerontología y de cuidadores (informales y formales); dirigir y ser participante en la elaboración y dictado de programas sociales, de promoción y rehabilitación dirigidos a mayores sanos y enfermos; programar, dirigir y participar en la impartición de cursos sobre formación de personal especializado en gerontología; elaborar y diseñar políticas sociales sobre envejecimiento; trabajar con equipos multidisciplinarios; planificar y dirigir servicios de atención, cuidados y/o recreación para la gente mayor; organizar programas y capacitar al personal docente del sistema educativo con el propósito de formar sujetos transmisores de una visión sin prejuicios, integradora y activa de los ancianos en la sociedad; promover y desarrollar investigaciones vinculadas a la temática gerontológica. Para desarrollar todas esas potencialidades, se tendrá que ejercitar de manera permanente la reflexión y la creatividad, como bien dice Andreas Kruse (2011).

La gerontología, el gerontólogo, los profesionales y científicos afines, tienen retos que asumir de manera conjunta y uno de ellos es desarrollar las competencias en investigación para la acción a través del trabajo multidisciplinario (Plan Gerontológico de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 2004). Como diría el poeta Machado: "Caminante no hay camino, se hace camino al andar" y, para caminar juntos, el punto de articulación se ubica en la pretensión del respeto y reconocimiento entre las diversas formas de conocimientos, saberes y experiencias. Sin esas pretensiones la "rueda de la vida" no podrá girar.

Fuentes de consulta

- Apel, Karl-Otto. (1994). *Teoría de la verdad y ética del discurso*. V.I, Taurus, Madrid.
- Bobbio, Norberto. (1997). *De Senectute*, Taurus, Madrid.
- Bunge, Mario. (1997). *La ciencia, su método y su filosofía*. Sudamericana Ediciones. Buenos Aires.
- Carnap, Rudolf. (1971). *Studies in inductive logic and probability*, Vol. 1. University of California, California Press.
- Colby, A. y Kohlberg, L., et. al. (1983). "A Longitudinal Study of Moral Judgment", en *Monographs of the Society for Research in Child*. John Gibbs. Vol. 48, No. 1/2, 1-124, Nueva York.
- Comas, Juan. (1966). *Manual de antropología física*, UNAM-ITA, México.
- Fernández, García, J. Ángel. (2012). "Educación y formación de recursos profesionales en gerontología", en José Carlos García Ramírez (coord.), *Envejecimiento mundial y desafío regional. Nuevos paradigmas para la investigación, la salud pública y los derechos humanos*, 387-396. Plaza y Valdés, México.
- Fernández, Portero, Cristina. (1999). "La gerontología: una nueva disciplina", en <file:///C:/Users/Usuario/NEVT/Downloads/Dialnet-LaGerontologia-195859.pdf> (consulta realizada enero de 2016).
- Feuerstein, Reuven. (1990). "La modificabilidad cognitiva y el PEI (Programa de Enriquecimiento Instrumental)", en Martínez Beltrán et. al., *Metodología de la mediación en el PEI*, Euzkaro, Madrid.
- Feyerabend, Paul. (1978). *La ciencia en una sociedad libre*. Siglo XXI, México.
- Freire, Paulo. (1986). *La educación como práctica de la libertad*, Tierra Nueva, Buenos Aires.
- Freud, Sigmund. (1981). "La sexualidad en la etiología de las neurosis", en *Obras Completas*, T. VI, Alianza, Madrid.
- García, M. Victoria. (1999). *Los Tejedores de otro Desarrollo: Las Experiencias de Organización Comunal en Totonicapán*. SERJUS, Ciudad de Guatemala.
- García Ramírez, J. Carlos. (2003). *La vejez. El grito de los olvidados*, Plaza y Valdés, México.
- _____. (2006). *Los derechos y los años. Otro modo de pensar y hacer política en Latinoamérica. Los adultos mayores*, Plaza y Valdés–UNEVE, México.
- _____. (2008). "Hacia una fundamentación científica de la gerontología", en *Revista Praxis Sociológica*, Volumen 12, Universidad de La Castilla–La mancha, Murcia.
- _____. (2014). "La ética en los centros de día para adultos mayores. Entre la acción del Estado y los planes de negocios", en *Perfiles sobre envejecimiento. Estrategias gerontológicas en acción*, 17-57, UNEVT, México.

- Gutiérrez-Robledo, L. Miguel. (2010). "Propuestas para una agenda de la investigación y la enseñanza en el ámbito del envejecimiento en México", en *Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontecnología en México*. Encuentro Nacional sobre Envejecimiento y Salud, Investigación, Formación de Recursos y Desarrollo de Servicios, realizado del 25 al 28 de agosto de 2010. México, http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu1/nuestras_publicaciones.html (consulta realizada abril de 2016).
- Höpflinger, François. (2009). "Gerontologie-Definition und Entwicklung im Blick auf den gesellschaftlichen Fortschritt. Einstieg—zwei scherzhafte Definitionen von Gerontologie", en <http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1O.html> (consulta realizada mayo de 2016).
- International Association of Gerontology and Geriatrics, en <http://www.iagg.info/> (consulta realizada junio de 2016).
- Kymlicka, Will. (1996). *Ciudadanía multicultural*. Paidós, Barcelona.
- Kohlberg, Lawrence. (1981). *EssaysonMoralDevelopment*, HarperandRow, Cambridge, CambridgePress.
- Korenchevski, Vladimir. (1951). "The International Association of Gerontology and Rapid Progress of Gerontology", en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2022540/?page=1> (consulta realizada mayo de 2016).
- Kruse, Andreas. (2011). *Kreativität im Alter*. Universität Heidelberg, Universitätsverlag Winter.
- Lakatos, Imre. (1983). *La metodología de los programas de investigación científica*. Alianza Editorial, Madrid.
- Leal, Dilcia. (2011). "Saberes populares: una estrategia para la educación holística en la Escuela Integral Bolivariana Francisco de Miranda", en [http://www.grupocieg.org/archivos_revista/2-3-1%20\(0118\)%20Leal%20Dilcia%20rcieg%20febrero%202012_articulo_id74.pdf](http://www.grupocieg.org/archivos_revista/2-3-1%20(0118)%20Leal%20Dilcia%20rcieg%20febrero%202012_articulo_id74.pdf) (consulta realizada enero de 2016).
- Martínez, Vázquez, F. Domingo. (2000). "Educación y postura", Tesis para obtener el grado de doctor en pedagogía. Facultad de Filosofía y Letras, División de Estudios de Posgrado. UNAM, México.
- Martínez, Zambrano, F. (2009). "Las TICS en nuestro ámbito social", en *Revista Digital Universitaria*, Vol.10, Núm. 11. UNAM. México, <http://www.revista.unam.mx/vol.10/num11/art79/int79.htm> (consulta realizada marzo de 2016).
- Metschnikoff, Elias. (1904). *Studien über die Natur des Menschen*. Verlag, Leipzig.
- Moragas-Moragas, Ricardo. (1991). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Herder, Barcelona.
- Moreno, Moreno M. Jesús y García, Ramírez, J. Carlos. (2010). "Formación de profesionales en favor de la vejez", en *Por una cultura del envejecimiento*, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, México.

- Oswald, W, Lehr, U, et. al. (2006). *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*. Vol. I. Verlag Kohlhammer, Stuttgart.
- Piaget, Jean. (1986). *La toma de conciencia*. Morata Editores, Madrid.
- Perrenoud, Philippe. (2007). *Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar*. Colección Crítica y Fundamentos, Barcelona.
- Plan Gerontológico de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. (2004), en http://www.cadamciss.org.ar/espanol/images/publicaciones/Aportes_para_Plan_gerontol_gico_texto.pdf (consulta realizada mayo de 2016).
- Popper, Karl. (1968). *Conjeturas y refutaciones: el crecimiento del conocimiento científico*, Ariel, Barcelona.
- _____. (1985). *La lógica de la investigación científica*. Técnos, Madrid.
- Rudinger, G. y Lenterman, E. (1997). "Soziale bedingunen der intelligenz im alter", en *Zeitschrift für Gerontologie*, Mitt. Ges. Inn. Med, Wien, Berlin.
- Sánchez-Vera, Pedro. (2012). "La emergencia del adulto mayor como consumidor: redimensionando el envejecimiento en la economía de mercado", en José Carlos García Ramírez (coord.), *Envejecimiento mundial y desafío regional. Nuevos paradigmas para la investigación, la salud pública y los derechos humanos*, 207-239. Plaza y Valdés, México.
- Taller sobre investigación en tecnologías de la información y envejecimiento. (2015). Organizado por la Red Temática Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social (ESDS) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Ensenada, Baja California. <http://esds.cicese.mx/taller2015/> (consulta realizada abril de 2016).
- Villar, Feliciano. (2013). "Desafíos de la investigación interdisciplinaria en gerontología", en Verónica Montes de Oca (coord.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento*, 189-206, UNAM, México.
- Zarebski, Graciela. (2013). "Fundamentación y obstáculos en la experiencia en la Licenciatura en Gerontología: la Universidad Maimónides", en José Carlos García Ramírez, Sergio Flores Cerqueda (coords.), *Perfiles sobre envejecimiento. Estrategias gerontológicas en acción*, Universidad Estatal del Valle de Toluca, México.

Envejecimiento activo y participación ciudadana

Paola Andressa Scortegagna, Rita de Cássia da Silva Oliveira,
Flávia da Silva Oliveira

Resumen

En una sociedad que está envejeciendo rápido examinar cómo pensar al adulto mayor y sus condiciones de vida, es necesario y urgente. De acuerdo con el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE, 2010), actualmente existen más de 21 millones de personas mayores en Brasil. Analizar la temática dentro del contexto social implica repensar las propias condiciones sociales impuestas, las relaciones de marginación y los prejuicios que existen sobre este segmento de la población. Requiere también una nueva visión social sobre el adulto mayor, en la cual deviene en sujeto social participativo, autónomo e independiente. El presente trabajo de tipo cualitativo, es una reflexión sobre el proceso de envejecimiento y considera al adulto mayor como protagonista activo de su vida.

Palabras clave

Envejecimiento activo, adulto mayor, actor social.

Introducción

El presente estudio cualitativo tiene por objetivo reflexionar sobre el proceso de envejecimiento y considera al adulto mayor como protagonista activo de su vida. Actualmente el envejecimiento activo representa un nuevo paradigma y rompe con los prejuicios infundados en torno de la senectud. En oposición al prejuicio de la vejez entendida como vida inactiva, es imprescindible demostrar la capacidad que tiene el individuo para realizar innumerables actividades independientemente de la edad. Por ésta razón, exhortamos a los adultos mayores para que se esfuercen por llevar una vida activa sea a través del trabajo formal o informal y participando de manera proactiva en diferentes grupos y actividades. La reflexión sostiene una postura crítica y propositiva de la que deriva la necesidad de incluir procesos educativos a fin de promover el fortalecimiento del envejecimiento activo.

Además del énfasis puesto sobre la actividad y ser productivos, es prioritario que las personas mayores asuman una postura social participativa. Para alcanzar esa meta, la educación debe coadyuvar en el empoderamiento de este segmento social y hacer posible la autonomía e independencia de la población longeva, tanto en el espacio individual como en el colectivo.

Independencia y autonomía del adulto mayor

El envejecimiento de la población mundial es uno de los grandes desafíos del siglo XXI, porque existen impactos sociales que no fueron previstos principalmente en los países en desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), el proceso de envejecimiento en los países referidos comenzó hace tres décadas aproximadamente. En alto contraste, las otras naciones del primer mundo lo han experimentado desde hace más o menos un siglo, tiempo suficiente para impulsar su estabilidad económica y en consecuencia, establecer políticas y programas de atención. Brasil no es la excepción en cuanto al reto que representa el crecimiento poblacional de los adultos mayores. Datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE, 2013) señalan que conforman el 12.6% de la población (23 millones). En el presente son más que los niños de 0 a 6 años y en el año 2030, serán un grupo mayor al de 0 a 14 años. La población longeva va en aumento y en la próxima década (2025), Brasil será el sexto país en el mundo con el mayor número de personas en ese segmento, según la OMS. Frente a este panorama demográfico, es necesario repensar el envejecimiento y el contexto social de los actuales y futuros adultos mayores. Por consiguiente, son necesarios programas y políticas públicas que visualicen con anticipación los escenarios futuros sobre el envejecimiento poblacional.

En ese mismo horizonte, emerge la necesidad de una nueva concepción de la vejez a partir de los esfuerzos por consolidar la identidad de la persona mayor, la cual también incorpora el reconocimiento de su autonomía e independencia. La nueva visión promueve la capacidad del adulto mayor para continuar activo y mantener roles sociales definidos. La independencia¹ y la autonomía² permiten manejar al individuo la vida propia y hacen posible tomar decisiones sin depender continuamente de otras personas. La dependencia es parte de la situación actual de los ancianos debido a la ausencia de autonomía para realizar actividades de la vida cotidiana y por la carencia de ingresos económicos, (Camarano, 2006). El contexto social en que vive la persona mayor debe proporcionar alternativas para que pueda realizar sus actividades, desde las tareas cotidianas hasta la obtención de ingresos suficientes para su supervivencia. En éste sentido, la calidad de vida de los adultos mayores con mucha frecuencia está determinada por la falta de independencia y ausencia de autonomía (Camarano, 2004; Smethurst, 2004). La independencia presupone la capacidad para controlar su propia vida y decidir de manera libre o autónoma.

Es decir, que el sujeto pueda ejercer un rol definido, mantenga una ocupación que lo valore como persona y sea reconocido por su talento. En esa forma “la actividad hace posible que las personas mayores sean independientes lo máximo posible, por el período de tiempo más largo” (WHO, 2005: 21).

¹ Independencia es “la habilidad de ejecutar funciones relacionadas a la vida diaria – esto es, la capacidad de vivir independientemente en la comunidad con alguna o ninguna ayuda de otros” (WHO, 2005: 14).

² Autonomía es: “(la) habilidad de controlar, manejar y tomar decisiones personales sobre cómo se debe vivir diariamente, de acuerdo con sus propias reglas y preferencias” (WHO, 2005:14).

En consecuencia, la independencia significa no solo la ejecución de tareas sin depender de los demás, sino también se relaciona con la capacidad de permanecer en el mercado de trabajo, o inclusive, volver a éste después de la jubilación. Con la inserción o reinserción en el medio laboral, la persona jubilada, por ejemplo, puede ampliar sus ingresos y apoyar la economía doméstica. Sin embargo, la actual forma de organización de la familia destaca por su complejidad, dentro de ella el adulto mayor muchas veces vuelve a ser el jefe de la misma, y por lo tanto, es responsable del sustento económico.

El panorama señalado muestra que la autonomía e independencia se vuelven una necesidad socioeconómica, donde no tiene sentido la perspectiva del anciano dependiente e inactivo. En los últimos años, una significativa parte de la población en edad avanzada se hace cargo del sustento familiar con base en su pensión, y cuando el monto es insuficiente, ellos buscan otras alternativas de ingresos. Si las políticas apoyaran el empleo, la educación y la salud, a través de programas que fomenten la participación e integración ciudadana en iniciativas socioeconómicas, culturales y espirituales (conforme a los derechos humanos), los individuos podrían contribuir así a la instauración de sociedades justas e incluyentes, donde no importa la edad de las personas para que éstas puedan ser remuneradas mientras envejecen (WHO, 2005). La necesidad de impulsar alternativas que limiten o retrasen la dependencia en el proceso de envejecimiento, con base en el fortalecimiento de las capacidades del adulto mayor, es urgente.

Por otro lado, las características del contexto social actual ya descritas, revelan una de las grandes contradicciones en torno a cómo pensamos la vejez, pues al mismo tiempo que muestran su vida activa también sobresalen en su contra adversidades como los prejuicios sociales y la estigmatización. Así, “un abordaje al envejecimiento activo busca eliminar la discriminación por la edad del individuo y reconoce la diversidad de las poblaciones más viejas” (WHO, 2005: 46). Se percibe entonces que: “existe relación entre la actividad social y la satisfacción durante la vejez. Inversamente, la pérdida de roles sociales, la viudez y la jubilación generan insatisfacción” (Oliveira, 2002:42).

Sobra decir que dichas insatisfacciones no pueden permanecer como las principales razones de vida de los adultos mayores, al contrario, la sociedad debe propiciar las condiciones para que puedan superar sus pérdidas, resuelvan sus dificultades y sean reinsertos en nuevas actividades. Aunque existe la mentalidad predominante que asocia el envejecimiento con la dependencia y los problemas (Camarano, 2004), la respuesta radica en la integración social del adulto mayor, su inserción es garantía de que éste continuará activo. Parece incuestionable que de la aceptación cabal del adulto mayor depende su contribución –la que puede ser muy significativa– en la organización social y económica del país. En esa misma dirección, “toda acción dirigida al adulto mayor, debería tomarse el cuidado de promoverlo en el sentido de estimular su autonomía. El adulto mayor no precisa de alguien que hable por él y luche por él. Precisa de alguien que hable y luche con él” (Pontarolo, 2008: 120). Aunque “la proporción de la dependencia en la tercera edad es un dato

esencial para economistas y actuarios, quienes hacen previsiones sobre las implicaciones financieras de las políticas de jubilación y pensiones (WHO, 2005: 10)", a pesar de ese enfoque, "la dependencia puede ser reducida por políticas sociales" (Camarano, 2006: 68).

El adulto mayor como actor social

El apoyo y amparo al adulto mayor son compromisos sociales que deben articular las acciones dirigidas a este segmento de la población con el fin de contribuir a la formación de funciones durante la vejez. Con base en esta orientación, una de las iniciativas fundamentales consiste en promover que la persona mayor luche por sus derechos y por obtener condiciones mínimas de supervivencia y ciudadanía. A partir de que el adulto mayor sea valorado como un sujeto con capacidad para desarrollar actividades y desempeñar nuevos roles, el prejuicio sobre la vejez se transforma pues el anciano supuestamente incapaz e inútil, deviene agente social nuevo: "Gradualmente, la visión de las personas mayores como un subgrupo poblacional vulnerable y dependiente (...) fue substituida por un segmento activo y actuante a incorporarse en la búsqueda del bienestar de la sociedad" (Camarano, 2004: 257-258). Cuando el adulto mayor reconoce su capacidad de contribución al cambio y actúa a favor de sus derechos, el contexto social puede cambiar ya que: "los viejos como colectivo social, se tornan mucho más amenazantes de lo que la vejez representa como fenómeno biológico" (Fonte, 2002: 12).

Las personas al asumir su identidad como adultos mayores trascienden los límites del prejuicio porque inician de esa forma la reconfiguración de su entorno social, buscan el reconocimiento de su desempeño y trayectoria con base en su historia de vida, ya que "la mejor forma de construir su propia personalidad, en cualquier etapa de vida, es siempre edificarse sobre los cimientos de la realidad" (Steglich, 1992: 61). El adulto mayor busca alternativas para resolver dificultades que le fueron impuestas durante su vida activa, mismas que se acentúan cuando arriba a la tercera edad: "es a partir del sufrimiento del individuo dividido y de la relación con otros que el deseo de ser sujeto se transforma en capacidad para ser actor social" (Touraine, 1998:102). Por otra parte, al organizarse como grupo y procurar transformar la realidad en la que se encuentra, el adulto mayor manifiesta su potencial como nuevo actor social dispuesto a luchar por sus derechos básicos que no siempre son respetados. Este nuevo sujeto social se estructura en una sociedad que comienza a visualizar la amplia dimensión e influencia de los grupos organizados de la tercera edad. Cabe destacar que la movilidad y la capacidad de acción del nuevo actor a favor de sus derechos, desbroza el camino hacia una nueva cultura de la vejez en Brasil. Con ese tipo de iniciativas, el adulto mayor se expresa como ser crítico, percibe los prejuicios y la marginación social de los que ha sido objeto solo por su edad.

Según Touraine (1998), para que sea posible la formación de nuevos actores se necesita de un cambio social en varios niveles. El mundo actual parece un conjunto de flujos incontrolables en constante transformación lo que presupone la gestación de nuevos

movimientos sociales. La acción colectiva proviene de la voluntad individual organizada junto con otras o de un grupo que actúe sobre la estructura actual; en la acción organizada construyen y transforman su propia identidad e integración con el medio en defensa de un ideal. En esa trayectoria, cuando las personas mayores se organizan solidariamente en torno a un objetivo, pretenden modificar los condicionantes sociales que los oprimen. La efectividad de las iniciativas depende también de claridad en los objetivos por lograr a través de la movilización y las acciones. Por lo tanto, el cambio es posible y el alcance de esa ruta se traduce además en cimentar las bases de una nueva concepción social y cultural del envejecimiento. Empero, existe un vacío: “lo que casi siempre falta en la aparición de nuevos grupos capaces de impulsar acciones colectivas para defender sus convicciones, lo que falta es una definición del adversario” (Touraine, 1998: 355). Durante los últimos años el perfil demográfico experimentó cambios en muchos países, aunque cabe precisar que el incremento de personas mayores no se refiere exclusivamente al aumento cuantitativo de su presencia en espacios públicos.

En las últimas décadas el comportamiento de las personas mayores ha cambiado, se han vuelto más participativas debido a la expectativa de ser cada vez más útiles y de vivir intensamente (Ferrigno, 2005). La cualidad del nuevo actor comienza cuando se asume como individuo activo. Así, “la palabra ‘activo’ refiere la participación constante en cuestiones económicas, culturales, espirituales y civiles, no solo significa la capacidad para estar físicamente activo o ser parte de la fuerza de trabajo” (WHO, 2005:13).

Envejecimiento activo: diferentes formas de asumirlo

El envejecimiento activo constituye una propuesta teórica de gran alcance porque promueve la integración del nuevo actor en diferentes ámbitos del espacio social, además de impulsar el reconocimiento político de este segmento de la población. Los adultos mayores, en tanto nuevo actor político de la sociedad contemporánea, avanzan en su empoderamiento porque representan una de las más importantes fuerzas sociales que comienzan a organizarse en el presente milenio. Esta nueva perspectiva del envejecimiento se caracteriza por ser un “proceso que optimiza las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida en la medida en que las personas se hacen más viejas” (OMS, 2005). Promover el envejecimiento activo significa mantener la actividad laboral de las personas durante más tiempo del que actualmente se permite y disponiendo de condiciones generales para ello. Requiere también construir las bases políticas para que las personas mayores sean reconocidas como seres sociales y políticos, con participación constante en las cuestiones políticas, económicas y sociales. Por otra parte, con la misma importancia que tiene la actividad sociopolítica, la salud es condición vital de la participación en cualquier ámbito; visto desde este ángulo, instituciones de salud y autoridades médicas, deben impulsar acciones efectivas volcadas a los programas de prevención de enfermedades y de control de salud (Comisión Europea, 2012).

Asimismo, las iniciativas del movimiento social protagonizado por los adultos mayores, necesitan incluir a los grupos etarios sin restringir las demandas tan solo al grupo de la tercera edad. En ese sentido, es imprescindible la preparación para la vejez por medio de procesos educativos (formales e informales), con base en el respeto a las especificidades culturales y la superación de estereotipos negativos. Por ende, resulta incuestionable la necesidad de buscar opciones viables para la participación en diversos espacios conforme envejecen. Un ángulo importante del envejecimiento activo radica en elaborar estrategias factibles para la formación continua de trabajadores que valoren el potencial de sus habilidades y talento. Existen posibilidades viables para conservar los empleos e impulsar su desarrollo en diferentes actividades. Esto implica que deben crearse programas de formación y actualización sin soslayar la preparación de nuevas funciones conforme a las características del trabajo. Entonces considerar el envejecimiento en tanto proceso activo, no consiste solamente en sostener un innovador concepto de la vejez, sino la concepción nueva también significa trascender el ámbito laboral y la dimensión política de la economía principalmente en los países en vías de desarrollo (Hessel, 2008)

Debido a la disminución de la tasa de natalidad y a la prolongación del proceso de envejecimiento, la continuidad laboral de la población activa (trabajadores no jubilados) es insuficiente. En consecuencia, se torna indispensable la permanencia de las personas en el trabajo formal por más años. Para hacerlo posible, deben existir estímulos en el ámbito laboral, ya sea en jornadas completas o parciales. Por otra parte, el envejecimiento activo requiere que el medio asalariado eleve la calidad del trabajo, es decir, una constante capacitación técnica o profesional durante los años en que los trabajadores presten servicio y que no disminuya con el transcurrir del tiempo. Otro punto resaltado por Hessel (2008), se ubica en los efectos físicos y mentales, originados por el tipo de actividades desarrolladas por el trabajo manual. Este aspecto representa un obstáculo para permanecer en el mercado de trabajo ya que este tipo de trabajadores suelen tener dificultades para mantenerse en actividad luego de largos períodos de trabajo. Con frecuencia son trabajadores que no se encuentran en condiciones físicas y/o mentales, para que en la vejez consigan desempeñar un trabajo formal o informal. Igualmente, es importante señalar respecto a los programas de formación técnica y/o profesional, que éstos deben ajustarse a las demandas del mercado de trabajo y contribuir en generar un envejecimiento más saludable. Al respecto la OMS (2005:31), expresa lo siguiente: “En todo el mundo, si más personas pudieran tener cuanto antes en su vida, oportunidades de trabajo digno (con remuneración adecuada, en ámbitos apropiados y protegidos contra riesgos), llegarían a la vejez todavía capaces de participar en la fuerza de trabajo. Así, toda la sociedad se beneficiaría. En todas las partes del mundo, existe un aumento del reconocimiento de la necesidad de apoyo a la contribución activa y productiva que los adultos mayores pueden hacer, tanto al trabajo formal e informal, como en las actividades no remuneradas en casa y en ocupaciones voluntarias.” Con base en la orientación referida tendría que valorarse el potencial de los individuos y superar la visión reduccionista que considera a los adultos

mayores incapaces de aprender nuevas habilidades. Para el envejecimiento activo es prioritario reconocer las diferentes capacidades de las personas sin importar la edad. La experiencia de vida de cada persona determina la apropiación de conocimientos y la habilidad para realizar diferentes actividades. Sin embargo, las competencias adquiridas empíricamente no limitan la capacidad de aprendizaje de nuevos conocimientos, salvo aquellos casos que son resultado de algunas patologías. Ante ese panorama, los adultos mayores pueden aprender habilidades e incluso estudiar alguna carrera profesional, siempre que existan espacios donde puedan ingresar sin el prejuicio de la edad como factor limitante.

Pensar el envejecimiento activo presupone la acción y ésta puede ser ligada al mercado de trabajo o no. Los adultos mayores pueden incorporarse en nuevos grupos sociales, realizar actividades voluntarias o también mantenerse activos en el hogar. De acuerdo con la OMS: “Enfocarse solamente en el mercado de trabajo formal, tiende a desconocer la valiosa contribución que los adultos mayores proporcionan al sector informal (actividades autónomas y servicio doméstico) y al trabajo no remunerado en casa (...). El trabajo voluntario beneficia a los adultos mayores al aumentar los contactos sociales y el bienestar psicológico, y a la par, ofrece una relevante contribución a las comunidades y naciones” (OMS, 2005:32). Así, envejecer en forma saludable implica estar activo, mantenerse en condiciones adecuadas de salud y una calidad de vida óptima. Realizar actividades permite prevenir la dependencia, hace del adulto mayor un ser autónomo e independiente para actuar en diferentes espacios.

Por otra parte, es importante destacar que mejora la condición individual y promueve el nuevo paradigma, ya que también despierta el interés y la voluntad de otras personas por mantenerse activos. Estas acciones benefician directamente a la sociedad porque disminuyen las demandas de salud y seguridad social, además de contribuir a la economía local, regional y nacional: “Cuando el mercado de trabajo, el empleo, la educación, las políticas sociales y de salud, así como los programas apoyan la participación íntegra de las personas en actividades socioeconómicas, culturales y espirituales, conforme a los derechos humanos fundamentales, los individuos continúan contribuyendo a la sociedad con actividades remuneradas mientras envejecen” (WHO, 2005:46). El envejecimiento activo potencializa y amplía la participación del adultomayorensubeneficio, ya que los círculos sociales tienden a disminuir con el avance de la edad.

Pensar el envejecimiento actual y futuro es una necesidad social urgente. Las respuestas a las problemáticas que plantea dependen en gran medida del apoyo e iniciativas del poder público siempre y cuando éstas promuevan la autonomía, el bienestar físico y la participación ciudadana. No obstante, son insuficientes sólo las acciones políticas para que el envejecimiento activo sea una realidad porque estamos ante un proceso que involucra a toda la población y es inherente al ciclo vital. En esta perspectiva, Paúl (2005: 284) argumenta que la sociedad tiene la responsabilidad de crear espacios diversificados, seguros y accesibles para los adultos mayores, además de posibilitar su participación social y política, pues “la promoción de la vida social, solidaria y voluntaria, así como el ejercicio de la ciudadanía, son una responsabilidad

colectiva, un deber y un derecho individual”. Es necesario establecer garantías para la participación de todos los individuos en sociedad, no como un beneficio del Estado, sino como un deber y responsabilidad colectiva; se trata de la participación ciudadana que construya redes sociales para la protección y defensa de los derechos de los adultos mayores. En esa misma tesitura, la participación tiene sentido cuando los adultos mayores forman grupos y actúan en su calidad de sujetos autónomos, es decir, al organizarse en defensa y reclamo de sus derechos. Emerge así el proceso de formación participativa de las personas adultas mayores como sujeto social. En consecuencia, quienes cuidan a los ancianos, la familia y otros agentes de la sociedad, deben involucrarse en la planificación, implementación y evaluación de políticas públicas, programas y actividades dirigidas a la tercera edad a fin de promover el envejecimiento activo. En ese sentido, Assis (2005:12) señala lo siguiente: “El envejecimiento activo es una aspiración básica que potencializa el vivir, depende en gran parte de condiciones sociales y políticas que garanticen los derechos de ciudadanía y hagan posible las prácticas tendencialmente saludables, como pueden ser una alimentación equilibrada, actividad física, uso placentero del cuerpo, inserción social y ocupacional dotadas de significado, ocio gratificante, además del acceso a servicios asistenciales y preventivos. Se trata de metas complejas sobre las cuales son necesarios movimientos colectivos e iniciativas individuales que apunten hacia la construcción de un nuevo orden social”.

En síntesis, hacer tangible el proceso de envejecimiento activo depende de múltiples y diversas determinantes que involucran a los sujetos, las familias y la sociedad. En su conjunto, el avance en la solución de las numerosas causas y condiciones que competen a la calidad de vida de los adultos mayores, también incumbe al resto de la sociedad; desde la obtención de infraestructura, servicios de salud, empleos, vivienda, recreación, hasta el derecho a organizarse, etcétera, constituyen condiciones para vivir dignamente. Por ello, independientemente de la edad, “cualquier esfuerzo en el sentido de promover el envejecimiento activo, resultará en una mejora efectiva de la calidad de vida de todos” (Smethurst, 2004: 151). De esta forma, se busca superar la clasificación social en grupos etarios, enfocando el conjunto social y la igualdad en un marco jurídico incluyente y justo. Otra consecuencia importante del envejecimiento activo es el empoderamiento de la identidad, por medio de la autoafirmación y la autoestima del adulto mayor a partir de su experiencia y saber. El fortalecimiento y adquisición de poder reflejará el nuevo paradigma porque serán “participantes integrados con su edad en la sociedad, contribuyentes activos y beneficiarios del desarrollo” (WHO, 2005: 44). Erigir una nueva concepción sobre la vejez con base en la autonomía, la actividad y en la plena participación, hace posible la construcción de una imagen opuesta a la que naturaliza la relación entre envejecimiento y apatía, decadencia, aislamiento o enfermedad (Batista, 2008).

En el punto de partida hacia una nueva cultura sobre la vejez, el adulto mayor es integrante del contexto social como ciudadano con derechos, por ejemplo, tener vivienda digna donde vivir, entre otros. Al asumir la participación ciudadana, los adultos mayores se integran

en la ruta que pretende la transformación social. Por medio de su articulación política y cultural contribuyen en la conservación de la identidad y memoria social, sustituyendo así la anterior imagen del envejecimiento (Santana, 2003). Sin embargo, para que la sociedad en su conjunto comprenda el nuevo paradigma precisa de un cambio cultural, aunque reconocer la posibilidad e importancia del envejecimiento activo representa un primer cambio sobre cómo se ha pensado hasta ahora el envejecimiento. Según la OMS: “la cultura es un factor transversal y determinante en la estructura de la sociedad para comprender al envejecimiento activo” (WHO, 2005: 20). Los cambios inician con el rechazo de la visión prejuiciada y cuando los adultos mayores se manifiestan públicamente de manera organizada. Los adultos mayores serán capaces de movilizar a otros grupos de la sociedad cuando establezcan su propia identidad social; ellos tendrán que reconocerse en el proceso social, no apenas como sujeto social sino también como un agente de cambio: “A partir del fortalecimiento de su autoimagen e identidad, el adulto mayor será capaz de adaptarse a las transformaciones derivadas del envejecimiento, aceptándose y contribuyendo en la formación de una nueva imagen de la vejez” (Santana, 2003: 50). La identidad del adulto mayor se refiere a “aquello que lo hace reconocerse por el reconocimiento del otro” (Stano, 2007:10). El cambio es: “la transformación de un abordaje históricamente centrado en los aspectos individuales y biológicos de la vejez, hacia una perspectiva que identifica a las personas mayores como un sector social de creciente importancia” (Fonte, 2002: 9).

Según Touraine (1998: 103), la identidad sólo será construida cuando exista complementariedad entre tres fuerzas: “[...] el deseo personal de salvaguardar la unidad, dividida en el mundo instrumental y el mundo comunitario; la lucha colectiva y personal contra los poderes que transforman la cultura en comunidad y el trabajo en mercadería; el reconocimiento interpersonal y también institucional del otro”. La constitución del individuo ocurre cuando éste se reconoce a sí mismo, consiguiendo así lograr el placer personal por lo que representa o por el prestigio social que alcanza por medio de su actividad. “Es verdad que la persona mayor no puede ser solamente defensa y lucha; es también afirmación, felicidad, éxito. Pero no es arquitecto de un orden ideal: es, esto sí, una fuerza de liberación” (Touraine, 1998:103). En ese contexto puede establecer nuevas posibilidades de acción, superar el miedo y la angustia de buscar alternativas reales de desarrollo y lucha por sus ideales. Un envejecimiento activo en el cual demandan condiciones para expresar sus deseos y sus puntos de vista, puede hacer de la sociedad un espacio de participación democrática. Según Oliveira (2002:49), “el adulto mayor necesita estar integrado a la sociedad”. La participación social debe ser entendida como derecho de todos en su calidad de ciudadanos, independientemente de la clase social a la que pertenezcan, raza, género o franja de edad. El derecho a la inclusión social debe ser defendido en todas las situaciones y para todas las personas que conforman la sociedad brasileña. Sin embargo, el reconocimiento de los derechos humanos y el respeto a la dignidad humana no son tratados como derechos de todos en Brasil. A partir de que más grupos “minoritarios” comiencen a movilizarse nuevos conceptos culturales podrán ser formados.

En este mismo orden de ideas, los adultos mayores han sido catalogados como grupo minoritario, empero, se encuentra en curso su organización colectiva. Con este avatar van solidificando la lucha por el reconocimiento de los derechos humanos e incorporan nuevos conceptos sobre la tercera edad. Un signo importante al respecto radica en situaciones donde el adulto mayor defiende y conserva su autonomía, pues es considerado un rebelde al no aceptar más las condiciones que le son impuestas por la sociedad y la familia.

No obstante, es por su “rebeldía” que transita hacia una nueva forma de asumir su identidad y busca alternativas innovadoras de participación e integración. “La participación ciudadana se apoya en un concepto amplio de ciudadanía que no se restringe al derecho a votar, sino que construye el derecho a la vida del ser humano como un todo” (Gohn, 2003:18). En esa dirección, el adulto mayor quiere verse reconocido en amplio y no solo cuando lo consideran para participar en campañas políticas o para obtener su voto durante los procesos electorales. Según Ferrigno (2005: 27) “así como los adolescentes tienen su grupo, también los mayores sienten esa necesidad y tienen ese derecho”. Es en el proceso de integración y organización colectiva de los adultos mayores, donde se gesta un nuevo pensamiento en común y van estableciendo metas acordes, una de ellas radica en la búsqueda de los derechos para todos: el derecho a disfrutar una vida con calidad y dignidad.

Desde ese mismo horizonte, el adulto mayor es partícipe de la génesis de un contexto que pretende congrega a todos los sectores de la sociedad. En particular manifiesta su compromiso con quienes son marginados, los necesitados de apoyo y voz para la defensa de los derechos: “El ser humano es sociable por naturaleza y la falta de relación social es utilizada en todas las edades como un indicador de marginación y posible desajuste social, origen de conductas negativas hacia el individuo y la sociedad” (Moragas, 2004:19). Los adultos mayores integrados al medio social y político, a través de la movilización y la participación ciudadana, tienen menos posibilidades de sufrir marginación y empobrecimiento. La realidad actual indica que está en aumento la visibilidad del adulto mayor y que lucha por la defensa de sus derechos, por la ciudadanía individual/colectiva y se opone a la exclusión social, la pauperización y las conductas sociales e institucionales prejuiciadas (Borges, 2003).

Consideración final

A pesar de las conquistas hasta ahora obtenidas por la población de la tercera edad, por medio de su representatividad en diferentes instancias y de las ideas del envejecimiento activo, el proceso de su formación como nuevo actor social precisa avanzar en claridad. Conforme a lo señalado por Whitaker (2007:107), “si el adulto mayor pierde poder aun así todavía tiene derechos y por éstos debe continuar luchando. Cuanto menos poder, menos prestigio, pero mayor debe ser la lucha por los derechos”. La lucha por sus derechos debe ser reclamada por ellos. Es cierto que no toda la población conoce sus derechos, pero entonces es evidente

la necesidad de conseguir garantías para acceder a la información como una primera acción preventiva, sobre todo ante situaciones de discriminación y marginación. En la tarea de organizarse la educación es de vital importancia. El conocimiento de sus derechos es una condición básica para exigir mejores condiciones de supervivencia y una mejor calidad de vida.

Los adultos mayores que tuvieron una educación que les permite discernir lo que les es impuesto por la sociedad y luchan contra ello, tienen la posibilidad de ser actores sociales movilizados, por lo general, en favor de una sociedad más justa e igualitaria, y en particular por los derechos de las personas adultas mayores. En este marco, la educación tiene la misión de ser propulsora del cambio social pues los procesos de aprendizaje, adquisición de conocimiento y socialización son intensificados. Esto significa que la formación de un sujeto reflexivo y crítico está en curso. Por ésta razón es fundamental la acción educativa con los adultos mayores y los ciudadanos. Una tarea trascendente es cultivar un conocimiento consecuente y amplio sobre lo que implica el envejecimiento activo, enseñanza sembrada desde la infancia hasta quienes conforman el sector de la tercera edad.

Fuentes de consulta

- Assis, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista APS*. Río de Janeiro, 8(1), 15-24.
- Batista, A. S., Jaccoud, L. B., Aquino, L. y El-Moor, P. D. (2008). *Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social*. Brasília: Ministério da Previdência Social Secretaria de Políticas de Previdência Social, 28.
- Borges, M. C. M. (2003). O idoso e as políticas públicas e sociais no Brasil. En O. R. M Von Simson, A. L. Neri y M. Cachioni. (Eds.). *As múltiplas faces da velhice no Brasil* (pp. 79-104). Campinas Alínea.
- Camarano, A. A. (2004). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA.
- Camarano, A. A. (2006). Mecanismos de proteção social para a população idosa. En E. L. G. Rios-Neto (Ed.) *A população nas políticas públicas: gênero, geração e raça*. (pp. 67-71). Brasília: CNPD-UNFPA.
- Comisión Europea. (2012). *A contribuição da EU para o envelhecimento ativo e solidariedade entre gerações*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Ferrigno, J. C. (2005). Ação cultural e terceira idade. *A terceira idade*, 16(32), 24-35.
- Fonte, I. B. (2002). Diretrizes internacionais para o envelhecimento e suas conseqüências no conceito de velhice. Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. *Anais do XII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*. ABEP: Ouro Preto.

- Gohn, M. G. (2003). *Movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Hessel, R. (2008). Envelhecimento activo numa sociedade encanecida: formação em todas as idades. *Revista Europeia de Formação Profissional*, Set/Dez. Lisboa, 45.
- IBGE. (2013). *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060*. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Brasília: IBGE.
- Moragas, R. M. (2004). As relações intergeracionais nas sociedades contemporâneas. *A terceira idade*. Rio de Janeiro, 15(29), 7-27.
- Oliveira, R. C. S. (2002). Velhice: teorias, conceitos e preconceitos. *A terceira idade*, 12(25), 37-52.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Revista Sociologia*, 15, 275-287.
- Pontarolo, R. S. y Oliveira, R. C. S. (2008). Terceira idade: uma breve discussão. *Publicatio UEPG*, 16(1), 115-123.
- Santana, H. B. y Sena, K. L. (2003). O idoso e a representação de si. *A terceira idade*, 14(28), 44-53.
- Smethurst, W. S. (2004). Envelhecimento ativo: da intenção à ação. *Anais do Seminário Quantos Somos e Quem Somos no Nordeste*. ABEP-Recife, 150-155.
- Stano, R. C. M. T. (2007). Questões do envelhecimento e suas relações com o processo de ensino-aprendizagem. *A terceira idade*, 18 (40), 7-14.
- Steglich, L. A. (1992). *Crises normais da vida adulta*. Passo Fundo: UPF.
- Touraine, A. P. (1998). *¿Podemos viver juntos? Iguais e diferentes*. Petrópolis: Vozes.
- Whitaker, D. C. A. (2007). *Envelhecimento e poder*. Campinas: Alínea.
- World Health Organization (WHO) (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Teorías de gerontología social

Aída Díaz Tendero Bollain

Resumen

En estos sesenta años del desarrollo de la gerontología, se ha consolidado con firmeza su dimensión empírica frente a su capacidad teórica, según algunos sectores académicos. No obstante, la orientación empírica no ha sido obstáculo para el despliegue de diversas teorías clasificadas en una primera, segunda y tercera generación. En el presente trabajo, por medio de un repaso teórico, se expone la importancia de seguir desarrollando el ámbito de las teorías y se valora la vigencia de algunos aportes de las tres generaciones, con el propósito de contribuir a la adaptación de la disciplina a las nuevas circunstancias que están marcando el proceso de envejecimiento de los individuos, las instituciones y las sociedades.

Palabras clave

Gerontología social, teorías de primera, segunda y tercera generación.

Introducción

La gerontología se define en 1905 como el estudio científico del envejecimiento, pero no fue sino hasta la década de los años 50', cuando la densidad de los estudios sobre la materia, obligaron a situarla como "nueva" disciplina. Durante estos sesenta años sobresalió el perfil empírico de su desarrollo frente a su crecimiento teórico. Por las características de esa trayectoria, existe consenso en considerar que la gerontología es "rica en datos y pobre en teoría" (Cfr. Curcio, 2010) y posiblemente también por circunstancias ligadas a su progreso como área novel del conocimiento. La *raison d'être* de la gerontología en su inicio, consistió en solucionar una pléyade de problemas y las consecuencias (Achenbaum, 1995, Cfr. Curcio, 2010) del incipiente envejecimiento de las sociedades del mundo desarrollado. Sin embargo, cambios como el aumento de la esperanza de vida y el incremento de la población adulta mayor, en números relativos y absolutos, ejemplifican la irrupción de cuestiones por examinar. En la geriatría se han estudiado las enfermedades y el deterioro en la vejez, mientras que en la gerontología, la soledad, el aislamiento y la jubilación. El objetivo original de ésta última ha sido resolver las consecuencias sociales, sanitarias

y económicas del envejecimiento. Por consiguiente, la cuestión primordial no ha sido *saber* sino *hacer*, rasgo que ha definido su carácter práctico y hasta cierto punto a-teórico.

En virtud del carácter novel de la gerontología, posiblemente originó que su perfil teórico se alimentara de enfoques provenientes de ciencias ajenas como la psicología y la biología. Así, los gerontólogos no requieren o no han generado un *corpus* teórico propio, sino que han aplicado otros al estudio concreto sobre los adultos mayores (Johnson *et al.*, 1980; Cfr. Curcio, 2010). Pese a las dificultades que ha enfrentado para construirse como ciencia autónoma, existe una sólida tradición académica –estadounidense y europea– que procedió a identificar y clasificar las teorías de gerontología social, con diferentes criterios taxonómicos. Entre los autores dedicados a estas tareas figuran, Hendricks (1992); Gognalons-Nicolet (1997); V. Marshall (1996); Binstock y George (2001); Estes (2001); Quadagno y Reid (1999); Bengtson, *et.al.*, (1997); y Settersten (1999), entre otros.

I. Aproximaciones teóricas a la gerontología social

El criterio taxonómico de V. Marshall (1996), divide las teorías en normativas e interpretativas. Las teorías normativas priorizan a la sociedad ante el individuo en el sentido de otorgar poca importancia a la iniciativa individual, es decir, no consideran la capacidad de hacer o elegir, en oposición a la acción espontánea o que “les ocurran cosas” a los individuos (Marshall, 1996: 438). Por el contrario, las interpretativas incorporan la capacidad del individuo para elegir y “pretender hacer su voluntad”. Otro criterio de clasificación –y es el utilizado en el presente trabajo– consiste en dividir las teorías en tres grandes conjuntos: teorías micro o individualistas que forman la primera generación; teorías macro, estructuralistas o de segunda generación y teorías vinculantes o tercera generación (Hendricks, 1992; Binstock y George, 2001; Bengtson, Burguess y Parrot, 1997). Siguiendo la interpretación de Hendricks (1992), el desarrollo de la gerontología ha sido dialéctico, donde las teorías micro o individualistas representan la hipótesis refutada después por la antítesis (las teorías macro), para llegar a la síntesis (las teorías que vinculan lo micro con lo macro).

Las teorías en su origen realizaron estudios a partir de la psicología social, disciplina que se fundamentó en el enfoque del envejecimiento individual. Este primer momento del desarrollo de la gerontología, fue sucedido por el macro o estructuralista que derivó en la tercera generación de teorías; ésta, a su vez, es caracterizada por las propuestas que vincularon lo macro o estructuralismo con las perspectivas micro o individualistas. La tercera generación continuó la línea trazada por la sociología europea y estadounidense, durante las décadas de los 80's y 90's que procuró su integración, en síntesis. A continuación, presentamos una semblanza de las características principales de las teorías sociológicas del envejecimiento.

Teorías micro o individualistas

La primera generación de teorías¹ de gerontología social, surge de la psicología y son propuestas que pretenden explicar la adaptación o inadaptación del adulto mayor al declive, supuestamente inevitable. En ese primer esfuerzo la cuestión esencial radica en demostrar la capacidad de interacción del individuo en edad avanzada con su medio social; para analizarla en toda su extensión se acudió a factores de nivel micro, como los roles, normas y grupos sociales de referencia (Hendricks, 1992). A partir de su propósito deriva la denominación formulada por Gognalons-Nicolet (1997), quien las nombra teorías adaptativas. La primera generación nacida en los años 60's del siglo XX, tiene como obras precursoras: en 1949, *Personal Adjustment in Old Age*, de Cavan, Burgess, Havighurst y Goldhamer; y *Older People*, publicada por Havighurst y Albrecht en 1953.

Teoría de la desvinculación

La teoría de la desvinculación se encuentra ligada con el contexto histórico que marcó el origen del estudio del envejecimiento: durante la postguerra el enfoque predominante en las ciencias sociales fue el estructural-funcionalismo, corriente de pensamiento que explica la sociedad como si fuera un organismo biológico, compuesto por diferentes elementos organizados para un funcionamiento social equilibrado (Hendricks, 1992; Estes, 2001; Binstock y George, 2001). El lugar ocupado por los adultos mayores en ese sistema, se encuentra condicionado por la actividad e inserción del individuo en el mercado laboral (Cumming y Henry, 1961).

Enunciada por primera vez en 1961, autoría de Cumming y Henry, la teoría de la desvinculación sostiene que la vejez se produce cuando el individuo que envejece y la sociedad en la que vive, se separan recíprocamente. El proceso por el que se desvinculan es considerado natural, con fundamentos biológicos, universal y como parte del ciclo vital. Desde el punto de vista social, la teoría en cuestión pretende dar respuesta a dos problemas: en primer lugar, evitar que la desaparición natural del individuo tenga repercusiones en el funcionamiento del sistema; segundo, sostener el equilibrio social con el relevo de las generaciones viejas por las jóvenes, previniendo así el desempleo de los jóvenes.

Los aspectos criticados a la teoría de la desvinculación y observados por Gognalons-Nicolet (1997), se encuentran básicamente en la condición activa mantenida por muchos adultos mayores, que pese a su edad continúan activos y realizando eficazmente funciones. Asimismo, omite la necesidad y capacidad de contacto e interacción social de los adultos mayores. Aunque esta propuesta no fue aceptada de manera íntegra, se puede constatar que continúa influyendo en el ámbito de las políticas públicas y de salud. Actualmente las instituciones de seguridad social apuntalan su base ideológica en la desvinculación.

¹ El concepto teoría es polisémico. Una de las acepciones útiles para este trabajo puede ser como "construcción de explicaciones explícitas para dar cuenta de hallazgos empíricos" (Bengtson, Rice y Johnson, 1999; Cfr. Curcio, 2010).

Teoría de la actividad

Gognalons-Nicolet (1997), señala como artífices de esta teoría a Havighurst y Albrecht, gracias a la obra *Older People* editada en 1953, así como su versión renovada de 1972, materializada por Lemon, Bengtson y Peterson. Para V. Marshall (1996), la teoría de la actividad y la teoría de la desvinculación no son micro, sino vinculantes y también normativas. En coincidencia con el punto de vista del proceso dialéctico, Estes (2001) considera que la teoría de la actividad se desarrolló en oposición a las premisas de la teoría de la desvinculación.

La teoría de la actividad sostiene que los adultos mayores mantienen los roles y actividades que han desempeñado a lo largo de su vida, incluidas las necesidades y valores de etapas anteriores. Su propuesta tiene en el rol social, un concepto clave que es el eje articulador de la dimensión psicológica con el plano social. Con base en la interacción simbólica² según Hendricks (1992), en su primera época tiende a dar mayor importancia al aspecto cuantitativo y su definición de rol se ciñe a la profesión, rol parental, etcétera. Lo esencial radica en la participación social independientemente del rol desempeñado. Por otra parte, Lowenthal y Haven documentaron la necesidad de ahondar en el examen de la calidad y la intensidad de las relaciones interpersonales, frente al enfoque cuantitativo de roles asumidos, en 1968.

En la segunda generación de teorías, Lemon, Bengtson y Peterson (1972), introducen una variable intermedia que destaca el ámbito cualitativo. Así, lo más importante para el sujeto son las actividades sociales que tienen sentido para él y no la actividad por sí misma. Mientras que Héту (1988), sugiere no enfatizar la cantidad de interacción sino el hecho de tenerla de una manera significativa. Por otro lado, si el rol social es definido como el cargo o función desempeñados en alguna situación o en la vida, es necesario señalar que no siempre privarse de una actividad significa frustración. Actualmente existen casos donde el individuo se renueva tras abandonar funciones anteriores y obtiene mayor disponibilidad de su tiempo. Por consiguiente, el concepto de rol resulta tan incierto como el de actividad. Se podría concluir que no es la actividad por sí misma la que es provechosa, sino el sentido que la persona mayor le otorga.

Dentro de las críticas que ha recibido la teoría de la actividad se encuentra la de Cariou (1995), quien la considera más apta para su aplicación en la etapa del retiro laboral que para el envejecimiento propiamente dicho. También subraya la inadecuación de la teoría en relación con los adultos mayores de bajo estatus socioeconómico. Por último, es importante observar que las dos teorías –la desvinculación y la actividad– representan los primeros análisis centrados en el individuo; sin embargo V. Marshall (1996), no las considera teorías micro, sino vinculantes y por otro lado, normativas.

² La interacción simbólica predica que los seres humanos actúan hacia las cosas con base en el significado que dichas cosas tienen para ellos, y ese significado, surge de la interacción social del ser humano con sus congéneres. Ahora bien, los significados se modifican constantemente. (Blumer, 1982: 7).

Teoría de la continuidad

La teoría de la continuidad deriva de la teoría de la actividad. Procede también de la teoría del ciclo vital según la valoración de Lowenthal (1975) y Neugarten (1964). Al igual que la teoría antecesora y de acuerdo con Hendricks (1992), se sustenta en la interacción simbólica. En la perspectiva de V. Marshall, la teoría de la continuidad puede ser clasificada como micro a diferencia de las teorías de la actividad y la desvinculación; contrario a éstas calificadas como normativas, la considera una teoría interpretativa. Por otra parte, es importante indicar que las obras representativas de la teoría de la continuidad son la publicada por Rosow en 1963 y la de Atchley en 1971.

La idea básica de la teoría de la continuidad es la inexistencia de ruptura o cambio entre la edad adulta y la vejez. Reconoce las alteraciones menores que surgen en el proceso de envejecimiento, pero las refiere como estrategias de adaptación. La senectud es considerada esencialmente una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida de la etapa anterior, de modo tal que tanto la personalidad como el sistema de valores permanecen intactos. De los siete puntos que Cariou (1995) menciona como los más importantes de la teoría en cuestión, para Héту (1998) los más destacables son dos: en primer lugar, el adulto mayor tiende a reproducir durante la vejez el ambiente de la edad adulta, con la intención de ser coherente consigo mismo y porque puede ser el factor externo que hace posible la continuidad de su estilo de vida. El segundo punto por destacarse, es la idea del envejecimiento como proceso de acentuación de las líneas principales de la personalidad. El adulto mayor es más que nunca lo que siempre fue, y a la par, se reconoce en el trayecto vivido de la infancia a la senectud que siempre es el mismo individuo quien evoluciona y se adapta.

La teoría de la continuidad ha sido cuestionada en su base fundamental ya que la continuidad no puede explicar por sí misma los dramáticos cambios que supone la vejez, no clarifica la acentuación de la personalidad, ni tampoco es el caso cuando se producen reorientaciones radicales de la misma. Otro punto debatible radica en precisar el inicio de la tercera edad, momento que es visto frecuentemente con cierto pesimismo y que no es sino el conformado por las condiciones y hábitos presentes en el período anterior, es decir, la etapa adulta. Derivado de este razonamiento, parecen no generar gran impacto los cambios del envejecimiento siempre que no entren en contradicción con la etapa adulta.

Teoría del envejecimiento exitoso y productivo

La reciente teoría del envejecimiento exitoso es interesante porque expande el marco explicativo de las teorías de la actividad y la continuidad con base en tres componentes importantes, sintetizados por Rowe y Kahn (1997), de la siguiente manera: bajas probabilidades de enfermar y de incapacitación por enfermedad; alta capacidad física y cognitiva; sostener un compromiso activo con la vida. Los tres elementos se potencian mutuamente y coadyuvan en la formación de una imagen positiva de las personas adultas mayores, a partir de su prolongada productividad.

Entre los aciertos de este enfoque, algunos sectores académicos admiten que fomenta la erradicación de estereotipos discriminatorios por edad, además de haber creado oportunidades para el empoderamiento individual de los adultos mayores. Por otra parte, destaca en dicha teoría haber identificado cualidades o características maleables y de reversibilidad en algunos procesos biológicos y del comportamiento, anteriormente considerados inherentes a la vejez. Sin embargo, entre las críticas dirigidas a la teoría del envejecimiento exitoso, figuran la de Holstein (1999) y Estes (2001), quienes observan que este enfoque atribuye toda la responsabilidad social al individuo, criterio que aplica al ámbito laboral y de salud, generando así expectativas laborales (especialmente para las mujeres), hasta el fin de la vida.

Teorías macro o estructuralistas

Aunque las primeras teorías de la gerontología social mostraron una postura individualista, es importante mencionar que mucho antes de que la gerontología se reconociera como área de estudio, los padres fundadores de la investigación social, reflexionaron sobre la conexión entre la edad y la estructura social. Así, Comte contempló la relación entre el progreso, la sucesión generacional y la longevidad; Marx y Engels consideraron cómo puede afectar la industrialización al significado de la edad y el género; mientras que Durkheim exploró el vínculo edad-integración social (Binstock, 2001). En la época que surge la gerontología, a mediados del siglo XX, ya se reconocían las consecuencias de los cambios en la estructura etaria de las sociedades. Por ejemplo, Davis y Combs en 1950 se anticiparon a los cuestionamientos originados por el envejecimiento de las poblaciones. Aunque sus hipótesis no se probaron, su planteamiento señaló la necesidad urgente de considerar la composición etaria de la población y su posible relación con la estructura social. Preocupaciones similares también fueron reflejadas en el primer manual de gerontología social, *Handbook of Social Gerontology*, compilado por Tibbits en 1961.

Por su parte Gognalons-Nicolet (1997) apunta que la temática examinada por esta generación fue el impacto de la organización social sobre las diferentes cohortes que envejecen. Para Hendricks (1992), el foco de atención son las formas que adoptan los cambios de las condiciones estructurales, que a su vez determinan los parámetros del envejecimiento y la situación de los adultos mayores como categoría colectiva. En oposición a sus homólogos de la primera generación, las teorías de la segunda enfatizan aspectos con gran detalle y en abundancia, para sugerir que los enfoques centrados en el individuo mantienen una postura reduccionista e innecesaria, en relación con interpretaciones de líneas generales. Derivado del postulado sociológico que afirma: el todo es más que la suma de sus partes (postura que retrotrae a Comte, y especialmente a Marx y a Durkheim), la organización social se concibe tal y como se establecen las condiciones de vida de los individuos. Por consiguiente, la forma de envejecimiento es una derivación de la organización social, la agenda política y de la posición de los individuos en la estructura jerárquica. Por ende, la unidad de análisis correcta para dichas teorías es una circunstancia estructural, no un atributo individual.

Teoría de la modernización

Según Hendricks (1992) la teoría de la modernización y la estratificación etaria, son estructuralistas y tienen bases en el funcionalismo. Desde el punto de vista de V. Marshall (1996), la teoría de la modernización es la más representativa del pensamiento estructuralista y que además de macro es normativa. Mientras que Gognalons-Nicolet (1997) coincide con Hendricks (1992) al clasificarla en ese mismo sentido. Para éste último, la teoría en cuestión sostiene que el Estado moderno promueve la exclusión social de las personas adultas mayores, por medio de la política del retiro y la jubilación toda vez que las considera necesarias para renovar las generaciones en el ámbito laboral, además de mantener los valores y normas propias de la sociedad productiva. A diferencia de la sociedad tradicional en la cual el adulto mayor gozaba de un estatus elevado, socialmente reconocido por su experiencia y sabiduría, en la época actual –las innovaciones tecnológicas, el desarrollo industrial, los nuevos valores educativos y sociales– lo han despojado de su estatus desembocando en una situación de pobreza y marginación.

Teoría de la estratificación etaria

La idea de utilizar la edad como criterio para organizar las relaciones sociales, fue formulada por teóricos como Sorokin (1956), Parsons (1942) y Eisenstadt (1956), según Quadagno y Reid (1999). Su propósito fue comprender: “por qué y cuándo la sociedad esgrime la edad como mecanismo para clasificar a las personas en las distintas posiciones y como dispositivo para distribuir bienes y servicios” (Featherman, 1983:9). En relación con su posible clasificación, según Hendricks, Estes considera estructuralista a la estratificación, teoría creada por Riley a fin de estudiar el papel e influencia de las estructuras en el proceso individual de envejecimiento y en la estratificación etaria de la sociedad.

La proposición subyacente en la estratificación etaria, sostiene que todas las sociedades organizan a los individuos en categorías según la edad. Tal orden además de proporcionar identidad social, también determina la distribución de los recursos. Esta línea de explicación analiza la disparidad en las experiencias de las cohortes etarias a través del tiempo, así como lo que Riley y Riley (1999), denominan la interdependencia de cambios en las vidas y en las estructuras sociales. Aunque la estratificación etaria aparentemente relaciona la estructura social con el nivel individual, Estes (2001) y Quadagno (1999) observan de manera crítica algunas limitaciones a partir de una “relativa desatención al tema de poder y de las relaciones entre clases³ sociales, dado que éstas influyen en la estructura social, en las políticas que se implementan y eventualmente en la experiencia del envejecimiento” (Estes, 2001: 30).

³ En relación con el término “clase social” es preciso advertir que, en general, las connotaciones del concepto lo han marginado de su utilización por parte de amplios sectores de la academia en todo el mundo.

Por otra parte, Quadagno y Reid resumen las críticas y en su opinión, esta teoría “descansa en un concepto de estructura inherentemente estático, ignora los procesos políticos inherentes a la creación de inequidad y no toma en cuenta los patrones institucionalizados de inequidad” (Quadagno y Reid, 1999: 347).

Desde la perspectiva de Dowd (1987), Hogan y Astone (1986), la edad es una fuente importante de identidad social. No obstante, según Raya (2002) –y con base en Weber– la edad tiene un impacto menor relativo a las oportunidades u opciones y en la toma de decisiones que el individuo enfrenta dentro de la sociedad, en comparación con otros criterios de estratificación. Por otro lado, al interior de cada una de las distintas cohortes etarias, rasgos como la raza, el género y la clase social, constituyen grandes variaciones entre los individuos. En opinión de V. Marshall (1996), esta teoría es normativa pero no puede ubicarse en el terreno macro ni micro, sino que vincula ambos. Sin embargo, aunque relaciona aspectos macro y micro, no considera las inequidades dentro de las cohortes.

Teoría del paradigma envejecimiento y sociedad

Estes (2001), destaca el paradigma envejecimiento y sociedad como sucesor de la estratificación. La autora reconoce que al desarrollar este modelo en 1999, Riley y sus contemporáneos se enfocaron en “las involuntariamente estáticas connotaciones de la estratificación etaria, mediante la introducción de dos dinámicas –vidas y estructuras- para caracterizar a conjuntos de procesos interdependientes, entre los cuales existe una relación” (Estes *et al.*, 2001: 30).

Por otra parte, el concepto de “elementos de formación de normas” (Riley *et al.*, 1999: 340) aplicable a las cohortes, obedece a un movimiento dialéctico según su autora (Riley, 1987). Esto es, en respuesta a los cambios sociales, un número considerable de individuos pertenecientes a una cohorte cambian sus vidas al desarrollar nuevos patrones de comportamiento y pensamiento. Estos patrones definen entonces normas, reglas y expectativas correspondientes a la edad, las cuales son institucionalizadas conformando así nuevos criterios en la estructura social. Por ende, las transformaciones estructurales renuevan el comportamiento y el pensamiento etario; constituyen cambios que a su vez afectan las estructuras y así en lo sucesivo. De esta manera, el paradigma de envejecimiento y sociedad, y la teoría de la estratificación etaria, introducen la correlación macro-micro. No obstante todavía son consideradas deficientes por no abordar con suficiencia la inequidad, en opinión de algunos autores. En suma, según la clasificación ambas son calificadas como estructuralistas, la teoría de la modernización y la teoría de la estratificación etaria, además de su secuela, el paradigma del envejecimiento y sociedad.

Teoría del ciclo vital

Dannefer y Uhlenberg (1999), explican que la teoría del ciclo vital representó en la mitad de la década de los 70's, una corriente emergente que llegó a ser la perspectiva predominante en la gerontología social a mediados de los 90's. En el criterio de V. Marshall (1996), se encuentra entre los enfoques macro y micro, dentro del grupo de teorías vinculantes, y por otro lado, en el área intermedia de las teorías normativas e interpretativas. Teóricos como Bengtson, Burgess y Parrot (1997), pero también George (1993) y Settersten (1999), hallaron en ella la herramienta idónea para el desarrollo de la tarea fundamental de las ciencias sociales, a saber: estudiar los efectos del contexto social en el proceso individual del envejecimiento, objetivo ya señalado por Binstock (2001). En esa dirección, Estes (2001) encontró en el ciclo vital una alternativa ante los enfoques centrados en el envejecimiento del individuo y en los factores del envejecimiento exitoso, la satisfacción vital, la adaptación, la desvinculación y el ajuste. Las personas adultas mayores y las cohortes son examinadas como fase vital y explica la conformación de las mismas a partir de factores históricos, sociales, económicos y medioambientales.

Según George (1993), el grupo de teorías del ciclo de vida relaciona los niveles macro y micro, porque estudian los lazos entre la estructura social, los procesos sociales y los estados psicológicos. Para Gognalons-Nicolet (1997), el ciclo de vida integra el plano psicológico y el social en un enfoque (psicosocial) a lo largo de la vida. Por último, es importante destacar que la teoría del ciclo vital permite integrar envejecimientos profundamente desiguales, diferenciados por la pertenencia a determinado estrato social y género; criterio vigente en la sociedad industrial, en los diferentes tipos de culturas y modelos de desarrollo económico.

Teoría del ciclo de vida y género

La teoría del ciclo de vida es hasta cierto punto un precedente de la teoría de la economía política del envejecimiento, en específico por la cuestión del género; asimismo porque en su desenvolvimiento vincula las vidas individuales con las instituciones, el género y la edad. Así, Arber y Ginn en 1995, valoraron como una contribución importante la inclusión de género y edad de forma conjunta. Bury y Moen en estudios de 1995 y 1996, plantearon que la interacción del género, ritmo biográfico, envejecimiento y medioambiente político, puede ayudar a relacionar la acción individual con las restricciones del medio social, y los aspectos macro y micro del ciclo vital, según el género. En éste sentido, Binstock (2001) argumenta que el ciclo de vida esperado se ha vuelto un estereotipo limitado a comprender la experiencia del hombre: comienza con la formación educativa, seguido de años de trabajo productivo y finaliza con el retiro del medio laboral. El estereotipo está tan incorporado en las instituciones y los individuos, olvidando que el orden secuencial del ciclo vital constituye una invención relativamente reciente (del siglo XX) y que caracteriza la experiencia de vida del hombre, no de la mujer. Aunque las mujeres buscan la equidad, ellas han intentado adaptarse al modelo de ciclo vital masculino a la par de continuar

con el trabajo doméstico que tradicionalmente les ha sido asignado. Asimismo, las diferencias de género se han traducido en una participación ocupacional restringida y culminan en un tipo de vejez con menor disponibilidad de recursos para ellas. Finalmente, Binstock (2001) afirma que las teorías del ciclo vital reconocen la inserción del individuo en las estructuras, además de concebir la estratificación en tanto fenómeno estructural y no sólo como una distribución que surge de los atributos subyacentes en el individuo. De facto, la equidad es la justa asignación de recursos, mientras que la inequidad significa un “negativo social porque es producto de los vulnerables o de los relativamente privados de recursos” (O’Rand, 2001: 208-209).

Teorías del construccionismo social

Estes (2001) considera que el grupo de teorías ubicadas en el constructivismo, sostienen que el envejecimiento y los problemas enfrentados por las personas adultas mayores, son construcciones sociales y resultado del conjunto de ideas al respecto. Este proceso tiene lugar en el nivel macro y en el micro, así como en el nivel meso, que es donde operan las formas de organización. El Estado y la economía (nivel macro) pueden ser los configuradores de la experiencia y condición del envejecimiento; sin embargo, los individuos también participan en la construcción de su mundo con base en la interacción personal (nivel micro) y por medio de procesos organizacionales e institucionales (nivel meso), que constituyen la diversidad del espacio social y la sociedad. En éste sentido, “Los problemas más importantes que enfrentan los adultos mayores (...) son en gran medida resultado de nuestras concepciones del envejecimiento y de los adultos mayores. Aquello que se hace para y por los adultos mayores, lo que sabemos, incluyendo el conocimiento procedente de las investigaciones, son producto de nuestra noción sobre la vejez. En un sentido relevante, los mayores problemas que enfrentan los adultos mayores son los que nosotros hemos creado” (Estes, *et al.*, 2001: 29).

Antes de abordar la economía política del envejecimiento, es importante señalar que tal teoría se apoya en el construccionismo social, cuya tesis central sostiene que las ideas sobre el envejecimiento son construcciones procedentes de los niveles micro, meso y macro.

La teoría de la economía política del envejecimiento (tepe)

La teoría de la economía política del envejecimiento, representa un punto de encuentro entre la economía política, la sociología -en particular el *corpus* de teorías de la estratificación social- y la gerontología social, aunque la academia estadounidense la sitúa claramente como una teoría de la tercera generación. Emerge en discrepancia con las teorías de la desvinculación y la actividad –la primera generación – y en oposición al conjunto de teorías de la estratificación etaria, correspondientes a la segunda generación. No obstante, es necesario señalar que la teoría de la economía política del envejecimiento (tepe), asimila en gran medida los aportes de las tres generaciones, aunque la mayor parte de los elementos que retoma provienen especialmente de las últimas dos.

Una de las principales líneas de investigación de esta teoría, es el análisis de de la vejez y la política social dirigida hacia los adultos mayores, así como sus consecuencias. Asimismo, analiza las relaciones entre clase, género y raza/etnia a través del Estado de bienestar u otros tipos de Estado. Sostiene que el estatus, así como los recursos destinados a las personas adultas mayores y la trayectoria del envejecimiento, dependen del lugar que ocupen dentro de la estructura social y de los factores económicos y sociales (Minkler y Estes, 1999).

La teoría de la economía política del envejecimiento, destaca el efecto de las instituciones socioeconómicas sobre los individuos a lo largo del ciclo de vida, en especial durante la etapa de la tercera edad (Quadagno y Reid, 1999). Esta perspectiva aplica a las políticas de seguridad económica, salud, cuidados de largo plazo y servicio social, orientadas a la población adulta mayor. El Estado organiza las relaciones de clases, género y raza/etnia⁴ a través del Estado de bienestar u otros tipos de Estado, donde las políticas son resultado de las luchas (del Estado, el capital y el trabajo) y de las relaciones de poder en un determinado momento histórico. Relaciones en movimiento y tensión a partir de las contradicciones del capital y de las crisis que éste genera (Estes, 2001).

II. Valoración de los aportes de las teorías de gerontología social

La principal crítica de la tepe a la teoría de la desvinculación, es contra la omisión de la variabilidad que existe al interior de cada una de las cohortes etarias. La supresión es justificada principalmente porque la diversidad racial y/o étnica, no estaba incluida en los estudios de las décadas de los 50's y 60's del siglo XX. Al respecto Markides y Black (1995), indican que las muestras de población durante esa época, fueron predominantemente de euroamericanos. De igual manera, los temas del mercado de trabajo y del retiro, fueron conceptualizados a partir de la experiencia con hombres euroamericanos de clase media. La inclusión no fue un rasgo que caracterizara a la gerontología en su inicio, la raza, el género y la clase social estaban presentes pero no como temas estudiados, lo cual refleja –en opinión de Dressel, Minkler y Yen, 1999– un sesgo, la preferencia por determinadas temáticas y el estatus privilegiado de los investigadores a cargo. Por otra parte, la teoría de la desvinculación continúa influyendo en los sistemas de seguridad social y se justifican en dicho enfoque. En esta misma dirección, las tres teorías –de la actividad, la continuidad y del envejecimiento exitoso– son cuestionadas por la omisión ya referida al interior de cada cohorte y actualmente tienen gran influencia como se manifiesta en las políticas actuales.

⁴ En la literatura estadounidense el uso del término “raza” alude a las características fenotípicas y el término “etnia” a las características culturales. No se discrimina el término “raza” por su incorrección política ni se usa el término “etnia” cuando se quiere significar “raza”. Por último, cuando se emplea el binomio raza/etnia se alude verdaderamente a los dos conceptos.

Las teorías macro o estructuralistas son definitivamente precursoras de las teorías vinculantes. En la historia de la gerontología, ellas representan el primer paso intelectual que establece una línea de demarcación frente al estudio de la senectud limitado a la esfera individual. A partir de prestar atención a la forma en que la estructuración de la sociedad y las políticas cincelan la vejez, las teorías estructuralistas trazaron el camino que luego retomará la teoría de la economía política del envejecimiento. La teoría de la modernización es el preámbulo de un horizonte más amplio al incorporar el problema de la pobreza y la marginación. Pese a las críticas hacia la estratificación etaria, por la ausencia de la variabilidad al interior de las cohortes, es necesario reconocer que innovó los estudios al incluir los estratos sociales, según la edad. Esta aportación no fue desapercibida por la economía política del envejecimiento y ha sido utilizada en su desarrollo posterior. Todas las sociedades son organizadas en categorías conforme a la edad de sus integrantes con diversos fines, por ejemplo, para la identidad social y la distribución de recursos. El paradigma envejecimiento y sociedad, propone una concepción dinámica y de reciprocidad entre la estructura y el adulto mayor. Es decir, así como los cambios en las estructuras sociales repercuten y producen cambios vitales, a su vez éstos inciden en las estructuras, a partir de entonces la correlación macro-micro suscitó el debate desde la segunda generación de teorías.

En lo que concierne a la tercera generación, esas teorías constituyen un paso importante de conocimiento al proponer integrar en el análisis diferentes dimensiones que configuran el envejecimiento. Los aportes de la teoría del ciclo vital son: en primer lugar, asignar un lugar destacado al contexto social y sus efectos en el proceso individual de envejecimiento. En segundo lugar, sostener la concepción de las personas adultas mayores y de las cohortes, como parte del ciclo vital. A su vez, las cohortes son diferenciadas por factores históricos, sociales, económicos y medioambientales; elementos que también han existido en fases anteriores de la vida, aunque analizados con el prisma de la ventaja y desventaja acumulativa, como resultado *de* y que resulta *en*, la estratificación. En tercer lugar, la teoría introduce en el estereotipo de ciclo vital masculino la variable del género y evidencia en ese sentido, la omisión de la experiencia de vida de las mujeres en el modelo. Por otra parte, la teoría del construccionismo argumenta que el conjunto de ideas que se tienen sobre el envejecimiento son construcciones sociales procedentes de los niveles macro, meso y micro. La premisa anterior fue retomada literalmente por la teoría de la economía política del envejecimiento, tal y como lo muestra su línea de investigación con base en la construcción social de la dependencia. A su vez, la teoría de la economía política del envejecimiento asocia los aportes de las teorías del ciclo de vida con los del rol social del Estado y las políticas para adultos mayores.

Finalmente, es preciso insistir en el peso determinante de las teorías en una disciplina marcada por el predominio de su dimensión empírica, como lo es la gerontología social. La teoría representa un esfuerzo sustantivo de un grupo de investigadores para sintetizar lo que se conoce, adicionar nuevo conocimiento y proporcionar una guía sobre lo que todavía se

desconoce. Al respecto Curcio (2010) rescata la expresión de Bengtson y su equipo de trabajo (1999), quienes señalan que la teoría es el compás con el cual se navega en el vasto mar de los datos, los transforma en explicaciones con sentido, acerca del proceso y de las consecuencias del envejecimiento. La teoría es crucial para que la investigación sea útil dado que su ausencia conduce a la aplicación limitada de los hallazgos y no permite la construcción acumulativa de conocimiento acerca de un tema o aspecto de la realidad (Bengtson, *et al.*, 2009). En esa misma dirección, Curcio (2010) considera relevante el punto de vista de Morin (2001), quien insiste en que un conocimiento no es permisivo solo porque reúna una gran cantidad de datos, ya que lo sustancial no son las cantidades sino examinar y sistematizar la información. Por último, resulta imprescindible para el futuro de los estudios teórico-prácticos sobre el proceso de envejecimiento, destacar la importancia de la complementación de diversas teorías y campos científicos, a fin de alcanzar el conocimiento interdisciplinario: la complejidad del sujeto u objeto de estudio (el viejo, la vejez y el envejecimiento) en el plano de la explicación científica y social, se encuentra relacionada con diversas disciplinas como la sociología, la economía, las ciencias políticas, el trabajo social, el derecho, la arquitectura, la demografía, la epidemiología, además de la biología y la psicología, entre otras.

Fuentes de consulta

- Achenbaum, W. A. (1995). *Crossing frontiers: Gerontology emerges as a science*. New York: Columbia University Press.
- Arber, S. y Jay G. (1995). *Connecting gender and ageing: A sociological approach*. Buckingham, London: Open University Press.
- Atchley, R. C. (1971). Retirement and leisure participation: Continuity or crisis. *The Gerontologist*, 11(1), 13-17.
- Bengtson, V. L., Burgess, E. O and Parrott, T. M. (1997). Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology. *Journal of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(2), S72-S88.
- Bengtson, V. L., Rice, C. J., Johnson, M. L. (1999). Are theories of aging important? Models and explanations in gerontology at the turn of the century. En V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.). *Handbook on theories of aging*. New York: Springer.
- Binstock, R. H. y George, L. K. (2001). Aging and politics. En Robert H. Binstock y Linda K. George (Eds.). *Handbook of Aging and the Social Sciences*. San Diego: Academic Press.
- Birren, J. E. y Bengtson, V. L. (1988). Preface. En James E. Birren y Vern L. Bengtson (Eds.). *Emergent Theories on Aging* (pp. IX-X). New York: Springer.

- Blumer, H. (1982). *Interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: Hora Ediciones.
- Bury, M. (1995). Ageing, gender and sociological theory. En S. Arbery y Jay Ginn (Eds.). *Connecting gender and ageing. A sociological approach*, Buckingham: Open University Press.
- Cariou, M. L. (1995). *Personnalité et Vieillesse. Introduction a la Psychogérontologie*. Neuchâtel-Paris: Delachaux et Niestlé.
- Cavan, R. S. et al. (1949). *Personal adjustment in old age*. Chicago: Science Research Associates.
- Cumming, E. y Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Curcio, C. L. (2010) Investigación y envejecimiento: del dato a la teoría. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 144-166.
- Dannefer, D. y Uhlenberg, P. (1999) Paths of the Life Course: A Typology. En Vern L. Bengtson y K. Warner Schaie (Eds.). *Handbook of theories of aging*. New York: Springer.
- Davis, K. y Combs, J. W. (1950). The sociology of an aging population. En Donald B. Armstrong. *The Social and Biological Challenge of Our Aging Population*, New York, Columbia University Press.
- Eisenstadt, S. N. (1973). *Tradition, Change and Modernity*. New York: John Wiley and Sons.
- Estes, C. L. et al. (2001). *Social Policy and Aging: a critical perspective*, California: Sage Publications Inc.
- Featherman, D. L. (1983). Life-span perspectives in social science research. En Paul B. Baltes y Orville G. Brim (Eds.). *Life span development and behavior*. New York: Academic Press.
- George, L. K. (1993). Sociological perspectives on life transitionws. *Annual Review of Sociology*. Boston: Allyn y Bacon, 353-373.
- Gognalons-Nicolet, M. (1997). Vieillesse et âge: âge et représentation de la vieillesse. *Actualité et dossier en santé publique*, 21, IV-XI.
- Havighurst, R. J. and Albrecht, R. (1980). *Older people*. New York: Arno Press.
- Hendricks, J. (1992). Generations and the generation of theory in social gerontology. *International Journal of Aging and Human Development*, 35(1), pp. 31-47.
- Hétu, J. L. (1988). *Psychologie du vieillissement*. Montréal: Méridien.
- Johnson H. R. et al. (1980). Foundations for gerontological education. *The Gerontologist*, 20, 1-61.
- Lemon, B. W., Bengtson, V. L. y Peterson, J. A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27, 511-523.

- Lowenthal, M. F. (1975). Psychosocial variations across the adult life course: Frontiers for research and policy. *The Gerontologist*, 15, 6-12.
- Lowenthal, M. F. y Haven, C. (1968). Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable. *American Sociological Review*, 33, 20-30.
- Markides, K. S. y Black, S. A. (1995). The impact of inequality. En Robert H. Binstock y Linda K. George (Eds.). *Handbook of Aging and the Social Sciences*. New York: Academic Books.
- Marshall, V. W. (1996). The state of theory in aging and the social sciences. En Robert H. Binstock y Linda K. George (Eds.). *Handbook of Aging and the Social Sciences*. San Diego: Academic Press.
- Minkler, M. y Estes, C. L. (1999). *Critical gerontology: Perspectives from political and moral economy*. New York: Baywood.
- Moen, P. (1996). Gender, age and the life course. En Robert H. Binstock y Linda K. George (Eds.). *Handbook of Aging and the Social Sciences*, San Diego: Academic Press.
- Morín, E. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona: Paidós.
- Neugarten, B. L. (1964). *Personality in middle and late life: Empirical studies*. New York: Atherton.
- O'Rand, A. M. (2001) Stratification and the Life Course. The Forms of Life-Course Capital and Their Relationship. En Robert H. Binstock y Linda K. George (Eds.). *Handbook of Aging and the Social Sciences*. San Diego: Academic Press.
- Parsons, T. (1942). Age and sex in the social structure of the United States. *American Sociological Review*, 7, 604-616.
- Quadagno, J. and Reid, J. (1999). The Political Economy Perspective in Aging. Vern L. Bengtson y K. Warner Schaie (Eds.). *Handbook of theories of aging*. New York: Springer.
- Raya, E. (2002). *Políticas sociales y ciudadanía: la condición social de las personas demandantes de prestaciones sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz-Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Riley, M. W. (1987). On the significance of age in Sociology. *American Sociological Review*, 52, 1-14.
- Riley, M. W., Fonner, A. y Riley, J. W. J. (1999). The Aging and Society Paradigm. En Vern L. Bengtson y K. Warner Schaie (Eds.). *Handbook of theories of aging*. New York: Springer.
- Rosow, I. (1963). Adjustment of the normal aged. En Richard Williams, Clark Tibbetts y Wilma Donahue (Eds.). *Processes of Aging*. New York: Atherton, 2.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Settersten, R. A. (1999). *Lives in time and place: The problems and promises of developmental science*. New York: Baywood Publishing Company.
- Sorokin, P. A. (1961). *Estratificación y movilidad social*. México: Instituto de Investigaciones Sociales-Universidad Nacional Autónoma de México.

Calidad de vida en adultos mayores mexicanos con diabetes

Maricruz Rivera Hernández

Resumen

En la última década del siglo XXI, la investigación en el campo de la gerontología ha mostrado interés sobre temas relacionados con la calidad de vida en adultos mayores que padecen enfermedades crónicas. Dos indicadores de la calidad de vida son los síntomas depresivos y los niveles de satisfacción con la vida; sin embargo, pocos estudios han examinado la satisfacción con la vida en personas que padecen diabetes. En México, se realizó un análisis de regresión en adultos mayores diabéticos para identificar variables relacionadas con el indicador de la satisfacción con la vida. Los resultados sugieren que los niveles de satisfacción en esa población son relativamente altos. Asimismo, los resultados evidenciaron una serie de problemas y dificultades asociadas con la enfermedad, por ejemplo, los síntomas depresivos, complicaciones derivadas que dificultan las actividades de la vida diaria, monitoreo de glucosa, entre otras relacionadas con la satisfacción de vida. Los datos manejados en el presente trabajo son de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, (ENSANUT, 2012).

Palabras clave

Calidad de vida, satisfacción con la vida, diabetes, adultos mayores, depresión.

Calidad de vida en adultos mayores con diabetes

Por más de dos décadas en México la diabetes ha sido un problema relevante de salud pública (Hernández *et al.*, 2013; Phillips y Salmerón, 1992). La Federación Internacional de Diabetes señaló que México tiene el sexto lugar a nivel mundial con la mayor prevalencia de diabetes y mantiene el duodécimo en mortalidad por esa enfermedad (International Diabetes Federation; IDF, 2013). En el año 2012, aproximadamente el 9% de los individuos mayores a los 20 años de edad, fueron diagnosticados por diabetes (Hernández, *et al.*, 2013). Con base en estos datos, la tendencia permite prever la continuidad de la enfermedad ya que actualmente tiene una incidencia alta entre los mexicanos. Debido al aumento poblacional de adultos mayores, el pronóstico sobre la diabetes en tal segmento indica que va a incrementarse el número de personas mayores con esa condición. Por otra parte, los cambios en los patrones de dieta y la falta de ejercicio físico, han favorecido el predominio de la diabetes en ese país.

El impacto económico que ocasiona la diabetes en los pacientes, la familia y la sociedad, es un aspecto abordado por diversas investigaciones. Entre los estudios publicados al respecto destaca el de Arredondo (2004), quien en su último artículo de 2014, especifica que el monto del costo epidemiológico y de salud, para el caso de la diabetes en México, fue de 1 mil 974 millones de pesos en el año 2000 y 4 mil 836 millones, durante el 2010. Asimismo, prevé que el monto se incrementará en 8 mil 513 millones de pesos para el año 2025, de no implementarse cambios sustanciales del sistema de salud actual. Cabe destacar que estos costos son los más altos en comparación con los mantenidos por países latinoamericanos como Cuba, Venezuela, Chile, Colombia, Argentina y Brasil, entre otros.

La prevalencia de la diabetes, su aumento y los costos asociados con ésta, son algunos de los factores de un problema de salud por examinarse desde diferentes perspectivas y en distintos contextos. A pesar de recibir poca importancia en el medio profesional, existen algunos estudios con un enfoque más acucioso y que dan cabida a cuestiones como el cuidado físico y mental del diabético, además de analizar sus diversas consecuencias. Con esa perspectiva, investigaciones en los campos de la gerontología y la medicina durante la última década del siglo XXI, han planteado la importancia de examinar la calidad de vida en adultos mayores con enfermedades crónicas como la diabetes. La calidad de vida abarca distintos ámbitos, entre ellos la salud física, mental y social. Desde éste punto de vista, no es sorprendente que las personas con esa afección tienden a reportar una calidad de vida más baja que las personas que no la padecen. La diabetes puede ser una enfermedad difícil de sobrellevar porque exige cambios en el estilo de vida del paciente, tales como la dieta y el ejercicio físico, para alcanzar niveles adecuados de glucosa en la sangre. Además de los retos diarios del régimen médico, algunos enfermos tienen que enfrentar otras complicaciones relacionadas con la diabetes y que van en detrimento de su calidad de vida (Rubin y Peyrot, 1999). Dos factores que indican esta calidad son: los síntomas depresivos y el nivel de satisfacción con la vida (Brown y Barrett, 2011). Sin embargo, es importante considerar que a diferencia de la poca investigación sobre la satisfacción con la vida, los síntomas depresivos si han sido estudiados a profundidad. Con el propósito de examinar desde este ángulo poco desarrollado el tema, el presente estudio tiene como objetivo proporcionar elementos que apoyen la mejor comprensión de la calidad de vida de los adultos mayores diabéticos, con base en la identificación y análisis de algunas variables relacionadas con la satisfacción de vida.

Satisfacción con la vida

Según el estudio sobre la satisfacción de vida de Diener (1985) y la investigación en torno a la calidad de vida, autoría de George y Bearon (1977), la satisfacción con la vida es definida como la valoración subjetiva sobre los diferentes aspectos que conforman la propia vida y constituye un factor importante de su calidad. En cambio, la insatisfacción con la vida

constituye un predictor en distintos campos de investigación, el de la salud física y mental, la morbilidad y mortalidad (Koivumaa-Honkanen *et al.*, 2000; Koivumaa-Honkanen *et al.*, 2002; Koivumaa-Honkanen *et al.*, 2001; Rissanen *et al.*, 2011). Por otra parte, diversos estudios han demostrado que diferentes aspectos pueden contribuir a estar satisfecho con la vida, incluidos los factores individuales y ambientales, pero también ha sido frecuente considerar los recursos sociales, económicos y los comportamientos del autocuidado de la salud, como el ejercicio y el ocio activo, entre otros (Berg, *et al.*, 2006; Borg, *et al.*, 2006; Inal, *et al.*, 2007). Aunque la subjetividad del individuo parece predecir mejor que las medidas objetivas de salud (Gwozdz *et al.*, 2010), cuando los pacientes de una enfermedad crónica son comparados –por medio de algún método de análisis estadístico– con otros individuos de la población, a menudo reportan una menor satisfacción con la vida (Bjordal, *et al.*, 1995).

En esta dirección, Husaini y Moore (1990), realizaron un estudio cuyos resultados mostraron que las personas con un padecimiento crónico, la artritis, son más propensas a la depresión y presentaron niveles más bajos de satisfacción con la vida, a diferencia de las que no tienen esa enfermedad. Igualmente indicaron que la depresión y la satisfacción con la vida, pueden relacionarse con problemas de discapacidad. Una explicación plausible sobre las diferencias, se encuentra en las divergencias de percepción respecto a lo grave de la enfermedad y/o etapa de tratamiento recibido. Por ejemplo, un estudio sobre pacientes con insuficiencia cardíaca y en lista de espera para un trasplante –el estudio fue antes y después de la cirugía– mostraron una mejoría significativa en los niveles de satisfacción luego del trasplante en comparación con los resultados del año anterior (Grady, *et al.*, 1996). Del mismo modo, Kutner y otros investigadores (2000), examinaron el estado funcional, la depresión y la satisfacción de vida, en adultos mayores de edad similar con enfermedad renal, algunos en etapa terminal.

En los resultados, las puntuaciones de la depresión y el deterioro funcional fueron mayores en los pacientes con tratamiento de diálisis, al inicio del estudio, pero no así después de tres años, en comparación con sus contrapartes. Los pacientes en tratamiento de diálisis presentaron una menor satisfacción de vida al inicio del estudio, pero no se encontraron diferencias durante el seguimiento. Así, es posible conjeturar que los pacientes en diálisis fueron más optimistas con el tratamiento y apreciaron más el tiempo de vida que les da ese procedimiento.

Por su parte, Laborde y Powers (1980), sugieren que los pacientes dializados reportaron una mejor satisfacción que las personas con osteoartritis, por factores como el dolor experimentado y la disminución en el funcionamiento físico y social que padecen los pacientes artríticos, a diferencia de los enfermos renales en diálisis, quienes pueden presentar esta disminución sólo por tratamiento muy prolongado. Otra probable explicación se puede relacionar con lo grave del padecimiento, la autopercepción de la enfermedad y la autoestima, como factores que influyen en los resultados (Steca *et al.*, 2013). En éste sentido, las emociones positivas juegan un papel importante en la recuperación y adaptación a cambios drásticos,

por medio de mecanismos de resiliencia¹ y afrontamiento, favoreciendo así el aumento de satisfacción con la vida (Cohn *et al.*, 2009). De igual forma, un estado emocional negativo puede afectar el nivel de satisfacción y tener relación directa con síntomas depresivos y problemas de bienestar (Barnes, 2005). Por ejemplo, Koivumaa-Honkanen (2001), descubrió una correlación entre la escala de satisfacción con la vida y la escala de síntomas depresivos (Satisfaction With Life Scale; SWLS). Además encontró que los pacientes con depresión tuvieron niveles más bajos de satisfacción que las otras personas; sin embargo, los niveles aumentaron al recuperar la salud emocional. Por otra parte, Rissanen y otros investigadores (2011), demostraron que los individuos cuya insatisfacción con la vida permanece durante un tiempo prolongado, constituye un estado anímico vinculado con la depresión y otros síntomas de salud mental, como la alexitimia², la desesperanza y la disociación, aún en las personas que no presentan indicios de una depresión mayor. De modo similar, otros estudios han revelado que los adultos mayores sanos, con bajos niveles de satisfacción, pueden presentar síntomas depresivos (Koivumaa-Honkanen, 2004). No obstante, en el caso de los enfermos mentales con un nivel muy bajo de satisfacción con la vida, éste puede ser un predictor de suicidio (Ponizovsky, *et al.*, 2003).

Satisfacción con la vida en México

Existe un número limitado de investigaciones que han evaluado la satisfacción con la vida entre los mexicanos. Sin embargo, el estudio cualitativo sobre experiencias de envejecimiento en personas de las zonas rurales de México (Treviño-Siller *et. al*, 2006), mostró que las adultas mayores, en comparación con los hombres de edad avanzada, expresaron estar satisfechas con su vida, a pesar de vivir en la pobreza o tener problemas de salud. Este resultado puede explicarse en parte, por el hecho de que las mujeres, pese a su edad, proporcionan apoyo a los familiares y amigos, además de continuar ejerciendo "sus roles" en el hogar, a diferencia de los hombres, pues ellos además del retiro laboral, se ven impedidos a cumplir sus funciones sociales y culturales, por su edad. Otro estudio reciente (Garduño *et.al*, 2012) identificó algunos factores para prever la satisfacción de vida en mujeres menopáusicas. Los resultados mostraron que algunos factores sociodemográficos como la ocupación y los de apoyo social, tuvieron relación con la respuesta de las mujeres.

Debido a la gran importancia que diversos países han otorgado al tema de la calidad y satisfacción de vida, el censo nacional de población en México del año 2012, realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), recabó datos sobre la satisfacción con la vida.

¹ Resiliencia, capacidad para reponerse a los contratiempos o incluso resultar fortalecidos por éstos, según la psicología positiva. Nota de los revisores de la edición.

²Alexitimia, es un desorden de tipo neurológico que consiste en la incapacidad de hacer corresponder las palabras (expresión verbal) con las emociones. El concepto fue desarrollado por el psiquiatra Peter E. Sifneos en 1972. Nota de los revisores de la edición.

Los resultados reflejan que la satisfacción fue relativamente alta entre los mexicanos, independientemente de la edad. No obstante, también revelaron diferencias significativas con respecto a los niveles de educación y otras características demográficas. En México pocos estudios en el campo de la salud han explorado los vínculos entre la satisfacción con la vida, los comportamientos y los desenlaces de salud en adultos mayores, lo cual explica la escasa información al respecto. El panorama general expuesto, muestra la necesidad de incluir y abarcar en la investigación científica el tema de la satisfacción de vida entre los mexicanos, enfocada en particular a las personas adultas mayores con diabetes, enfermedad crónica y compleja que puede afectar la calidad y satisfacción de vida.

Muestra

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del año 2012, a cargo del INEGI, fueron utilizados en el desarrollo del presente análisis. La encuesta fue organizada con base en un muestreo de tipo probabilístico, la cual se desarrolla por varias etapas y se estratifica en varios rubros. La ENSANUT, es representativa de la población mexicana a nivel nacional y manejó una muestra de 50,528 hogares y 46,277 adultos con 20 años o más de edad. Los datos obtenidos provienen de los 32 estados geográficos en que se divide el país e incluye zonas rurales y urbanas. También reúne diversas características demográficas, rubros de servicios sanitarios y el estado de salud, entre otros aspectos (Gutiérrez, 2013b). En la ENSANUT se detectaron 1,991 personas de 60 años o más, diagnosticadas con diabetes. Para el presente estudio fueron utilizados 1,315 casos con datos completos. Cabe precisar que existen pocas diferencias significativas entre los casos con datos completos y los que tienen valores perdidos, excepto aquellos que presentan variables relacionadas con la región de residencia y origen étnico. Esto es, aproximadamente el 9% de los casos con valores perdidos corresponden a indígenas, en comparación con el 4% de los que tienen valores completos. En forma adicional se especifica que el 33% de los casos con datos perdidos, están ubicados en la región centro-oeste de México, comparado con el 30% de los casos completos.

Variables

El desenlace de interés para el presente trabajo es la satisfacción con la vida. La ENSANUT con base en una escala de 7 ítems y en instrumentos diseñados por la Organización Mundial de la Salud, evaluó la satisfacción de vida (“World Health Organization Quality of Life Instruments”). La escala permite medir la satisfacción de los individuos en relación con la salud, las relaciones sociales, la actividad física y la satisfacción en general. Las puntuaciones oscilaron entre 1 a 4 para cada ítem (1 = muy insatisfecho a 4 = muy satisfecho). Para esta escala, el alfa de Cronbach fue $\alpha = 0.85$.

Las variables independientes incluyeron factores sociodemográficos, de salud y autocuidado. Los datos sociodemográficos en los modelos son: la edad (medida en años); el sexo (mujer u hombre); educación (sin educación, educación primaria, al menos obtuvo bachillerato); el estado civil (casado o soltero); el origen étnico (sí o no); el nivel socioeconómico medido en terciles (Gutiérrez, 2013) y el seguro de salud (sin seguro, Seguro Popular, IMSS, ISSSTE). Los modelos también contienen información sobre las características del lugar donde reside el individuo: zona urbana o rural y la ubicación geográfica del domicilio (oriente, centro, oeste, norte, sur, sureste, etcétera).

En relación con la información de salud: la cantidad de tiempo transcurrido a partir de que fue diagnosticado el individuo; cantidad de complicaciones derivadas de la diabetes; sintomatología depresiva, medida con una versión breve de 7 ítems de acuerdo con la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D; α de Cronbach = 0.79); actividades de la vida diaria (AVD), medida con una versión reducida de 4 ítems (α de Cronbach = 0.85) y recodificada a partir de variable dicotómica: al menos una limitación y sin limitaciones; control monitoreado de glucosa o exámenes de laboratorio recientes, durante el último año. Otras variables de autocontrol de la diabetes registraron: práctica de ejercicios (sí o no) y seguimiento de alguna dieta (sí o no) en el último año. Por último, fue incorporado el tipo de tratamiento utilizado para controlar la glucosa alta (sin medicamentos, medicina oral, insulina con o sin medicamento oral) y visitas al médico (por lo menos cuatro veces al año/menos de cuatro veces al año). Estas variables fueron utilizadas por ser las de aplicación más frecuente entre los estudios sobre calidad de vida en personas con diabetes (Rubin y Peyrot, 1999).

Análisis

La muestra fue examinada por medio de estadística descriptiva. Se realizaron cálculos bivariados, correlaciones (Pearson) y prueba t-Student, para determinar la relación entre las variables sociodemográficas, las de salud y la satisfacción con la vida. Por medio de un modelo de regresión de mínimos cuadrados ordinarios (Ordinary Least Squares; OLS), se evaluaron las asociaciones de la satisfacción con la vida y las variables independientes. El primer modelo únicamente incluye las variables sociodemográficas, mientras que en el segundo se agregaron las de salud. El modelo final fue ajustado con todas las variables independientes y los análisis fueron hechos con el software estadístico Stata 13.

Resultados

La tabla 1 muestra las estadísticas descriptivas de personas de 60 años o más, incluidos en el estudio. Las puntuaciones de satisfacción para esta muestra fueron de 11 a 28 (M = 21, DS = 2.5). La edad media de los individuos que conforman la muestra, fue de 69 años (SD = 6.6) y

el 62% son mujeres. Aproximadamente, el 9% son indígenas, el 24% no tiene educación y el 10% no cuenta con seguro social (IMSS, ISSTE, Seguro Popular). En promedio los que fueron diagnosticados con diabetes por más de 12 años (145.9 meses DS = 157.7) y tuvieron al menos una complicación. El 26% reportó al menos una limitación (AVD). La puntuación media en la escala para medir la depresión CES-D, fue relativamente baja (6.7, DS = 4.6). La mayoría de los participantes informaron que acuden al médico por lo menos 4 veces al año (77%), un porcentaje mínimo de ellos sigue una dieta para la diabetes (26%) o un programa de ejercicio (9%). Aproximadamente el 31% se monitorea la glucosa/exámenes de laboratorio y el 81% son tratados con fármacos orales.

Table 1. Descriptive characteristics of the study sample (n=1,315) of older adults age 60 and older that were diagnosed with diabetes in the ENSANUT, 2012: Bivariate associations between life satisfaction and sociodemographic, health and health-behaviors.

| Variable | n (%) or mean (SD) | p-value |
|---|---------------------------|----------------|
| Life satisfaction | 21.012 (2.56) | |
| Sociodemographic | | |
| Age | 68.84 (6.60) | .4502 |
| Female | 812 (61.75) | .0017 |
| Indigenous background | 123 (9.35) | .8075 |
| Socioeconomic status | | .004 |
| Low-income | 390 (29.66) | |
| Middle-income | 516 (39.24) | |
| High-income | 409 (31.10) | |
| Education | | <.001 |
| No education | 317 (24.11) | |
| Primary education | 804 (61.14) | |
| At least secondary education | 194 (14.75) | |
| Insurance status | | .2196 |
| Uninsured | 129 (9.81) | |
| Seguro Popular | 450 (34.22) | |
| IMSS/ISSSTE | 736 (55.97) | |
| Married | 788 (59.92) | .0095 |
| Region of residency | | .1240 |
| East central | 294 (22.36) | |
| West central | 396 (30.11) | |
| North | 322 (25.22) | |
| South/southeast | 293 (22.28) | |
| Rural residency | 392 (29.81) | .9612 |
| Health | | |
| Time since diabetes diagnosis in months | 145.93 (157.72) | .0595 |
| Number of diabetes complications | 1.18 (1.05) | |
| Depressive symptoms | 6.67 (4.61) | <.0001 |
| At least one ADL | 339 (25.78) | <.0001 |

Table 1. (continued)

| Variable | n (%) or mean (SD) | p-value |
|--|--------------------|---------|
| Diabetes management Glucose self-monitoring | 410 (31.18) | .0063 |
| Exercise | 122 (9.28) | .0225 |
| Diet | 337 (25.63) | .3928 |
| Diabetes medication | | .3943 |
| None | 98 (7.45) | |
| Oral agents | 1,069 (81.29) | |
| Insulin with and without oral agents | 148 (11.25) | |
| At least 4 doctor visits | 1,015 (77.19) | .4864 |

Fuente: elaboración propia, con base en datos de la ENSANUT, 2012.

Asociaciones bi-variadas muestran que la satisfacción de vida se relacionó con el sexo (hombre/mujer), el estado socioeconómico, estado civil, la educación, los síntomas depresivos, las AVD, monitoreo de la glucosa/exámenes de laboratorio y el ejercicio. Como se ha mencionado anteriormente, las puntuaciones medias de satisfacción de vida fueron altas en esta muestra. Las puntuaciones más bajas fueron de las mujeres (20.8, DS = 2.5 comparado con 21.3 puntos, DS = 2.6 para los hombres); personas con bajos ingresos (20.8, DS = 2.4 en comparación con 21.4 puntos, DS = 2.8 para aquellos con altos ingresos); sin estudios (20.7, DS = 2.6 vs. 21.8, DS = 3.1 para aquellos que tenían al menos estudios de secundaria). Los participantes que reportaron estar casados, tuvieron niveles de satisfacción altos (21.2, DS = 2.5 vs. 20.8, DS = 2.6), así como los que no tienen limitaciones en las AVD (21.4, DS = 2.4 vs. 20.0, DS = 2.8). Solamente el ejercicio y las pruebas de laboratorio/autocontrol de la glucosa, estuvieron relacionados con la satisfacción de vida. Las personas que reportaron seguir un plan de ejercicios tuvieron niveles más altos de satisfacción comparados con los que no practican ningún ejercicio (21.5, DS = 2.7 y 21.0, DS = 2.5, respectivamente). Los individuos monitoreados con pruebas de diabetes, manifestaron una menor satisfacción con la vida (20.7, DS = 2.4 vs. 21.1, DS = 2.6). Por último, la relación de satisfacción de vida con los síntomas depresivos fue negativa ($r = -.24$). Las relaciones descritas anteriormente fueron significativas a: $p \leq 0.05$.

La Tabla 2 muestra los resultados de los modelos de regresión. En el primer modelo, el nivel socioeconómico y la educación, fueron los únicos predictores significativos de la satisfacción con la vida. Los adultos mayores con diabetes que tienen ingresos más altos, obtuvieron una diferencia de 0.48 puntos en la escala de satisfacción con la vida, en comparación con los que obtienen bajos ingresos. Del mismo modo, las personas con al menos educación secundaria, obtuvieron 0.76 puntos más que aquellos sin educación. Sin embargo, después del ajuste con las variables de salud (modelo 2) las características sociodemográficas dejaron de ser significativas. En el modelo 2 los predictores significativos de satisfacción con la vida fueron: el número de complicaciones de la diabetes ($b = -.17$), los síntomas depresivos ($b = -.09$) y

el indicador de limitaciones de las AVD ($b = -1.09$). Los tres predictores continuaron siendo significativos en el modelo 3 y la única variable importante relacionada con la diabetes, son las pruebas de laboratorio/autocontrol de la glucosa. Por lo tanto, los resultados del modelo 3 son: las complicaciones de la diabetes ($b = -.16$); los síntomas depresivos ($b = -.09$); las AVD ($b = -1.07$) y las pruebas de sangre en laboratorio/autocontrol de la glucosa ($b = -.32$), que fueron los predictores significativos de la satisfacción con la vida, después de incluir los factores de tipo sociodemográfico y los relacionados con la salud (con un valor de $p \leq 0.05$).

Table 2. Associations between life satisfaction, sociodemographic and health and health behaviors among Mexican adults age 60 and older ($n = 1,315$) diagnosed with diabetes (estimated coefficients from OLS regression).

| | Model 1 | Model 2 | Model 3 |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Age | -0.002 | 0.011 | 0.012 |
| | (0.011) | (0.011) | (0.011) |
| Female | -0.282 | -0.205 | -0.204 |
| | (0.156) | (0.149) | (0.150) |
| Indigenous background | 0.224 | 0.167 | 0.178 |
| | (0.263) | (0.252) | (0.252) |
| Middle-income | 0.081 | -0.010 | -0.012 |
| | (0.183) | (0.175) | (0.176) |
| High-income | 0.484* | 0.319 | 0.302 |
| | (0.219) | (0.210) | (0.210) |
| Primary education | 0.110 | -0.056 | -0.058 |
| | (0.175) | (0.168) | (0.168) |
| At least secondary education | 0.761** | 0.462 | 0.449 |
| | (0.259) | (0.249) | (0.250) |
| Seguro Popular | -0.251 | -0.156 | -0.161 |
| | (0.257) | (0.246) | (0.250) |
| IMSS/ISSSTE | -0.300 | -0.145 | -0.175 |
| | (0.249) | (0.239) | (0.243) |
| Married | 0.220 | 0.219 | 0.219 |
| | (0.157) | (0.150) | (0.151) |
| West central | -0.150 | -0.040 | -0.025 |
| | (0.198) | (0.190) | (0.190) |
| North | 0.258 | 0.291 | 0.290 |
| | (0.207) | (0.198) | (0.199) |
| South/southeast | -0.072 | -0.046 | -0.032 |
| | (0.218) | (0.209) | (0.210) |
| Rural residency | 0.158 | 0.068 | 0.078 |

Table 2. (Continued)

| | Model 1 | Model 2 | Model 3 |
|------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| | (0.167) | (0.160) | (0.160) |
| Time since diabetes diagnosis | | -0.001 | -0.001 |
| | | (0.000) | (0.000) |
| Number of diabetes complications | | -0.167* | -0.162* |
| | | (0.066) | (0.067) |
| Depressive symptoms | | -0.095*** | -0.095*** |
| | | (0.015) | (0.015) |
| At least ADL | | -1.089*** | -1.069*** |
| | | (0.159) | (0.160) |
| Glucose self-monitoring | | | -0.323* |
| | | | (0.146) |
| Excercise | | | 0.243 |
| | | | (0.247) |
| Diet | | | 0.089 |
| | | | (0.166) |
| Oral agents | | | 0.131 |
| | | | (0.266) |
| Insulin with or without oral agent | | | 0.074 |
| | | | (0.333) |
| At least 4 doctor visit | | | 0.036 |
| R-squared | 0.03 | 0.12 | 0.12 |
| Adj. R-squared | 0.02 | 0.11 | 0.11 |

Fuente: elaboración propia, con base en datos de la ENSANUT, 2012.

Discusión

El presente estudio se planteó contribuir al conocimiento de la satisfacción de vida en los adultos mayores con diabetes en México. Con ese propósito fue analizada la satisfacción con la vida y su relación con factores sociodemográficos, la salud y los comportamientos de cuidado, en adultos con 60 años o más. Aunque estudios anteriores han demostrado que las personas con enfermedades crónicas como la artritis, los padecimientos del corazón y la diabetes, están menos satisfechos con la vida (Strine *et al.*, 2008), los resultados obtenidos en nuestro estudio sugieren que los niveles promedio de satisfacción en mexicanos adultos mayores, son relativamente altos.

Por otra parte, los modelos de regresión lineal muestran que los síntomas depresivos, las complicaciones de la diabetes, las actividades de la vida diaria y los exámenes/autocontrol de glucosa, tienen una relación inversa con la satisfacción de vida. La diabetes es una condición

crónica pero que puede ser manejable. Los encuestados han padecido esta enfermedad durante 12 años en promedio, posiblemente con el transcurso del tiempo aprendieron a vivir con esta condición y la integraron como parte de su vida (Knecht, *et al.*, 2001). No obstante, también es necesario destacar que los niveles de satisfacción con la vida en esta muestra, disminuyen por las complicaciones que son consecuencia de la misma enfermedad, sobre todo en el desempeño de las actividades de la vida diaria. Por consiguiente, los resultados permiten plantear que el tema requiere ser estudiado en poblaciones con este tipo de enfermedad más allá de indicadores dicotómicos.

El impacto que producen las complicaciones de la diabetes u otros eventos de la salud sobre la calidad de vida ha sido demostrado en diversas investigaciones (Alva, *et al.*, 2014; Laiteerapong, *et al.*, 2011; Quah, *et al.*, 2011; Venkataraman, *et al.*, 2013). Entre las distintas dificultades originadas por la diabetes, la neuropatía y la retinopatía parecen influir en la reducción de la calidad de vida (Venkataraman, *et al.*, 2013). En los resultados obtenidos casi una tercera parte de la muestra no presentó ninguna complicación, aunque entre el 30% y 22% tienen al menos una y dos complicaciones, respectivamente. Por otra parte, los problemas físicos más frecuentes reportados por los encuestados son: entumecimiento de los pies y disminución en la capacidad visual. Los estudios enfocados a la neuropatía y la retinopatía han probado que estas complicaciones disminuyen la calidad física y mental (Sharma, *et al.*, 2005; Van Acker, *et al.*, 2009). La disminución de la capacidad visual y el deterioro de sensibilidad en los pies dificultan las actividades diarias, aumentando así la dependencia de las personas. En esta perspectiva, las medidas preventivas y el retraso de las complicaciones, producen un impacto positivo en la satisfacción con la vida, y por lo tanto, también en la calidad de vida de los afectados.

Cabe destacar que estudios precedentes han mostrado que las personas con diabetes y síntomas depresivos obtienen una puntuación negativa en diferentes aspectos constitutivos de la calidad de vida, a diferencia de quienes solo padecen diabetes (Schram, *et al.*, 2009). Los resultados del presente análisis, también son consistentes con este comportamiento, lo que revela una relación negativa entre los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida (Rissanen *et al.*, 2011b). En éste sentido Strine (2008) indica que en los Estados Unidos de Norteamérica, los adultos que se encuentran insatisfechos con la vida están más propensos a experimentar síntomas de ansiedad y depresión. La relación entre la satisfacción de vida y los síntomas depresivos, puede estar asociada parcialmente con el tipo de emociones positivas o negativas (Cohn, *et al.*, 2009). En el estudio de Siahpush y otros colaboradores (2008), encontraron que las personas que se sienten más felices están más satisfechas con la vida, lo cual representa buenas expectativas para las personas con diabetes, ya que este hallazgo implica que un buen estado emocional podría aumentar su capacidad de recuperación. Empero, es posible que el sentido de esta relación se invierta de modo tal que los niveles más bajos de satisfacción aumenten los síntomas depresivos. Indudablemente la diabetes, la depresión y los factores que determinan los niveles de satisfacción con la vida se interrelacionan (Schram,

et al., 2009). Entonces, es viable examinar estos vínculos para desarrollar propuestas de intervención acordes con el objetivo de aumentar la satisfacción con la vida y su calidad, en las personas con diabetes y síntomas depresivos.

Otras investigaciones también han demostrado que la satisfacción con la vida, se relaciona con factores demográficos, como el sexo, el nivel socioeconómico, la educación, el estado civil y el origen étnico (Fugl-Meyer, *et al.*, 2002; Hutchinson, *et al.*, 2004; Melin y Fugl-Meyer, 2003). Específicamente el caso de las personas con diabetes, presupone una relación entre la satisfacción de vida y algún tipo de apoyo social. Sin embargo, en los resultados de nuestro estudio los ingresos y la educación fueron factores significativos tan solo en el primer modelo. Luego de introducir las variables representativas de la salud en los modelos posteriores, las variables de ingresos y educación perdieron importancia. Estudios futuros deben examinar otras formas de apoyo social y su impacto en la calidad de vida y la satisfacción de los adultos mexicanos con diabetes.

Por último, es necesario puntualizar que el presente estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, los datos utilizados son de tipo transversal y por esta característica la interpretación fue cuidadosa, no es descartable la posibilidad de una causalidad inversa. En segundo término, los datos fueron reportados directamente por los individuos, lo que representa un problema potencial de objetividad por el posible sesgo en la selección. El análisis se realizó con base en casos completos, aunque hubo diferencias en comparación con los casos que presentaron valores perdidos, los cuales probablemente tienen una procedencia indígena. Por estas restricciones, la interpretación puede sobrevalorar el resultado de los niveles de satisfacción con la vida.

En consecuencia, el presente trabajo tiene la virtud de ser uno de los primeros estudios que explora las relaciones de la satisfacción con variables demográficas y de salud en los adultos mayores mexicanos con diabetes. Los resultados sugieren que la satisfacción de vida está vinculada con la salud mental y física. En la muestra analizada la satisfacción de vida se asocia efectivamente con síntomas depresivos y las actividades de la vida diaria. Como la satisfacción de vida está relacionada con la calidad de vida e incorpora diferentes factores, la información estadística constituye un punto de partida para estudiarse con mayor profundidad (Strine, *et al.*, 2008). Las investigaciones futuras deberían continuar con el examen sobre el impacto de los resultados físicos y mentales; analizar cómo se vinculan con la satisfacción de vida entre los adultos mayores con diabetes y hacer extensivo el estudio en otras condiciones crónicas.

Fuentes de consulta

- Alva, M., Gray, A., Mihaylova, B., y Clarke, P. (2014). *The Effect of Diabetes Complications on Health-Related Quality of Life: The Importance of Longitudinal Data to Address Patient Heterogeneity*. *Health Economics*, 23(4), 487–500. doi:10.1002/hec.2930
- Arredondo, A. (2014). *Type 2 diabetes and health care costs in Latin America: exploring the need for greater preventive medicine*. *BMC Medicine*, 12(1), 136. doi:10.1186/s12916-014-0136-z
- Arredondo, A. y Zúñiga, A. (2004). *Economic Consequences of Epidemiological Changes in Diabetes in Middle-Income Countries: the Mexican case*. *Diabetes Care*, 27(1), 104–109. doi:10.2337/diacare.27.1.104
- Barnes, P. W. y Lightsey, O. R. (2005). *Perceived Racist Discrimination, Coping, Stress, and Life Satisfaction*. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 33(1), 48–61. doi:10.1002/j.2161-1912.2005.tb00004.x
- Berg, A. I., Hassing, L. B., McClearn, G. E. y Johansson, B. (2006). *¿What matters for life satisfaction in the oldest-old?* *Aging & Mental Health*, 10(3), 257–264. doi:10.1080/13607860500409435
- Bjordal, K., Mastekaasa, A. y Kaasa, S. (1995). *Self-reported satisfaction with life and physical health in long-term cancer survivors and a matched control group*. *European Journal of Cancer Part B, Oral Oncology*, 31(5), 340–345. doi:10.1016/0964-1955(95)00039-9
- Borg, C., Hallberg, I. R. y Blomqvist, K. (2006). *Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects*. *Journal of Clinical Nursing*, 15(5), 607–618. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01375.x
- Brown, R. L. y Barrett, A. E. (2011). *Visual Impairment and Quality of Life among Older Adults: An Examination of Explanations for the Relationship*. *The Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 364-373. doi:10.1093/geronb/gbr015
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A. y Conway, A. M. (2009). *Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience*. *Emotion*, 9(3), 361–368. doi:10.1037/a0015952
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). *The Satisfaction with Life Scale*. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
- Fugl-Meyer, A. R., Melin, R. y Fugl-Meyer, K. S. (2002). *Life satisfaction in 18- to 64-year-old Swedes: in relation to gender, age, partner and immigrant status*. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34(5), 239–246.
- Garduño, M., Dolores, M., López-Fuentes, G.-A., Ivonne, N., Oudhof van Barneveld, H., Espinosa, D. y Carmen, A. del. (2012). *Satisfacción con la vida asociada al apoyo familiar en la perimenopausia y posmenopausia*. *Salud Mental*, 35(2), 91–98.
- George, L. K. y Bearon, L. B. (1977). *The meaning and measurement of quality of life in older persons: a manual for gerontological researchers and practitioners*. Durham, N.C.: Center for the Study of Aging and Human Development, Duke University Medical Center. Recuperado de <http://catalog>.

hathitrust.org/Record/000286132

- Grady, K. L., Jalowiec, A. y White-Williams, C. (1996). Improvement in quality of life in patients with heart failure who undergo transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation: The Official Publication of the International Society for Heart Transplantation*, 15(8), 749–757.
- Gutiérrez, J. P. (2013). *Clasificación socioeconómica de los hogares en la ENSANUT 2012*. Salud Pública de México, 55(2), 341–346.
- Gwozdz, W. y Sousa-Poza, A. (2010). Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: An Analysis for Germany. *Social Indicators Research*, 97(3), 397–417. doi:10.1007/s11205-009-9508-8
- Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. P. y Reynoso-Noverón, N. (2013). *Diabetes mellitus in Mexico: Status of the epidemic*. Salud Pública de México, 55, s129–s136.
- Husaini, B. A. y Moore, S. T. (1990). Arthritis Disability, Depression, and Life Satisfaction among Black Elderly People. *Health & Social Work*, 15(4), 253–260. doi:10.1093/hsw/15.4.253
- Hutchinson, G., Simeon, D. T., Bain, B. C., Wyatt, G. E., Tucker, M. B. y LeFranc, E. (2004). Social and health determinants of wellbeing and life satisfaction in Jamaica. *The International Journal of Social Psychiatry*, 50(1), 43–53.
- IDF. (2013). *Data Visualisations*. Recuperado de <http://www.idf.org/diabetesatlas/data-visualisations>
- Inal, S., Subasi, F., Ay, S. M. y Hayran, O. (2007). The links between health-related behaviors and life satisfaction in elderly individuals who prefer institutional living. *BMC Health Services Research*, 7, 30. doi:10.1186/1472-6963-7-30
- Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática. (2012). *Bienestar subjetivo*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/investigacion/experimentales/bienestar/default.aspx>
- Knecht, M. C., Keinänen-Kiukaanniemi, S. M., Knuutila, M. L. y Syrjäla, A. M. (2001). Self-esteem as a characteristic of adherence to diabetes and dental self-care regimens. *Journal of Clinical Periodontology*, 28(2), 175–180.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Antikainen, R., Hintikka, J., Laukkanen, E., Honkalampi, K. y Viinamäki, H. (2001). Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(1), 38–44. doi:10.1111/j.1600-0447.2001.00046.x
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Koskenvuo, M., Viinamäki, H. y Kaprio, J. (2002). Life dissatisfaction as a predictor of fatal injury in a 20-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(6), 444–450. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.01287.x
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamäki, H., Heikkilä, K., Kaprio, J. y Koskenvuo, M. (2000). Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. *American Journal of Epidemiology*, 152(10), 983–991.

- Koivumaa-Honkanen, H., Kaprio, J., Honkanen, R., Viinamäki, H. y Koskenvuo, M. (2004). Life satisfaction and depression in a 15-year follow-up of healthy adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 994–999. doi:10.1007/s00127-004-0833-6
- Kutner, N. G., Brogan, D., Hall, W. D., Haber, M. y Daniels, D. S. (2000). Functional impairment, depression, and life satisfaction among older hemodialysis patients and age-matched controls: A prospective study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(4), 453–459. doi:10.1053/mr.2000.3878
- Laborde, J. M. y Powers, M. J. (1980). Satisfaction with life for patients undergoing hemodialysis and patients suffering from osteoarthritis. *Research in Nursing & Health*, 3(1), 19–24. doi:10.1002/nur.4770030105
- Laiteerapong, N., Karter, A. J., Liu, J. Y., Moffet, H. H., Sudore, R., Schillinger, D., ... Huang, E. S. (2011). *Correlates of Quality of Life in Older Adults With Diabetes The Diabetes & Aging Study*. *Diabetes Care*, 34(8), 1749–1753. doi:10.2337/dc10-2424
- Melin, R., Fugl-Meyer, K. S. y Fugl-Meyer, A. R. (2003). Life satisfaction in 18- to 64-year-old Swedes: in relation to education, employment situation, health and physical activity. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35(2), 84–90.
- Phillips, M. y Salmerón, J. (1992). Diabetes in Mexico--a serious and growing problem. *World Health Statistics Quarterly. Rapport Trimestriel De Statistiques Sanitaires Mondiales*, 45(4), 338–346.
- Ponizovsky, A. M., Grinshpoon, A., Levav, I. y Ritsner, M. S. (2003). Life satisfaction and suicidal attempts among persons with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44(6), 442–447. doi:10.1016/S0010-440X(03)00146-9
- Quah, J. H. M., Luo, N., Ng, W. Y., How, C. H. y Tay, E. G. (2011). Health-related quality of life is associated with diabetic complications, but not with short-term diabetic control in primary care. *Annals of the Academy of Medicine*. Singapore, 40(6), 276–286.
- Rissanen, T., Viinamäki, H., Honkalampi, K., Lehto, S. M., Hintikka, J., Saharinen, T. y Koivumaa-Honkanen, H. (2011a). *Long term life dissatisfaction and subsequent major depressive disorder and poor mental health*. *BMC Psychiatry*, 11(1), 140. doi:10.1186/1471-244X-11-140
- Rubin, R. R. y Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes/Metabolism. Research and Reviews*, 15(3), 205–218. doi: 10.1002/(SICI)1520-7560(199905/06)15:3<205::AID-DMR-R29>3.0.CO;2-O
- Schram, M. T., Baan, C. A. y Pouwer, F. (2009). Depression and Quality of Life in Patients with Diabetes: A Systematic Review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. *Current Diabetes Reviews*, 5(2), 112–119. doi: 10.2174/157339909788166828
- Sharma, S., Oliver-Fernandez, A., Liu, W., Buchholz, P. y Walt, J. (2005). The impact of diabetic retinopathy on health-related quality of life. *Current Opinion in Ophthalmology*, 16(3), 155–159.

- Siahpush, M., Spittal, M. y Singh, G. K. (2008). Happiness and Life Satisfaction Prospectively Predict Self-Rated Health, Physical Health, and the Presence of Limiting, Long-Term Health Conditions. *American Journal of Health Promotion*, 23(1), 18–26. doi:10.4278/ajhp.061023137
- Steca, P., Greco, A., Monzani, D., Politi, A., Gestra, R., Ferrari, G. Parati, G. (2013). How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. *Psychology & Health*, 28(7), 765–783. doi:10.1080/08870446.2012.759223
- Strine, T. W., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Moriarty, D. G. y Mokdad, A. H. (2008). The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among U.S. community-dwelling adults. *Journal of Community Health*, 33(1), 40–50. doi :10.1007/s10900-007-9066-4
- Treviño-Siller, S., Pelcastre-Villafuerte, B. y Márquez-Serrano, M. (2006). Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Pública de México*, 48(1), 30–38. doi: 10.1590/S0036-36342006000100006
- Van Acker, K., Bouhassira, D., De Bacquer, D., Weiss, S., Matthys, K., Raemen, H. Colin, I. M. (2009). Prevalence and impact on quality of life of peripheral neuropathy with or without neuropathic pain in type 1 and type 2 diabetic patients attending hospital outpatients clinics. *Diabetes & Metabolism*, 35(3), 206–213. doi: 10.1016/j.diabet.2008.11.004
- Venkataraman, K., Wee, H. L., Leow, M. K. S., Tai, E. S., Lee, J., Lim, S. C., Thumboo, J. (2013). Associations between complications and health-related quality of life in individuals with diabetes. *Clinical Endocrinology*, 78(6), 865–873. doi:10.1111/j.1365-2265.2012.04480.x

Factores de protección para la demencia en adultos mayores en México: ¿dónde estamos?

Beatriz Mena Montes, Sara Torres Castro, Oscar Rosas Carrasco,
Armando Luna López, María Claudia Espinel Bermúdez

Resumen

La demencia representa un problema de salud que atañe a los adultos mayores a nivel mundial. México no es la excepción ya que estudios en nuestro país revelan una prevalencia aproximada del 7.5%. La demencia es un síndrome caracterizado por el déficit progresivo del funcionamiento cerebral, el Alzheimer (EA) es la más frecuente y conocida cuyo principal factor de riesgo es la edad (envejecimiento). Asimismo han sido identificados algunos factores de protección para prevenir la demencia como son la dieta rica en antioxidantes, la actividad física, la genética, la estimulación cognitiva, algunas actividades sociales y mantener normales algunos parámetros clínicos: tensión arterial, colesterol, homocisteína, folatos y la vitamina B12. En la presente colaboración son descritos diferentes tipos de demencia, principalmente Alzheimer, su fisiopatología y los factores protectores. Igualmente se destina una sección para mencionar las investigaciones en México en torno a las demencias.

Palabras Clave

Demencia, adultos mayores, protección preventiva, etiopatologías.

Introducción

El envejecimiento de la población en muchos sentidos es un logro, el incremento de la expectativa de vida es resultado principalmente de avances científicos en el campo de la medicina, hábitos de higiene, tipo de alimentación y estilos de vida particulares de algunos individuos e incluso de algunas poblaciones. Actualmente en México la esperanza de vida promedio es de 72 años.

El Consejo Nacional de Población en el año 2005 (CONAPO, 2007) señaló que en México residen 8.2 millones de personas con edades de 60 años o más y estima que el proceso de envejecimiento demográfico en nuestro país ocurrirá en menor tiempo al observado en países más desarrollados. Paulatinamente México será un país con mayor número de adultos mayores que niños menores de 5 años. Se prevé que entre 2007–2050 la proporción de personas menores a los 15 años disminuirá de 30.0% a 17.4 %. La población del grupo de la tercera edad (de 65 años o más) aumentará de casi 5% en 2007 a 21% en 2050. Las principales causas de

muerte en las personas adultas mayores son: las cardiovasculares (28.6% de incidencia en mujeres y hombres), enfermedades crónico degenerativas (15.5% hombres y 16.5% mujeres) y la diabetes *mellitus* (11.6% hombres y 15.7% mujeres).

En México como en el resto del mundo, muchos científicos se han enfocado a estudiar las enfermedades crónicas degenerativas puesto que son padecimientos prolongados; por lo general son enfermedades que también requieren de terapia o medicamentos incosteables para la mayoría de las familias que sobreviven con un salario mínimo. Dentro del conjunto de enfermedades crónico-degenerativas que afectan a la población de adultos mayores destacan las demencias. Por desgracia actualmente no existe cura o tratamiento eficaz para enfrentar estas patologías y en su mayoría aún se desconoce su origen.

I. Definición de demencia

La demencia es un síndrome adquirido caracterizado por el declive progresivo del funcionamiento cerebral que implica alteraciones del comportamiento, cambios en la personalidad, un gradual deterioro de las funciones mentales superiores que conllevan a la incapacidad funcional tanto en el ámbito social como en el laboral (Sosa, *et. al.*, 2010).

II. Clasificación

Las demencias según su etiopatogenia respectiva, son clasificadas principalmente en tres grupos:

- 1) Demencias primarias o degenerativas
 - Enfermedad de Alzheimer
 - Demencia por cuerpos de Lewis
 - Degeneración del lóbulo frontotemporal
 - Formas focales
- 2) Demencias secundarias
 - Demencia vascular
 - Otras
- 3) Demencias combinadas o de etiología múltiples
 - Demencia mixta (vascular y degenerativa)
 - Otras

En las demencias primarias el factor fisiopatológico radica en la hipofunción o pérdida de neuronas, así como en la sinapsis debido a alteraciones intrínsecas en el metabolismo neuronal. Suelen mostrar una peculiar distribución, el fenómeno de vulnerabilidad selectiva para determinados tipos neuronales, selectividad de lesión regional y presencia material de inclusión. En las demencias secundarias el factor fisiopatológico también estriba en la pérdida

neuronal aunque por causas externas a su metabolismo (por trastornos vasculares, lesiones traumáticas, infecciosas, etcétera). Mientras que en las demencias combinadas existe a la vez más de una causa suficiente que origina el síndrome de demencia, generalmente Alzheimer con lesiones de tipo vascular (Alberca y López, 2002).

III. Tipos de demencia y su fisiopatología

3.1 Demencia tipo Alzheimer

La demencia tipo Alzheimer (EA), ha sido definida como una afección progresiva y degenerativa del cerebro que causa deterioro de la memoria, el pensamiento y la conducta. Las alteraciones producidas interfieren en la vida diaria, laboral y social de las personas. De acuerdo a las causas que la originan, la EA se clasifica en:

a) *EA de tipo familiar*. La causa se origina por la presencia de mutaciones en los genes que codifican las proteínas precursoras del amiloide (APP), presenilina1 (PS1) y presenilina 2 (PS2).

Su transmisión es autosómica dominante y comprende sólo de 5% a 10% del total de los casos, inicia entre los 35 y 40 años de edad y es conocida por sus siglas EOAD en inglés (*early-onset Alzheimer disease*) cuyas manifestaciones son muy agresivas.

b) *EA de tipo esporádico*. Demencia de causa desconocida, comprende más del 90% del total de casos y comienza después de los 65 años de edad, identificada por sus siglas en inglés LOAD (*late-onset Alzheimer disease*). El principal factor de riesgo genético asociado con éste tipo de EA es la presencia del alelo $\xi 4$ de la apolipoproteína E (ApoE).

El diagnóstico definitivo de la EA es realizado post-mortem, mediante estudios histopatológicos que confirman la presencia de marañas neurofibrilares (MNF) y las placas neuríticas (PN).

Las marañas neurofibrilares (MNF) son acumulaciones citoplasmáticas fibrilares en las neuronas. La unidad estructural de la MNF se denomina filamento helicoidal apareado (FHA). Es posible encontrar en cada filamento proteínas asociadas como la ubiquitina, vimentina y péptido β -amiloide (Masters, *et. al.*, 1985), la composición de los FHA radica en los extremos amino y carboxilo de la proteína TAU y el núcleo del filamento altamente insoluble, está compuesto por 6 o 7 fragmentos de la proteína TAU (Wischik, *et. al.*, 1988; Brion, 2006).

TAU (τ) es una proteína importante del grupo de las MAPs (proteínas asociadas con los microtúbulos), predominantemente expresada en células nerviosas y que promueve el ensamble y la estabilización de los microtúbulos de las neuronas. Se encuentra mayoritariamente en los axones y está involucrada con el transporte anterogrado axonal, aunque también puede encontrarse asociada a la membrana (Maas, *et. al.*, 2000).

Otra característica histopatológica son las placas neuríticas, antes conocidas como “placas seniles”, término que actualmente comienza a estar en desuso. Las placas neuríticas (PN) son estructuras esféricas fibrilares, descritas por lo general como agregados extracelulares cuya estructura β plegada mide aproximadamente 10-200 μm ; se encuentran rodeadas por neuritas distróficas, astrocitos y células de la microglía activadas (Sisodia y Price, 1995).

El componente principal de las PN es un péptido de ~4kDa denominado β amiloide (βA) cuya longitud presenta una variación de 39 a 43 aminoácidos, los de 40 y 42 aminoácidos son los péptidos más hidrofóbicos y citotóxicos. El péptido β -amiloide se forma a partir que se procesa la proteína precursora del β amiloide (APP) a través de la vía amiloidogénica.

La función fisiológica del APP es incierta pues suele asociarse con adhesión celular, señalización, maduración neuronal, apoptosis (Yang, 2008) y el proceso de coagulación (Rodney, *et. al.*, 1991). El gene del APP está localizado en el cromosoma 21, zona p21. Se observa en pacientes con trisomía del cromosoma 21 (síndrome de Down), que a los 30 años presentan patología tipo Alzheimer con aumento de los niveles β amiloide en circulación sanguínea, lo que indica la presencia de 3 copias del gene APP como un factor de riesgo importante (Schupf y Sergievsky, 2002). Según la última revisión sistemática realizada por Shea y colaboradores, existen cerca de 28 mutaciones en el gene APP como causa directa de la enfermedad de Alzheimer del tipo familiar (Shea, *et. al.*, 2016).

El procesamiento del APP mediante la vía amiloidogénica genera 2 productos como consecuencia de β secretasa (BACE1): un producto soluble APP β liberado al espacio extracelular y un producto carboxilo terminal anclado a la membrana, denominado C99. Este fragmento C99, sirve de sustrato para la γ secretasa que corta a nivel intramembranal. De este último corte se generan un fragmento AICD dentro del citoplasma y el péptido β amiloide (βA) cuya longitud varía dependiendo de los diversos sitios de corte de γ secretasa (Dries y Yu, 2008). Existe otra vía en el procesamiento del APP, en la cual participa en primer lugar la α secretasa (ADAM10) y posteriormente el paso final de esta vía es realizado por el corte de γ secretasa, vía que tiene especial interés debido a que durante este procesamiento no se genera el péptido β amiloide (βA).

Actualmente las investigaciones científicas son enfocadas hacia la regulación y modulación de las 3 secretasas α , β y γ participantes en el procesamiento del APP, principalmente para favorecer el desarrollo de fármacos inhibidores de la β y γ secretasas con el propósito de encontrar un posible tratamiento de la EA.

La α secretasa (ADAM10) es una glicoproteína de membrana tipo 1 de la familia ADAM (disintegrin-metalloproteinasas) cuyo gene se localiza en el cromosoma 15. Los ratones transgénicos de ADAM10 (-/-) mueren en la etapa embrionaria debido a defectos importantes en el desarrollo de somitas y vasculogénesis (Jorissen, *et. al.*, 2010). La región promotora del gene ADAM10 ha sido estudiada a profundidad ya que en pacientes con la EA se ha encontrado ADAM10 en concentraciones disminuidas (Sennvik, *et. al.*, 2000). Es importante mencionar que en 2009 fueron descritas 2 mutaciones raras Q170H y R181G, ambas localizadas en el gene ADAM10 a

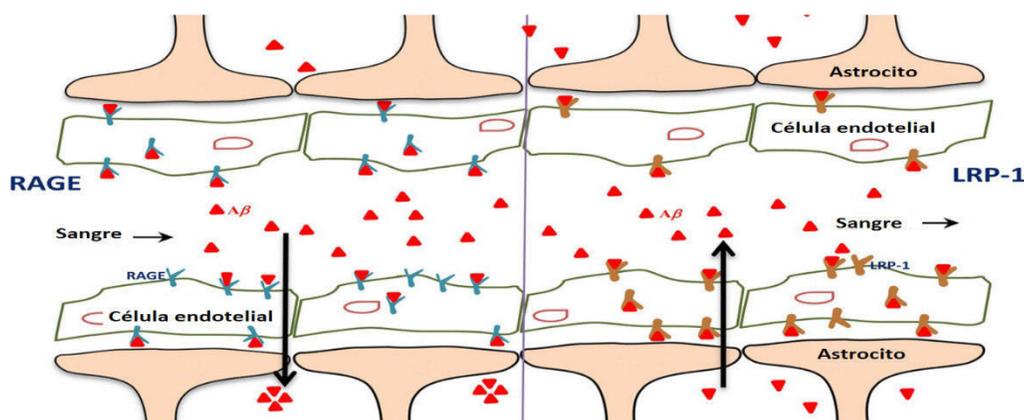
partir de siete familias con EA de aparición tardía, lo que mediante estudios *in vitro* ratificó que las 2 mutaciones afectan la actividad de esta proteína y los niveles de β amiloide (Kim, *et. al.*, 2009).

La β secretasa (BACE1) es una proteína aspartil proteasa transmembranal. El gene BACE1 (beta-site APP cleaving enzyme 1) se encuentra en el cromosoma 11q23.3. Estudios realizados en ratones con deficiencia de BACE-1, demostraron casi total ausencia de fragmentos $A\beta$ (provenientes del APP) depositados en el cerebro; éste es un resultado significativo puesto que estos ratones no mostraron algún daño físico importante (Luo, *et. al.*, 2001; Cole y Vassar, 2008). Un ejemplo al respecto es la molécula NB-360 (inhibidor de BACE1) la cual aún está en fase 1 de experimentación, aunque en animales modelo de la EA se ha logrado detener el proceso inflamatorio y bloquea la acumulación del amiloide beta (Neumann, *et. al.*, 2015). El último paso en la formación del amiloide beta está determinado por la gamma (γ) secretasa, de la familia proteínica I-Clip, es decir, las proteínas que cortan al interior de la bicapa lipídica de la membrana; γ secretasa es un complejo multiproteico formado principalmente por 5 componentes: presenilina 1 ó 2 (PS1 ó PS2), nicastrina (NCT), la proteína anteriormente nombrada pharynx-defective, ahora conocida por sus siglas en inglés APH1, la proteína presenil enhancer-2 (PEN-2, por sus siglas en inglés) y por la proteína transmembranal tipo 1 (TMP21), siendo la presenilina 1 (PS1) o 2 (PS2) el sitio activo de este complejo.

Según la última revisión sistemática realizada por Shea y colaboradores, se registraron en la base de datos aproximadamente 220 mutaciones del gene de la presenilina 1 (PSEN1) y 28 en el gene de la presenilina 2 (PSEN2), identificadas y clasificadas por familias con enfermedad de Alzheimer (Shea, *et. al.*, 2016). Ambas presenilinas, PS1 y PS2, presentan una homología del 67%, lo cual ha sugerido funciones distintas ya que los ratones carentes de PS1 mueren antes de nacer, además de mostrar malformaciones en esqueleto y cerebro, mientras que los ratones carentes de PS2 sólo han desarrollado fibrosis pulmonar y hemorragias en edad adulta (Shen, *et. al.*, 1997; Verdile, *et. al.*, 2007).

Al igual que en el caso de BACE1, las moléculas inhibitoras de la PS1 son prometedoras para lograr aminorar la formación del amiloide beta ($A\beta$), en ésta perspectiva un ejemplo es la molécula FLZ que disminuye la formación del $A\beta$ en estudios *in vitro* (Ye, *et. al.*, 2014). Es importante apuntar que el $A\beta$ es constantemente anabolizado y catabolizado en el cerebro (Seubert, *et. al.*, 1993) ya que existe un balance en los procesos de síntesis y degradación que mantiene los niveles de $A\beta$ constantes. En los cerebros de sujetos sin presentar EA, los niveles del péptido $A\beta$ en el espacio intersticial son en extremo bajos (Andreasen y Blennow, 2002). Por otra parte, nuevas proteínas en la barrera hematoencefálica van siendo incorporadas en las investigaciones (Cai, *et. al.*, 2015) relacionadas con la EA en un proceso conocido como aclaramiento (*clearance*) del $A\beta$, el cual se refiere a la entrada y salida del $A\beta$ desde el torrente sanguíneo al cerebro y viceversa (figura 1). Estas moléculas son los receptores: LRP1 (*Low density lipoprotein receptor-related protein 1*) y RAGE (*Advanced glycosylation end product-specific receptor*).

Figura 1. Flujo del amiloide beta en la barrera hematoencefálica, la entrada es mediada por RAGE y por LRP1.



Fuente: Figura tomada y modificada de Cai y otros investigadores. Role of RAGE in Alzheimer's Disease. Cell Mol Neurobiol. 2015. Aclaramiento del amiloide beta, es el flujo de salida de este péptido hacia el torrente sanguíneo mediante el receptor LRP1 y el flujo de entrada mediante RAGE, un proceso fisiológico normal que recientemente se ha incorporado al estudio y comprensión del Alzheimer.

3.2 Demencia Vascular

La demencia vascular DV fue identificada por primera vez en pacientes con neurosífilis por Otto Binswagner y Alois Alzheimer. La mayoría de los estudios coinciden en que la DV es la segunda causa de demencia después de la EA. El término de demencia vascular actualmente comienza a suscitar controversia, en forma alterna se propone el término deterioro cognitivo vascular para referirse a la disminución de capacidad en las funciones cognitivas cuya causa básica es el daño vascular. Tanto el cuadro clínico como los cambios cognitivos de la DV son altamente variables, dependen del calibre de los vasos y la zona del cerebro con afectación.

Al menos tres características patológicas han sido comúnmente asociadas con la demencia vascular: 1) los infartos en grandes arterias, 2) infartos en pequeñas arterias o infartos lacunares que son generalmente subcorticales, y 3) la isquemia subcortical crónica que conduce a la pérdida selectiva de neuronas, células gliales y células endoteliales. Otras dos características con frecuencia asociadas con la DV incluyen la angiopatía amiloide cerebral (CAA) y la esclerosis del hipocampo. Cabe destacar que la CAA se caracteriza por la deposición y la acumulación de amiloide beta en las arterias pequeñas del cerebro (Rohn, 2014).

Varios factores de riesgo para la DV han sido identificados y entre los cuales están: el envejecimiento, la hipertensión, la diabetes mellitus, la obesidad, el síndrome metabólico, hiperlipidemia, accidente cerebrovascular recurrente, enfermedad cardíaca, el tabaquismo, la apnea del sueño, niveles elevados de homocisteína y la aterosclerosis (Román, 2004).

Clasificación de la DV con base en la neuro-imagen (Kanekar y Poot, 2014).

Demencia Vascular de grandes vasos

1. Demencia multi-infarto (múltiples infartos que involucran áreas corticales y subcorticales)
2. Infarto de cuencas
3. Demencia de un solo infarto
4. Hipoperfusión y encefalopatía isquémica

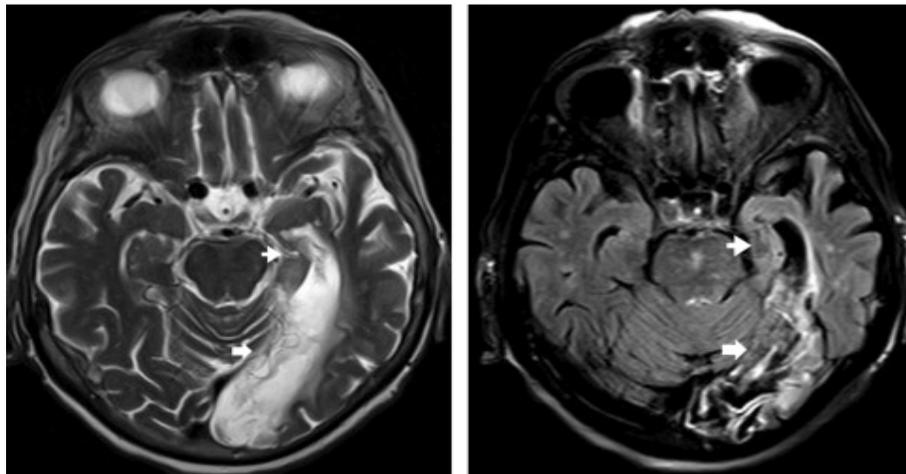
Demencia Vascular de pequeños vasos

1. Demencia vascular subcortical
2. Lacunares
3. Espacios perivasculares
4. Infartos cerebrales silenciosos

Microhemorragias y la demencia

CAA, angiopatía amiloide cerebral; CADASIL, arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía; HERN, nefropatía hereditaria endotelio-patía retinopatía y accidente cerebrovascular.

Figura 2. Imágenes de resonancia magnética (RM) pertenecientes a un paciente masculino de 69 años de edad con demencia e infarto en la arteria cerebral posterior.



Fuente: Imagen tomada y modificada de Kanekar y Poot. Neuroimaging of vascular dementia. Radiol Clin North Am. 2014. Los infartos del hemisferio izquierdo tienen una mayor incidencia en la demencia en comparación con los del hemisferio derecho. Las imágenes de RM muestran un gran infarto en la zona temporal-occipital izquierda con una leve dilatación del cuerno temporal. Existe pérdida de volumen leve del lado izquierdo del hipocampo.

3.3 Degeneración del lóbulo frontotemporal

La degeneración del lóbulo frontotemporal (FTLD) es una demencia heterogénea, clínicamente es definida como un síndrome que produce un cambio gradual y progresivo en el comportamiento y la conducta personal y/o por una disfunción del lenguaje gradual e irreversible (McKhann, et. al., 2001). Arnold Pick fue quien inicialmente describió las características clínicas a partir de un paciente con atrofia lobar circunscrita a los lóbulos frontal y temporal, asociada con afasia progresiva, en 1892 (Todman, 2009).

Los primeros síntomas suelen producirse sin afectar otros dominios cognitivos como la memoria y rara vez se presentan inicialmente en una edad más allá de 75 años. En algunos casos, el déficit observado en el comportamiento y el lenguaje también son acompañados de afectación progresiva de las neuronas motoras o parkinsonismo. Neuropatológicamente, FTD es causada por la degeneración neuronal en los lóbulos frontal y temporal, las neuronas afectadas frecuentemente muestran inclusión intracelular TAU-positivas muy distintas de las marañas neurofibrilares (Brun, 1987).

Del 25% al 40% de los casos con FTD son familiares, se han identificado algunas mutaciones en los casos acompañados de parkinsonismo con ligamento genético vinculado al cromosoma 17q21 (FTDP-17), cerca del gene TAU (MAPT). El fenotipo con mutaciones en MAPT es variable y comprende desde tipos clásicos como FTDP-17, degeneración cortibasal CDB, hasta lobular frontotemporal, DLDH (Hernández y Ávila, 2007).

Los estudios genéticos moleculares han demostrado que las consecuencias bioquímicas de las distintas mutaciones a nivel de proteínas son diversas, incluida la reducción o el aumento de la unión de TAU a los microtúbulos y el aumento de la agregación de TAU. La mayoría de las mutaciones en el gene MAPT se ubican en el exón 9 al 12, una región importante para la función óptima de TAU como la unión con los microtúbulos, polimerización y regulación dinámica, además se han sugerido otros mecanismos como la inestabilidad genómica, alteraciones en el transporte axonal, y alteraciones en la unión de TAU con la membrana plasmática (Rossi y Tagliavini, 2015).

3.4 Demencia por cuerpos de Lewy

Clínicamente la Demencia por cuerpos de Lewy (DCL) se caracteriza por deterioro cognitivo progresivo con un curso fluctuante, alucinaciones visuales recurrentes y el parkinsonismo. Hasta la aparición de los criterios de diagnóstico planteados por el Taller Internacional del Consorcio para la Demencia con Cuerpos de Lewy, en 1996, puesto que los casos de DCL solían ser erróneamente clasificados como enfermedad de Alzheimer (EA), enfermedad de Parkinson (EP) o superposición de ambos tipos (McKeith, et. al., 1999).

En comparación con la EA, la atrofia del lóbulo temporal es menos pronunciada en la DCL que la atrofia cerebral difusa (con su dilatación ventricular *ex vacuo*), las intensidades periventriculares y de la sustancia blanca tampoco diferencian la DCL de la EA o de la Demencia Vascular (DV).

El hallazgo histológico definitorio de la DCL es la presencia de los denominados cuerpos de Lewy (CL) en las neuronas corticales que constituyen inclusiones citoplasmáticas eosinófilas y redondeadas, cuyo principal componente es la α -sinucleína, además de ubiquitina y proteínas de neurofilamento, aparecen también abundantes placas de amiloide (similares a las del Alzheimer) y escasas marañas neurofibrilares. Por el contrario, los cuerpos de Lewy también se observan con frecuencia en los casos del clásico EA, incluso en pacientes con mutaciones en APP, PSEN1 y PSEN2 (Hamilton, 2000).

La α -sinucleína pertenece a una familia de proteínas pequeñas (de 113 a 143 aminoácidos) que son pronunciadamente expresados en el tejido nervioso, en las terminales presinápticas (Irizarry, *et. al.*, 1996), localización sináptica, aunque también nucleares de la proteína que llevó a la nomenclatura "sinucleína". El gene de la α -sinucleína está localizado en 4q21.3–q22. Los últimos informes también indican un posible papel de la α -sinucleína en la patogénesis de la DCL, basados en la observación de la presencia de cuerpos de Lewy corticales y la demencia en la Enfermedad de Parkinson que pueden ser dependientes de la dosis del gen α -sinucleína (Scott, *et. al.*, 2000).

3.5 Demencia mixta

La demencia mixta es una mezcla de demencia en la que coexisten la enfermedad del Alzheimer y la demencia vascular. Mixed dementia caused by the blood flow in brain compromised by the stroke. La demencia mixta es originada porque el flujo sanguíneo es afectado en el cerebro y It shows the common feature of the alzheimer and vascular dementia. ees común entre las personas de edad avanzada (Langa, *et. al.*, 2004). Autopsias de reportes clínicos de demencia mixta han revelado que coexisten: placas neuríticas, marañas neurofibrilares, infartos lacunares, isquemia periventricular, registrados en 24% al 28% de los casos reportados como Alzheimer (Massoud, *et. al.*, 1999).

Las causas de la demencia mixta son las siguientes:

- Mixed dementia caused by the high blood pressure. Demencia mixta resultante de la presión arterial alta.
- High cholesterol causes to the small blood vessel in the brain can causes death of brain cell. El colesterol alto provoca que el pequeño vaso sanguíneo en el cerebro se altere y ocasione la muerte de células cerebrales. It causes due to disease in artery. Anormalidades del ritmo cardíaco a causa de la demencia.

Debido a la Debido a la enfermedad en la arteria. Heart rhythm abnormalities causes to the mixed dementia.

IV. Factores de protección preventiva para las demencias

Para entender el concepto factor de protección, comenzaremos por señalar que la epidemiología estudia los factores que causan o están asociados con determinada enfermedad, su prevalencia, incidencia y distribución que afectan a poblaciones humanas, con el objetivo de encontrar las formas de su prevención y control. Es relativo al punto de la prevención donde encontramos a los denominados 'factores de riesgo' y 'factores de protección'. La identificación de estos factores es crucial para que los especialistas en materia de salud pública y quienes toman decisiones al respecto implementen acciones conjuntas encaminadas al bienestar de la población.

Sobre la enfermedad de la demencia, han transcurrido más de 100 años desde que Alois Alzheimer estableció su definición, a partir de entonces se han logrado identificar pocos factores de protección, promovidos actualmente como medidas preventivas en el segmento poblacional de adultos mayores. La mayoría de las evidencias científicas muestran que la genética, la dieta, el ejercicio, estimulación cognitiva y actividades sociales, así como los valores normales de homocisteína, folatos y vitamina B12, son factores de protección para la demencia.

4.1 Genética

La genética como factor de protección conforma un área de investigación reciente en comparación con la búsqueda de factores de riesgo genético de las demencias. El comienzo de su investigación data de muchos años y se ha logrado identificar a cuantiosas mutaciones puntuales en un gran número de genes que pertenecen a diversas proteínas con funciones en el cerebro; históricamente en la mayoría de ellas primero se identificaron los locus genéticos y tiempo después se identificaron las proteínas, su estructura y funciones, tal es el caso de las presenilinas.

Actualmente sabemos que las mutaciones puntuales en genes bien definidos constituyen la causa directa de las formas familiares de las demencias: en caso de mutaciones en los genes APP, PSEN1 y PSEN2 son causa de la Enfermedad de Alzheimer tipo familiar, mientras que mutaciones ligadas al cromosoma 17 en el gene MAPT o el gene de progranulina (PGRN) causan la demencia frontotemporal del tipo familiar. Sin embargo, para aquellos casos esporádicos de la EA, que son más del 95% del total, el único factor de riesgo genético contundente es la presencia del alelo $\xi 4$ de la apolipoproteína E (ApoE) (Xu Y, *et. al.*, 1993; Raber, *et. al.*, 2004; Belbin, *et. al.*, 2007).

APOE es una lipoproteína de 299 aminoácidos que se expresa principalmente en el hígado, aunque el cerebro es el segundo órgano que la produce –después del hígado– de manera abundante (Xu, *et. al.*, 1999) sintetizada por los astrocitos y la microglía. A nivel cerebral APOE es el principal transportador de colesterol (Tamboli, *et. al.*, 2008). La forma alélica más frecuente es $\xi 3$ (78%) que contiene el aminoácido cisteína en la posición 112 y arginina en la 158. El alelo $\xi 4$ se presenta en aproximadamente 15% y se diferencia de la anterior porque en la posición 112 y 158 se codifica para una arginina. El alelo $\xi 2$ es el menos frecuente (7%) y contiene cisteína en las posiciones 112 y 158 (Ashford, 2004).

El resultado de la sustitución de diversos aminoácidos es un cambio estructural que para el caso de ξ_4 hace que se unan a partículas del tipo VLDL (lipoproteínas de muy baja densidad), mientras que ξ_3 y ξ_2 se unen a lipoproteínas de alta densidad (HDL).

El mecanismo de neuroprotección de la isoforma ξ_2 se basa en esta afinidad estructural a HDL, investigaciones recientes han revelado que de las 3 isoformas de apoE, la isoforma ξ_2 exhibe los mejores resultados en la señalización del factor semejante a la insulina, así como en el transportador de la glucosa (GLUT4); con estos resultados se consideró la necesidad de implementar estrategias para la potenciación de esta vía de insulina/glucosa como una intervención de protección para la EA (Keeney, *et. al.*, 2015).

4.2 Dieta

La dieta es uno de los factores más importantes del estilo de vida modificable que puede tener un papel determinante en la prevención del deterioro cognitivo y las demencias. La Secretaría de Salud ha recomendado que los adultos mayores sigan una dieta con base en el plato del bien comer que incluye por lo menos un alimento de cada grupo, disminuir el consumo de azúcar, sal, grasa y alimentos condimentados. Para aquellos casos donde la dentadura del adulto mayor no se encuentre bien, éste no debe privarse de comer sano, sólo precisa cambiar la consistencia de los alimentos adaptando su preparación: pollo deshebrado, puré de verduras, frijoles molidos, fruta cocida o de pulpa, por ejemplo (Llaca y Pérez, 2009).

Patrones dietéticos son descritos en combinación con buenos biomarcadores cerebrales en sujetos cognitivamente normales, en los que destaca la asociación con un mayor consumo de frutas y vegetales frescos, granos enteros, pescado y lácteos bajos en grasas, así como un mínimo consumo de dulces, papas fritas, lácteos con alto contenido graso, carne procesada y mantequilla, los resultados son alentadores pues a partir de nutrientes del tipo “protectores” surgirán mejores estrategias de prevención para la enfermedad de Alzheimer (Berti, *et. al.*, 2015). En relación al consumo de café, té y cafeína igualmente han sido señalados como factores de protección para el deterioro cognitivo y la demencia (Panza, *et. al.*, 2015), aunque epidemiológicamente existen muchas controversias, un modelo en rata de la EA, exhibe resultados muy prometedores de uno de los componentes del café: el eicosanoilo-5-hidroxitriptamidas (EHT) (Basurto-Islas, *et. al.*, 2014).

Por otro lado, los polifenoles son compuestos aislados a partir de una amplia variedad de productos alimenticios, bebidas, frutas, verduras, hierbas y alimentos de origen vegetal que están inversamente relacionados con la incidencia de varias enfermedades degenerativas, entre ellas las demencias. Se ha estimado que una dieta equilibrada debe proporcionar alrededor de 1 g de polifenoles por día. Los polifenoles que son antioxidantes naturales actúan mediante varios mecanismos moleculares, reaccionando con los radicales libres o incrementando la expresión de genes del sistema antioxidante (Hügel y Jackson, 2015). Relativo específicamente a la neuroprotección, existe un polifenol derivado del chocolate, la Epicatequina, flavonol

antioxidante y anti-trombótico que inhibe el procesamiento de la proteína precursora del amiloide APP y disminuye los niveles del beta amiloide en el modelo animal (Cox, *et. al.*, 2015).

El resveratrol, que es un polifenol derivado de las uvas rojas y presente en el vino, se ha posicionado rápidamente como una molécula anti envejecimiento. El efecto benéfico del resveratrol sobre la función cognitiva principalmente en la EA, consiste en el efecto inhibitorio de actividad de la beta secretasa y la disminución del beta amiloide (Hu, *et. al.*, 2015); también reduce la vía inflamatoria tras disminuir la activación de la microglia y TNF α (Cheng, *et. al.*, 2015), incrementa la plasticidad sináptica y en su acción aumenta la expresión de la sirtuina SIRT1, la que a su vez suprime la producción del beta amiloide mediante la activación de la α secretasa ADAM10 (Donmez, *et. al.*, 2010).

Resultados de un modelo en rata sobre la demencia vascular, revelaron una disminución en los marcadores de muerte celular (apoptosis), en específico uno de daño oxidante (malondialdehído), así aumento en la actividad de la superoxido dismutasa y el glutatión, como algunos de los efectos de la neuroprotección del resveratrol (Ma, *et. al.*, 2013; Sun, *et. al.*, 2014).

4.3 Ejercicio

Un adulto mayor pierde la habilidad para hacer cosas aunque no sólo debido a los efectos del envejecimiento, sino parcialmente por la inactividad o sedentarismo. La Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2016) recomienda al respecto que los adultos mayores dediquen 150 minutos semanales para realizar actividades físicas moderadas aeróbicas o algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos y de ser posible una combinación de ambas.

Es necesario precisar que la actividad física no sólo significa ejercitar deportes, también incorpora actividades recreativas, ocupacionales o de ocio, caminatas, andar en bicicleta, tareas domésticas, juegos y ejercicios físicos programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Se han descrito dos niveles de intensidad para el ejercicio:

- **Vigoroso:** Trotar, correr, ejercitarse en bicicleta de forma rápida, ejercicios aeróbicos, natación, con una duración mínima de 20 minutos.
- **Moderado:** Caminata a paso rápido, jardinería, pedaleo lento en bicicleta y trabajo intenso en casa, con una duración de 30 minutos (Chávez, *et. al.*, 2004).

Los ejercicios de resistencia moderada indicados para adultos mayores son:

- Nadar
- Andar en bicicleta
- Bicicleta estática
- Jardinear (cortar el pasto, usar el rastrillo)
- Caminar rápido en una superficie inclinada
- Trapear o escobillar el piso

- Jugar tenis en pareja
- Jugar vóleybol
- Remar

La condición física constituye un paso necesario en el proceso de prescripción del ejercicio físico para adultos mayores, por razones de seguridad, eficiencia y control individual de los resultados. Los aspectos más importantes a evaluar son: la resistencia cardiorrespiratoria, la composición corporal, la fuerza y resistencia muscular, flexibilidad, equilibrio y coordinación. Previamente al inicio de un plan de ejercicios es necesario que el adulto mayor sea revisado por un médico donde se incluya un examen físico, un historial clínico y una revisión detallada de la función del corazón, en particular la frecuencia cardiaca (Heredia, 2006).

Un plan de ejercicios debe tener 3 etapas:

- Calentamiento
- Parte principal
- “Vuelta a la cama”

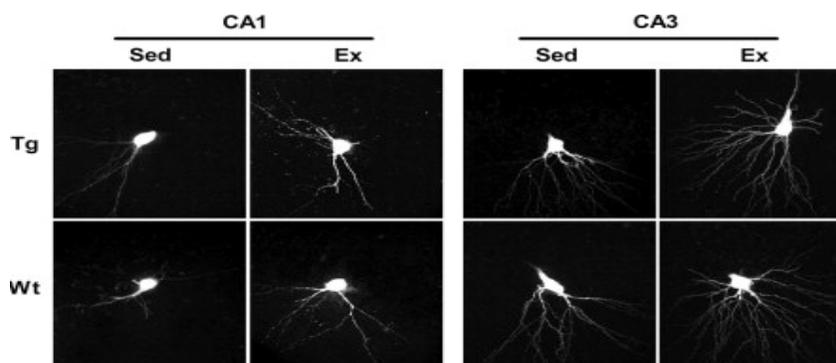
La ejecución de los ejercicios de calentamiento tiene como objetivo preparar al adulto mayor, física y emocionalmente, en forma progresiva al nivel adecuado de actividad, adaptando paulatinamente el corazón, la circulación y respiración, así como los músculos y tendones, antes de pasar a una mayor intensidad, para evitar lesiones o incluso la muerte. En la parte principal del plan debe considerarse la intensidad, duración y el tipo de ejercicio. Mientras que en la etapa denominada “vuelta a la cama”, el adulto mayor debe volver a la situación del punto inicial a través de ejercicios de relajación, de movilidad articular y concentración. Una sesión de ejercicio aeróbico en los adultos mayores, restaura la respuesta del músculo a la insulina que mejora la función endotelial (Fujita, *et. al.*, 2007) y atenúa los cambios del número de células satélite (Shefer, *et. al.*, 2010), lo cual mantiene al organismo muscular en condiciones óptimas y saludables.

El efecto neuroprotector del ejercicio, ha permitido sustentar una gran cantidad de artículos sobre investigaciones en seres humanos como en modelos animales, principalmente modelos transgénicos de ratones con la enfermedad de Alzheimer. Estudios como el realizado por el proyecto japonés Mihama-Kiho, han trabajado la combinación de la actividad física con la música, para el mantenimiento de una buena función cognitiva en los Adultos Mayores, con resultados positivos (Sato, *et. al.*, 2014), puesto que la música estimula la sensibilidad, la actividad motriz y motora potencializando el contacto con otras personas. Entre los varios efectos del ejercicio en la estimulación cerebral, podemos señalar la acción de la serotonina, dopamina y noradrenalina como moléculas centrales en la adaptación neuronal asociadas al ejercicio (Lin y Kuo, 2013).

La figura 3 sintetiza los resultados de experimentos del grupo de Lin TW en 2015: ratones doble mutantes APP/PS1 que manifiestan la enfermedad de Alzheimer fueron ejercitados, tanto la morfología dendrítica como otros parámetros fueron comparados con el grupo de ratones

sedentarios. Los resultados son muy evidentes en la figura donde se resalta el mejoramiento de la red dendrítica de las neuronas de las regiones CA1 y CA3 del hipocampo de los ratones ejercitados con y sin la mutación de la enfermedad de Alzheimer (Lin, et. al., 2015).

Figura 3. Protección neuronal y mejoramiento de la memoria en un modelo de ratón transgénico de la EA.



Fuente: Imagen tomada (y modificada) de Lin TW, 2015. "Running exercise delays neurodegeneration in amygdala and hippocampus of Alzheimer's disease (APP/PS1) transgenic mice. *Neurobiol Learn Mem.*" Efecto del ejercicio (Ex) de larga duración (10 semanas) sobre la morfología dendrítica de neuronas en las regiones CA1 y CA3 del hipocampo, en ratones transgénicos de la EA Tg (Ratones doble mutantes APP/PS1). Abreviaturas: Wt: Ratones control; Tg: Ratones con la EA; Sed: Ratones sedentarios; Ex: Ratones bajo un régimen de ejercicio.

4.4 Estimulación cognitiva y actividades sociales

La estimulación cognitiva es un proceso adaptado a las necesidades individuales, consiste en actividades que apoyan el funcionamiento de las distintas capacidades y funciones (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias); si estas actividades se realizan en diferentes períodos de la vida pueden proteger contra la demencia o retrasar la aparición de la enfermedad. En éste sentido un estudio reveló que la estimulación cognitiva y el esfuerzo físico están relacionados con un menor riesgo de demencia, incluso en personas con baja escolaridad. (Karp, et. al., 2009).

Los tratamientos de estimulación cognitiva pueden ser grupales o individuales. Se realizó un estudio a personas con demencia (Spector, et. al., 2003), asignados en un grupo de intervención y otro control por 7 semanas, se observaron cambios significativos en la evaluación cognitiva. Las actividades se basaron en juegos de palabras, manejo de dinero, presentación de personajes famosos de la actualidad y manejo de información sobre tiempo y espacio. La interacción social es asociada con un riesgo mínimo de desarrollar demencia (Simonsick, 2003). La interacción puede ser actividades llevadas a cabo en contacto con seres queridos, como parte de un club social o realizar actividades de voluntariado.

También existen actividades que se realizan de manera regular y que pueden ser utilizadas como medio de estimulación cognitiva, por ejemplo, las reuniones familiares y/o de amigos. Durante la convivencia se pueden realizar dinámicas de apoyo a los adultos mayores

con deterioro cognitivo o enfermedad de Alzheimer, por ejemplo, pedir a cada persona que diga su nombre e intereses, para que después lo repita cada integrante del grupo incluido el enfermo, esto optimizará la evocación de nombres (Kesslak, *et. al.*, 1997).

4.5 Normalidad en parámetros clínicos (tensión arterial, homocisteína, folatos y vitamina B12)

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad que no manifiesta síntomas durante mucho tiempo y sin un tratamiento adecuado para su control puede desencadenar complicaciones cardiovasculares, cerebrovascular y renales críticas. La obesidad y el envejecimiento son sus principales factores de riesgo. Se estima que dos de cada tres adultos mayores padecen hipertensión (Mateos-Cáceres, *et. al.*, 2012).

Mediante estudios epidemiológicos se ha demostrado que existe una asociación entre la hipertensión y la enfermedad de Alzheimer tipo esporádico, sobre todo que los cambios en la presión sanguínea diastólica correlacionan con el declive cognitivo de ancianos con alto riesgo para ésta demencia (Wysocki, *et. al.*, 2012).

Uno de los sistemas que controlan la presión arterial es el renina-angiotensina-aldosterona, en el cual la angiotensina II (AngII) es una molécula intermediaria. La angiotensina II a nivel central, ha sido implicada con varias patologías del sistema nervioso central destacando en los cerebros de pacientes con EA; cercana a los depósitos de amiloide beta ha sido encontrada una inmunoreactividad positiva de moléculas como Ang II, AT1R (receptor para AngII) y ACE, Enzima Convertidora de Angiotensina (Savaskan, *et. al.*, 1991, 2001).

En éste sentido, diferentes evidencias sugieren que el uso de ciertos fármacos antihipertensivos puede ayudar a disminuir la incidencia del Alzheimer. Wang y colaboradores (2007), estudiaron el efecto de 55 fármacos antihipertensivos en la producción del péptido beta amiloide del ratón transgénico de Alzheimer Tg2576, de los cuales identificaron 7 que reducen la acumulación del beta amiloide 40 y 42; entre ellos también se comprobó que el Valsartán –un antihipertensivo del tipo de los bloqueadores del receptor de angiotensina– disminuye los niveles de proteína beta amiloide en forma oligomerizada, además de mejorar el aprendizaje espacial del ratón transgénico de Alzheimer Tg2576 (Wang, *et. al.*, 2007). Un efecto similar fue obtenido por medio de la Nilvadipina, antihipertensivo del tipo bloqueadores de los canales de calcio, pues tras de administrar Nilvadipina a ratones transgénicos de Alzheimer Tg2576 y PS1/APPsw, se inhibe la producción del péptido amiloide beta, progresa el transporte de dicho péptido hacia la barrera hematoencefálica (aclaramiento) y también mejora el aprendizaje y la memoria espacial (Bachmeier, *et. al.*, 2011; Paris, *et. al.*, 2011). Actualmente la investigación sobre el efecto benéfico de los antihipertensivos, que van desde la prevención, el control de la hipertensión y su uso en pacientes con EA en etapas tardías, continúa.

Colesterol

La hiperlipidemia (colesterol en suero), particularmente hacia la mitad de la vida (26 años), aparentemente está asociada con un mayor riesgo de demencia debido a la promoción de daños provocados a nivel vascular en el cerebro (Anstey, *et. al.*, 2008; Stewart, *et. al.*, 2007).

Por otra parte, se ha descubierto que en el líquido cefalorraquídeo de pacientes con enfermedad de Alzheimer, se encuentran disminuidas las concentraciones de lípidos fosfocolina/colina, sus metabolitos y la medida de lisofosfatidil colina/colina. También fue encontrado un menor contenido de fosfolípidos totales en la región frontal, temporal, núcleo caudado e hipocampo de pacientes con enfermedad de Alzheimer de inicio temprano, con respecto a pacientes de inicio tardío (Haughey, *et. al.*, 2010). El tratamiento intra-ventricular de pacientes con Alzheimer de inicio temprano con el lípido monogangliosido 1, GM1, detiene el deterioro cognitivo, mejora el rendimiento motor y las evaluaciones neuropsicológicas (Svennerholm, *et. al.*, 2002). En los animales transgénicos PS/ APP β bajo el mismo tratamiento se reduce la acumulación de β A en el cerebro.

Modelos animales han demostrado que las balsas lipídicas en la corteza frontal de ratones viejos, presentan una disminución en los niveles de colesterol y esterol, un incremento en el contenido de esfingomielina y ácidos grasos saturados, así como un aumento en la tasa fosfolípidos/colesterol. Estos cambios que dependen de la edad fueron más evidentes en animales transgénicos APP β /PS1 (Fabelo, *et. al.*, 2012).

Por otra parte, algunos estudios observacionales han sugerido una asociación entre el uso de estatinas y la baja incidencia de demencia (Chatterjee, *et. al.*, 2015). Las estatinas inhiben la HMG-CoA reductasa (3-hidroxi-3-metil-glutaril-CoA reductasa) que es una enzima intermediaria en la síntesis de colesterol. Datos de estudios en modelos animales sugieren posibles mecanismos subyacentes en la función benéfica de la atorvastatina para la prevención de EA, incluida la reducción del beta amiloide, los niveles de la β -secretasa (BACE1) y el estrés oxidativo. Sin embargo, la importancia del tratamiento con estatinas en la EA es aún objeto de debate, dado que algunos ensayos clínicos aleatorizados no mostraron ningún beneficio significativo, posiblemente debido al efecto pleiotrópico de las estatinas (Barone, *et. al.*, 2014).

Homocisteína

La homocisteína (HC) es un aminoácido azufrado, es sintetizado como producto intermedio del metabolismo de la metionina por acción de la enzima metionina adenosil transferasa (MAT). La metionina se puede regenerar a partir de la homocisteína por remetilación, catálisis de la enzima homocisteínametiltransferasa (HMT), la cual requiere de vitamina B12 y de 5, 10 -metilentetrahidrofolato para su correcto funcionamiento; el 5, 10-metilentetrahidrofolato actúa como cosustrato cuando convertido a 5-metilentetrahidrofolato por la enzima metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR).

Al mismo tiempo la homocisteína se puede combinar con la serina para dar cistationina por transulfuración y por acción enzimática de la cistationina β -sintetasa (CS) y su coenzima el fosfato de piridoxal.

Tanto la vitamina B6 como la vitamina B12, actúan como coenzimas en el metabolismo de la metionina y de la homocisteína, es por esto que se refleja una estrecha relación entre los niveles plasmáticos de estas vitaminas y los niveles de homocisteína. El ácido fólico regula la vía metabólica que es catalizada por la metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR), la cobalamina (B12), regula la vía catalizada por la metionina sintetasa y la vitamina B6 actúa como cofactor para la cistationina sintasa (Sánchez Cuevas, *et. al.*, 2009)

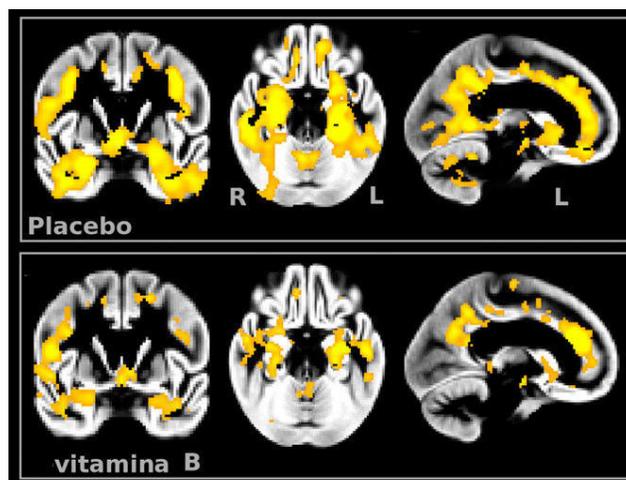
Estudios realizados en pacientes con edad avanzada, reportan que aquellos que tienen concentraciones plasmáticas de homocisteína (HC) por arriba de los 14 $\mu\text{mol/L}$, tienen el doble de riesgo de presentar demencia, comparados con los que tienen valores normales (Seshadri, *et. al.*, 2002).

Vitamina B12 y folatos

La vitamina B12 (cianocobalamina) participa como cofactor del sistema nervioso (Síntesis de neurotransmisores, síntesis de mielina y obtención de energía) y su deficiencia causa diversos trastornos neurológicos, incluyendo un tipo particular de demencia (O'Neill y Barber, 1993). La deficiencia de vitamina B12 es causa poco frecuente de demencia reversible, tipo que consiste en una disfunción cognitiva global con lentitud, falta de concentración y fallas de la memoria. Son frecuentes las manifestaciones psiquiátricas: depresión, manía y psicosis paranoide que manifiesta alucinaciones visuales y auditivas. No se describen afasia ni otros defectos neurológicos focales (Behrens, *et. al.*, 2003).

Estudios de Douaud y otros investigadores (2013), probaron que la disminución de concentración de la homocisteína mediante un tratamiento con altas dosis de vitaminas B (ácido fólico 0.8 mg, vitamina B6 20 mg, vitamina B12 0.5 mg), retrasan el proceso de disminución del volumen cerebral. Dicho tratamiento redujo hasta siete veces la atrofia cerebral (figura 4) en regiones cerebrales (materia gris) importantes en la EA, incluido el lóbulo temporal.

Figura 4. La vitamina B atenúa la pérdida del volumen de la materia gris cerebral. Comparación de la pérdida del volumen de la materia gris, entre un grupo de adultos mayores que recibió placebo y otro grupo tratado con vitamina B.



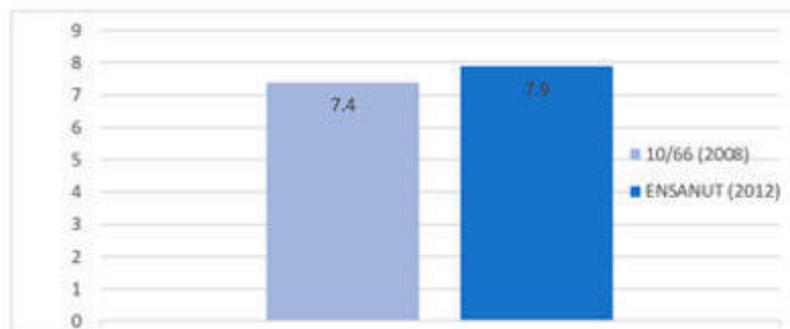
Fuente: Imagen tomada y modificada de Douaud G, et.al., 2013 "Preventing Alzheimer's disease-related gray matter atrophy by B-vitamin treatment," USA.

V. Investigaciones en México sobre la demencia. ¿Dónde estamos?

5.1 Epidemiología de las demencias en México

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México (ENSANUT, 2012) se encontró una prevalencia para demencia de 7.9% similar a la que fue encontrada por el Grupo de Investigación en Demencias 10/66, (Figura 5), de la Asociación Internacional de Alzheimer en 2008 (Gutiérrez-Robledo, 2014).

Figura 5. Prevalencias ajustadas para la demencia en México.



Fuente: Grupo de expertos en demencia 10/66 ADI; Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, (ENSANUT), México. Comparativo y ajuste sobre la prevalencia de demencia entre los adultos mayores 65 años de edad en nuestro país.

5.2 Banco de cerebros en México

Sin duda los trabajos del Dr. Raúl Mena López como fundador del primer banco de cerebros de Latinoamérica, en el Centro de Investigación y Estudios Avanzados del IPN (CINVESTAV), destacan por su reconocimiento a nivel mundial. Después de realizar estudios posdoctorales al lado del Dr. Wischik en el laboratorio del Banco de Cerebros de Cambridge, UK, el Dr. Mena recibe la primera donación de un cerebro humano por parte del Hospital General de México en colaboración con la Dra. Laura Chávez (Luna-Muñoz, *et. al.*, 2015).

Las políticas implementadas por el Dr. Raúl Mena para la funcionalidad eficaz de un banco de cerebros son: 1) Programas de donación de cerebros; 2) un grupo multidisciplinario integrado por investigadores clínicos, que esté disponible las 24 horas del día; 3) acceso al servicio de autopsias, y 4) obtención y mantenimiento de equipo para el manejo y almacenamiento de tejidos cerebrales humanos.

En 1994, con la colaboración de la Asociación Mexicana para la Investigación de Enfermedades Neurodegenerativas y Plasticidad Cerebral (AMIENPLAC) A.C., fue posible elaborar un proyecto que incluye todos los lineamientos para el manejo y administración de tejido cerebral para la investigación en México, así como las implicaciones bioéticas de un banco de cerebros humanos para la investigación, publicadas en México (Mena, *et al.*, 1998: 125-134).

5.3 Genética de la Enfermedad de Alzheimer en México

Los trabajos pioneros sobre la genética de la enfermedad de Alzheimer en nuestro país, iniciaron con un estudio sobre la asociación entre el alelo E4 y la demencia Alzheimer, en pacientes que viven en la Ciudad de México y tiene descendencia española (Castelli, *et. al.*, 2002). Posteriormente los estudios familiares describen la mutación Ala431Glu en el exón 12 del gene PSEN1, en familias del estado de Jalisco con la Enfermedad de Alzheimer, proponiendo un efecto fundador para estas familias en dicha región del país (Yescas, *et. al.*, 2006).

Años después la publicación del estudio de 49 casos con 141 controles, reveló que el marcador genético apoE4 no se asocia con la EA en la población mexicana, lo que suscitó controversias con lo reportado en la literatura científica (Villalpando-Berumen, *et. al.*, 2008). A partir de estos resultados comienza la búsqueda de marcadores genéticos del tipo polimorfismos de un solo nucleótido o SNPs.

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía SSA, inicia con la asociación de polimorfismos genéticos en genes de beta y gamma secretasas asociados con la enfermedad Alzheimer en pacientes mexicanos (Campos-Peña, *et. al.*, 2009).

Tiempo después la Universidad Veracruzana, propone la expresión del gene NCSTN de la proteína Nicastrina, en linfocitos sanguíneos, como un probable biomarcador de la enfermedad de Alzheimer (Herrera-Rivero, *et. al.*, 2013).

En el año 2014, un estudio de 50 casos y 47 controles de la Clínica Geriátrica del Hospital General Núm. 17, IMSS, ciudad de Monterrey, encuentra asociación entre el polimorfismo genético c.1-765G>C en el gene de la ciclooxigenasa COX2 y el daño cognitivo en pacientes con diabetes (Díaz De León González, *et. al.*, 2014). A la par son descritas 4 mutaciones A8003C, T8082C, C8201T y G7933A en el gene MTCO II, correspondiente a la Citocromo C oxidasa mitocondrial, en pacientes con probable Enfermedad de Alzheimer del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, sita Guadalajara, Jalisco (Loera-Castañeda, *et. al.*, 2014).

Para el año 2015, es propuesto un perfil de diagnóstico para la EA, con base en 4 genes MAPT, APP, NCSTN y BACE1, a partir de un banco de sangre integrado por 36 pacientes con EA, en el Centro de Investigaciones Cerebrales de la Universidad Veracruzana, Jalapa (Herrera-Rivero, *et. al.* 2015). Asimismo en 2015, el genotipo CC del polimorfismo rs2209972 del gene IDE de la enzima degradadora de la insulina, conocida por participar en la degradación del amiloide beta, fue asociado con la enfermedad de Alzheimer en pacientes diabéticos de la Clínica Geriátrica del Hospital General Núm. 17, IMSS, Monterrey (Gutiérrez-Hermosillo, *et. al.*, 2015).

A partir del banco de DNA de 96 pacientes con EA y 100 controles, es descrita la asociación de la EA esporádico con el polimorfismo rs20417 en el gene PTGS2 de la prostaglandina-endoperóxido sintasa 2, proteína relacionada con la síntesis de prostaglandinas, prostaciclina y tromboxanos, destacando como la primera investigación en considerar la ancestría genética y el admixure genético de la población mexicana para el estudio de la enfermedad de Alzheimer (Toral-Rios, *et. al.*, 2015).

5.4 El papel de los cuidadores y el tema de la calidad de vida en pacientes con demencia en México

La demencia se ha caracterizado por el deterioro progresivo e irreversible de las funciones cerebrales e intelectuales; las áreas principalmente afectadas son las de memoria, pensamiento y conducta. En los pacientes con demencia regularmente se agravan el comportamiento, el estado de ánimo, la función ejecutiva y el sueño. Estos factores afectan negativamente la calidad física y emocional de vida de los pacientes. Los efectos en su conjunto conllevan a una mayor dependencia del paciente respecto de sus familiares, quienes prestan cuidados a largo plazo lo cual impacta en el aspecto emocional y económico de las familias.

La familia debe ocuparse no solo de enfrentar el día a día de los cuidados del paciente, sino también debe anticiparse a los nuevos síntomas según la fase de la enfermedad. Para los familiares implica actualizarse sobre la información en torno a la enfermedad y acercarse a expertos en demencias: geriatras, neurólogos, psiquiatras y otros profesionales de la salud como enfermeras, neuropsicólogos y profesionales con experiencia sobre cuestiones de cuidados de los enfermos con demencia.

La evidencia muestra que la persona a cargo de los cuidados requiere atención social y de salud específica, ya que a medida que la enfermedad se despliega con todas sus caras los cuidados se modifican, lo que hace del cuidado una labor cada vez más demandante. Esto impacta de manera directa en la salud física y mental del responsable del cuidado, quien a su vez tiene problemas de estrés, calidad de vida deteriorada, síntomas depresivos, exceso de cansancio y perturbaciones del sueño, llevándolo así a la sobrecarga de trabajo en el cuidador.

La sobrecarga para quien proporciona cuidados es un fenómeno complejo que impacta en la calidad de la atención que reciben los pacientes con demencia, y por lo tanto también en su calidad de vida, por ello investigadores en nuestro país se han dado a la tarea de generar conocimientos nuevos que apoyen al cuidado y la calidad de vida de los pacientes con demencia. En éste sentido, la validación de una encuesta cuyo propósito fue medir la calidad de vida en pacientes mexicanos con demencia tipo Alzheimer, vascular y mixta, fue desarrollada en el 2010, por investigadores del entonces Instituto de Geriátrica (Rosas-Carrasco, *et. al.*, 2010).

Un año después, por medio de un estudio donde participaron 143 cuidadores primarios de pacientes con demencia y 30 cuidadores de adultos mayores sin demencia, en dos hospitales de la Ciudad de México, fue mostrado el uso a nivel clínico de una escala psicométrica, con una versión corta de 7 ítems y otra larga de 22 (Screen Caregiver burden), para medir la sobrecarga en las personas que atienden pacientes con demencia en nuestro país (Guerra-Silla, *et. al.*, 2011).

El hallazgo del síndrome disejecutivo, los trastornos del sueño, la escolaridad y la depresión en el cuidador, están asociados con un mayor nivel de sobrecarga de tareas del responsable de los cuidados (Rosas-Carrasco, *et. al.*, 2014), asimismo el panorama muestra la necesidad de implementar intervenciones multifactoriales dirigidas al cuidador a fin de reducir la carga, fortalecer habilidades para el manejo del paciente, prevenir la depresión psicológica, mejorar la salud y disminuir la dependencia funcional y la hospitalización a futuro.

Otro estudio cualitativo en México, exploró lo que representa la demencia en la familia del enfermo, fueron encontradas palabras de uso frecuente, el resultado fue: para el 90% conflictos, enfermedad, pérdida de memoria, sentimientos, mientras que el 80%, un proceso natural, necesidades, tratamientos costosos, entre otros (Juárez-Cedillo, *et. al.*, 2013).

Conclusiones y perspectivas en torno a las demencias en México

El conocimiento de los probables factores protectores contra la EA puede ayudar en la prevención o reducción del riesgo de la enfermedad. La demencia por ser una enfermedad importante de la salud pública, ha propiciado que organismos internacionales como el Alzheimer's Disease International (ADI) contribuyen de manera significativa en la creación y desarrollo de planes de atención y prevención de ésta enfermedad en todo el mundo y México no ha sido la excepción (ADI, 2015).

Especialistas en demencias de los institutos nacionales de salud de México, como el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" y el Instituto Nacional

de Psiquiatría “Ramón De La Fuente Muñiz,” bajo la conducción del director general del Instituto Nacional de Geriátría, en colaboración con el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, la Federación Mexicana de Alzheimer A.C. y el apoyo del ADI, crearon en 2014 el “Plan de Acción Alzheimer y otras demencias” que se ha impulsado en todos los aspectos. El plan promueve el bienestar de las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras afines, además de atender a sus familiares mediante el fortalecimiento de la respuesta del Sistema de Salud mexicano, en sinergia con todas las instituciones encargadas de salud. Entre sus estrategias formuladas para la prevención destaca la ‘Estrategia 1 Prevención y promoción de la salud mental’. (Gutiérrez-Robledo, 2014).

La Estrategia 1 fortalece las campañas de prevención de la diabetes, obesidad, hipertensión e inactividad física para reducir los factores de riesgo asociados a la demencia (Gutiérrez-Robledo, 2014). De aquí la importancia del fortalecimiento al área de investigación en el campo de las demencias, desde lo molecular hasta lo social, para construir evidencia científica actualizada y sólida, con el objetivo de apoyar a los pacientes con demencia, sus cuidadores primarios y las familias.

Glosario

Envejecimiento: Proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo y que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas.

Proteína precursora del amiloide (APP): Proteína transmembranal tipo 1, cuyo gene se localiza en el cromosoma 21, esta proteína al ser metabolizada por la vía amiloidogénica genera el péptido amiloide beta. Mutaciones en el gen de esta proteína (APP) son causa directa de la enfermedad de Alzheimer tipo familiar.

Presenilinas (PS): Proteínas con 8 pases transmembranales, que conforman el sitio catalítico de la enzima gamma secretasa. Existen 2 tipos de presenilinas, el gene de la presenilina 1 (PSEN1) es codificado en el cromosoma 1, mientras que el gene de la presenilina 2 (PSEN2) es codificado en cromosoma 14. Mutaciones en los genes PSEN1 y PSEN2 producen alteraciones en la estructura de la proteína que causan la enfermedad de Alzheimer tipo familiar.

Alelo ξ 4: Una isoforma de la apolipoproteína E, altamente asociada con el riesgo de desarrollar la Enfermedad de Alzheimer.

Beta-amiloide: Péptido de 39-43 aminoácidos, fue descrito por primera vez como el principal constituyente de las placas neuríticas en los pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Infarto cerebral: es un accidente cerebrovascular causado por un proceso de isquemia, durante el cual muere parte de la masa encefálica debido al fallo en la irrigación sanguínea. La causa de la isquemia es la oclusión del sistema arterial.

Lóbulo temporal: Parte del cerebro que desempeña una función importante en tareas visuales complejas, como el reconocimiento de caras, es la corteza primaria auditiva responsable de interpretar los sonidos.

Hipocampo: Una de las principales regiones del cerebro directamente relacionada con el funcionamiento de la memoria y las emociones.

Neuronas corticales: Neuronas que residen en la extensa capa externa de la materia gris de los hemisferios cerebrales o corteza cerebral.

Afasia: Trastorno causado por lesiones en las partes del cerebro que controlan el lenguaje.

Mutación: Proceso que da lugar a una alteración en el material genético o DNA.

Gene: Unidad física que es fundamental en la herencia, su existencia se puede mostrar a partir de variantes alélicas y que ocupa un locus cromosómico concreto. Secuencia de DNA que codifica para un polipéptido o una molécula de RNA.

Genética: Rama de la biología que trata de la herencia de caracteres y de la expresión de los mismos.

Exón: Segmento de DNA de un gen que se transcribe y se traduce a proteína.

Alelo: Forma alternativa de un gen situado en un locus particular.

Abreviaturas

| | |
|---------------|---|
| DNA | Ácido desoxirribonucleico |
| RNA | Ácido ribonucleico |
| βA | Beta-amiloide |
| EA | Enfermedad de Alzheimer |
| DV | Demencia vascular |
| DM | Demencia mixta |
| DCL | Demencia por cuerpos de Lewy |
| FTLD | Degeneración lóbulo frontotemporal |
| PN | Placas neuríticas |
| MNF | Marañas neurofibrilares |
| SNP | Polimorfismo de cambio de un solo nucleótido |
| APP | Proteína precursora del amiloide |
| BACE 1 | <i>Beta-site APP cleaving enzyme 1</i> |
| NCSTN | Abreviatura del gene de Nicastrina |
| PSEN1 | Abreviatura del gene de Presenilina 1 |
| ADAM10 | Abreviatura del gene de la Alfa secretasa (<i>A disintegrin and metalloproteinase domain-containing protein 10</i>) |
| PSEN2 | Abreviatura del gene de Presenilina 2 |
| TAU | Proteína del grupo de las MAPs (proteínas de asociación a los microtúbulos) |

Fuentes de Consulta

- Alberca, R., López Pousa, S., (2002). Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 2da ed. Editorial panamericana. México. pag.667.
- Andreasen, N., Blennow, K., (2002). Beta-amyloid (Abeta) protein in cerebrospinal fluid as a biomarker for Alzheimer's disease. *Peptides*. 23: 1205–1214.
- Anstey, K.J., Lipnicki, D.M., Low, L.F., (2008). Cholesterol as a risk factor for dementia and cognitive decline: a systematic review of prospective studies with meta-analysis. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 16:343–354.
- Ashford, J.W., (2004). APOE genotype effects on Alzheimer's disease onset and epidemiology. *J. Mol. Neurosci*. 23(3):157-65.
- BacChmeier, C., Beaulieu-Abdelahad, D., Mullan, M., Paris, D., (2011). Selective dihydropyridine compounds facilitate the clearance of β -amyloid across the blood-brain barrier. *Eur. J. Pharmacol*. 659(2-3):124-9.
- Barone, E., Di Domenico, F., Butterfield, D.A., (2014). Statins more than cholesterol lowering agents in Alzheimer disease: their pleiotropic functions as potential therapeutic targets. *Biochem. Pharmacol*. 88(4):605-16. doi: 10.1016/j.bcp.2013.10.030.
- Basurto-Islas, G., Blanchard, J., Tung, Y.C., Fernandez, J.R., Voronkov, M., Stock, M., et. al., (2014). Therapeutic benefits of a component of coffee in a rat model of Alzheimer's disease. *Neurobiol. Aging*. 35(12):2701-12. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2014.06.012.
- Bayona, H., (2010). Demencia vascular: un reto para el clínico. *Acta. Neurol. Colomb*. 26:Sup (3:1):69-77).
- Behrens, M., Díaz, V., Vásquez, C., Donoso, A., (2003). Demencia por déficit de vitamina B12: Caso clínico. *Rev. Méd. Chil*. 131(8): 909-914.
- Belbin, O., Dunn, J.L., Ling, Y., Morgan, L., Chappell, S., Beaumont, H., et. al., (2007). Regulatory region single nucleotide polymorphisms of the apolipoprotein E gene and the rate of cognitive decline in Alzheimer's disease. *Hum. Mol. Genet*. 16(18):2199-208.
- Berti, V., Murray, J., Davies, M., Spector, N., Tsui, W.H., Li, Y., et. al., (2015). Nutrient patterns and brain biomarkers of Alzheimer's disease in cognitively normal individuals. *J. Nutr. Health. Aging*. 19(4):413-23. doi: 10.1007/s12603-014-0534-0.
- Brion, J.P., (2006). Immunological demonstration of tau protein in neurofibrillary tangles of Alzheimer's disease. *J. Alzheimers. Dis*. 9(3 Suppl):177-85.
- Brun, A., (1987). Frontal lobe degeneration of non-Alzheimer type. I. Neuropathology. *Arch. Gerontol. Geriatr*. 6:193–208.
- Cai, Z., Liu, N., Wang, C., Qin, B., Zhou, Y., Xiao, M., et. al., (2015). Role of RAGE in Alzheimer's Disease. *Cell. Mol. Neurobiol*. Jul 15. [Epub ahead of print].
- Calderón-Garcidueñas, L., Reynoso-Robles, R., Vargas-Martínez, J., Gómez-Maqueo-Chew, A., Pérez-Guillé, B., Mukherjee, P.S., et. al., (2016). Prefrontal white matter pathology in air pollution exposed Mexico City young urbanites and their potential impact on neurovascular unit dysfunction and the development of Alzheimer's disease. *Environ. Res*. 146:404-417. doi: 10.1016/j.envres.2015.12.031.

- Campos-Peña, V., Mena-Montes, B., Gómez, R., Mena-Barranco, F., Meraz Rios, M.A., (2009). Genetic Analysis Of The Polymorphisms In The Beta And Gamma Secretase Complex And Its Association With Alzheimer's Disease In Mexican Patients. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, Vol. 5, Issue 4, e32.
- Castelli, P., Sosa, A.L., Campillo, C., Nicolini, H., Cruz-Fuentes, C., (2002). Apolipoprotein E genotypes in a group of elderly subjects of Spanish descent living in Mexico City. *Int. Psychogeriatr.* 14(3):291-300. Review.
- Chatterjee, S., Krishnamoorthy, P., Ranjan, P., Roy, A., Chakraborty, A., Sabharwal, M.S., et. al. (2015). Statins and cognitive function: an updated review. *Curr. Cardiol. Rep.* 17(2):4. doi: 10.1007/s11886-014-0559-3.
- Chávez Samperio, Jorge; Lozano Dávila, Ma. Esther; Lara Esqueda, Agustín; Velázquez Monroy, Oscar. La actividad física y el deporte en el adulto mayor. Bases fisiológicas. Secretaría de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 2004. Disponible también en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7516.pdf>.
- Cheng, X., Wang, Q., Li, N., Zhao, H., (2015). Effects of resveratrol on hippocampal astrocytes and expression of TNF- α in Alzheimer's disease model rat. *Wei. Sheng. Yan. Jiu.* 44(4):610-4.
- Cole, S.L., Vassar, R., (2008). BACE1 structure and function in health and Alzheimer's disease. *Cur. Alzheimer. Res.* 5(2):100-20.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población), 2007. 8.5 millones de mexicanos tienen 60 años o más. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2007/prensa302007.pdf>.
- Cox, C.J., Choudhry, F., Peacey, E., Perkinson, M.S., Richardson, J.C., Howlett, D.R., (2015). Dietary (-)-epicatechin as a potent inhibitor of $\beta\gamma$ -secretase amyloid precursor protein processing. *Neurobiol. Aging.* 36(1):178-87. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2014.07.032.
- DíazDeLeónGonzález, E., GutiérrezHermosillo, H., CedilloRodríguez, J.A., ReyesRomero, M.A., Camacho Luis, A., Palacios Corona, R., et. al., (2014). Association between polymorphism c.1-765G>C of the COX2 gene and cognitive impairment in individuals 65 years or more with diabetes from a Geriatric Service in Monterrey, Mexico. *Med. Clin. (Barc).* 143(9):381-5. doi: 10.1016/j.medcli.2013.07.031.
- Donmez, G., Wang, D., Cohen, D.E., Guarente, L., (2010). SIRT1 suppresses beta-amyloid production by activating the alpha-secretase gene ADAM10. *Cell.* 142(2):320-32. doi: 10.1016/j.cell.2010.06.020.
- Douaud, G., Refsum, H., de Jager, C.A., Jacoby, R., Nichols, T.E., Smith, S.M., Smith, A.D., (2013). Preventing Alzheimer's disease-related gray matter atrophy by B-vitamin treatment. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 110(23):9523-8. doi: 10.1073/pnas.1301816110.
- Dries, D.R., Yu, G., (2008). Assembly, maturation, and trafficking of the gamma-secretase complex in Alzheimer's disease. *Curr. Alzheimer. Res.* 5(2):132-46.
- Fabelo, N., Martín, V., Marín, R., Santpere, G., Aso, E., Ferrer, I., Díaz, M., (2012). Evidence for premature lipid raft aging in APP/PS1 double-transgenic mice, a model of familial Alzheimer disease. *J. Neuropathol. Exp. Neurol.* 71(10):868-81.
- Fujita, S., Rasmussen, B.B., Cadenas, J.G., Drummond, M.J., Glynn, E.L., Sattler, F.R., Volpi, E., (2007). Aerobic exercise overcomes the age-related insulin resistance of muscle protein metabolism by improving endothelial function and Akt/mammalian target of rapamycin signaling. *Diabetes.* 56(6):1615-22.

- Guerra-Silla, M.G., Gutiérrez-Robledo, L.M., Villalpando-Berumen, J.M., Pérez-Zepeda, M.U., Montaña-Álvarez, M., Reyes-Guerrero, J., Rosas-Carrasco, Ó., (2011). Psychometric evaluation of a Spanish language version of the Screen for Caregiver Burden (SCB) in caregivers of patients with mixed, vascular and Alzheimer's dementia. *J. Clin. Nurs.* 20(23-24):3443-51. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03658.x.
- Gutiérrez Robledo, L.M., Arrieta Cruz, I., (coords.) (2014). Plan de acción Alzheimer y otras demencias. México. México: Instituto Nacional de Geriátria/Secretaría de Salud. [Online]. Available: http://inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/plan_alzheimer_WEB.pdf
- Gutiérrez-Hermosillo, H., Díaz De León-González, E., Palacios-Corona, R., Cedillo-Rodríguez, J.A., Camacho-Luis, A., Reyes-Romero, M.A., et. al., (2015). C allele of the rs2209972 single nucleotide polymorphism of the insulin degrading enzyme gene and Alzheimer's disease in type 2 diabetes, a case control study. *Med. Clin. (Barc).* 144(4):151-5. doi: 10.1016/j.medcli.2013.09.035.
- Hamilton, R.L., (2000). Lewy bodies in Alzheimer's disease: a neuropathological review of 145 cases using alpha-synuclein immunohistochemistry. *Brain Pathol.* 10(3):378-84.
- Haughey, N.J., Bandaru, V.V., Bae, M., Mattson, M.P., (2010). Roles for dysfunctional sphingolipid metabolism in Alzheimer's disease neuropathogenesis. *Biochim. Biophys. Acta.* 1801: 878–886.
- Heredia Guerra, LF. (2006). Ejercicio físico y deporte en los adultos mayores. *GEROINFO. RNPS.* 2110. Vol. 1 No. 4.
- Hernandez, F., Avila, J., (2007). Tauopathies. *Cell. Mol. Life. Sci.* 64;2219 –2233.
- Herrera-Rivero, M., Hernández-Aguilar, M., Aranda-Abreu, G., (2015). A strategy focused on MAPT, APP, NCSTN and BACE1 to build blood classifiers for Alzheimer's disease. *J. Theor. Biol.* 376:32-8. doi: 10.1016/j.jtbi.2015.03.039.
- Herrera-Rivero, M., Soto-Cid, A., Hernández, M., Aranda-Abreu, G., (2013). Tau, APP, NCT and BACE1 in lymphocytes through cognitively normal ageing and neuropathology. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, 85(4): 1489-1496.
- Herrera-Rivero, M., Soto-Cid, A., Hernández, M.E., Aranda-Abreu, G.E., (2013). Tau, APP, NCT and BACE1 in lymphocytes through cognitively normal ageing and neuropathology. *An. Acad. Bras. Cienc.* 85(4):1489-96. doi: 10.1590/0001-376520130013.
- Hu, J., Lin, T., Gao, Y., Xu, J., Jiang, C., Wang, G., et. al. (2015). The resveratrol trimer miyabenol C inhibits β -secretase activity and β -amyloid generation. *PLoS One.* 10(1):e0115973. doi: 10.1371/journal.pone.0115973. eCollection 2015.
- Hügel, H.M., Jackson, N., (2015). Polyphenols for the prevention and treatment of dementia diseases. *Neural. Regen. Res.* 10(11):1756-8. doi: 10.4103/1673-5374.
- Irizarry, M.C., Kim, T.W., McNamara, M., Tanzi, R.E., George, J.M., Clayton, D.F., Hyman, B.T., (1996). Characterization of the precursor protein of the non-A beta component of senile plaques (NACP) in the human central nervous system. *J. Neuropathol. Exp. Neurol.* 55(8):889-95.
- Jorissen, E., Prox, J., Bernreuther, C., Weber, S., Schwanbeck, R., Serneels, L., et. al., (2010). The disintegrin/metalloproteinase ADAM10 is essential for the establishment of the brain cortex. *J. Neurosci.* 30(14):4833-44. doi: 10.1523/JNEUROSCI.5221-09.2010.

- Juárez-Cedillo, T., Jarillo-Soto, EC., Rosas-Carrasco, O.. (2013). Social Representation of Dementia and Its Influence on the Search for Early Care by Family Member Caregivers. *Am. J. Alzheimers. Dis. Other. Demen.* 29(4):344-353.
- Kanekar, S., Poot, J.D., (2014). Neuroimaging of vascular dementia. *Radiol. Clin. North. Am.* 52(2):383-401. doi: 10.1016/j.rcl.2013.11.004.
- Karp, A., Andel, R., Parker, M.G., et al., (2009). Mentally stimulating activities at work during midlife and dementia risk after age 75: follow-up study from the Kungsholmen Project. *Am. J. Geriatr. Psychiatry.*17(3):227-36.
- Keeney, J.T., Ibrahim, S., Zhao, L., (2015). Human ApoE Isoforms Differentially Modulate Glucose and Amyloid Metabolic Pathways in Female Brain: Evidence of the Mechanism of Neuroprotection by ApoE2 and Implications for Alzheimer's Disease Prevention and Early Intervention. *J. Alzheimers. Dis.* 48(2):411-24. doi: 10.3233/JAD-150348.
- Kesslak, J., Nackoul, K. & Sandman, C. (1997). Memory training for individuals with Alzheimer's disease improves name recall. *Behavioural. Neurology.* 10:137-142.
- Kim, M., Jaehong, S., Donna, R., Mimy, H., Truong, K. M., Basavaraj, H., et. al., (2009). Potential late-onset Alzheimer's disease-associated mutations in the ADAM10 gene attenuate a-secretase activity. *Hum. Mol. Genet.* 20: 3987–3996.
- Langa, K.M., Foster, N.L., Larson, E.B., (2004). Mixed dementia: emerging concepts and therapeutic implications. *JAMA.* 292(23):2901-8.
- Lin, T.W., Kuo, Y.M., (2013). Exercise benefits brain function: the monoamine connection. *Brain. Sci.* 3(1):39-53. doi: 10.3390/brainsci3010039.
- Lin, T.W., Shih, Y.H., Chen, S.J., Lien, C.H., Chang, C.Y., Huang, T.Y. (2015). Running exercise delays neurodegeneration in amygdala and hippocampus of Alzheimer's disease (APP/PS1) transgenic mice. *Neurobiol. Learn. Mem.* 118:189-97. doi: 10.1016/j.nlm.2014.12.005.
- Lin, T.W., Shih, Y.H., Chen, S.J., Lien, C.H., Chang, C.Y., Huang, T.Y., et. al. (2015). Running exercise delays neurodegeneration in amygdala and hippocampus of Alzheimer's disease (APP/PS1) transgenic mice. *Neurobiol, Learn. Mem.*118:189-97. doi: 10.1016/j.nlm.2014.12.005.
- Llaca Martínez., C, Pérez Lizaur AB (2009). Alimentación en la tercera edad. En: 10 hábitos efectivos para la salud del adulto mayor. Tomo I. Editado: Universidad Iberoamericana/Instituto de Geriatria. ISBN: 978-607-00-1308-9.
- Loera-Castañeda, V., Sandoval-Ramírez, L., Pacheco Moisés, F.P., Macías-Islas, M.Á., Alatorre Jiménez, M.A., González-Renovato, E.D., et. al., (2014). Novel Point Mutations and A8027G Polymorphism in Mitochondrial-DNA-Encoded Cytochrome c Oxidase II Gene in Mexican Patients with Probable Alzheimer Disease. *Int. J. Alzheimers. Dis.* 2014:794530. doi: 10.1155/2014/794530.
- Luna-Muñoz, J., Perry, G., Guevara, J., (2015). Raúl Mena: 1953-2014. *J. Alzheimers. Dis.* 45(2):325-7. doi: 10.3233/JAD-150134.
- Luo, Y., Bolon, B., Kahn, S., Bennett, B.D., Babu-Khan, S., Denis, P., et. al., (2001). Mice deficient in BACE1, the Alzheimer's beta-secretase, have normal phenotype and abolished beta-amyloid generation. *Nat. Neurosci.* 4(3):231-2.

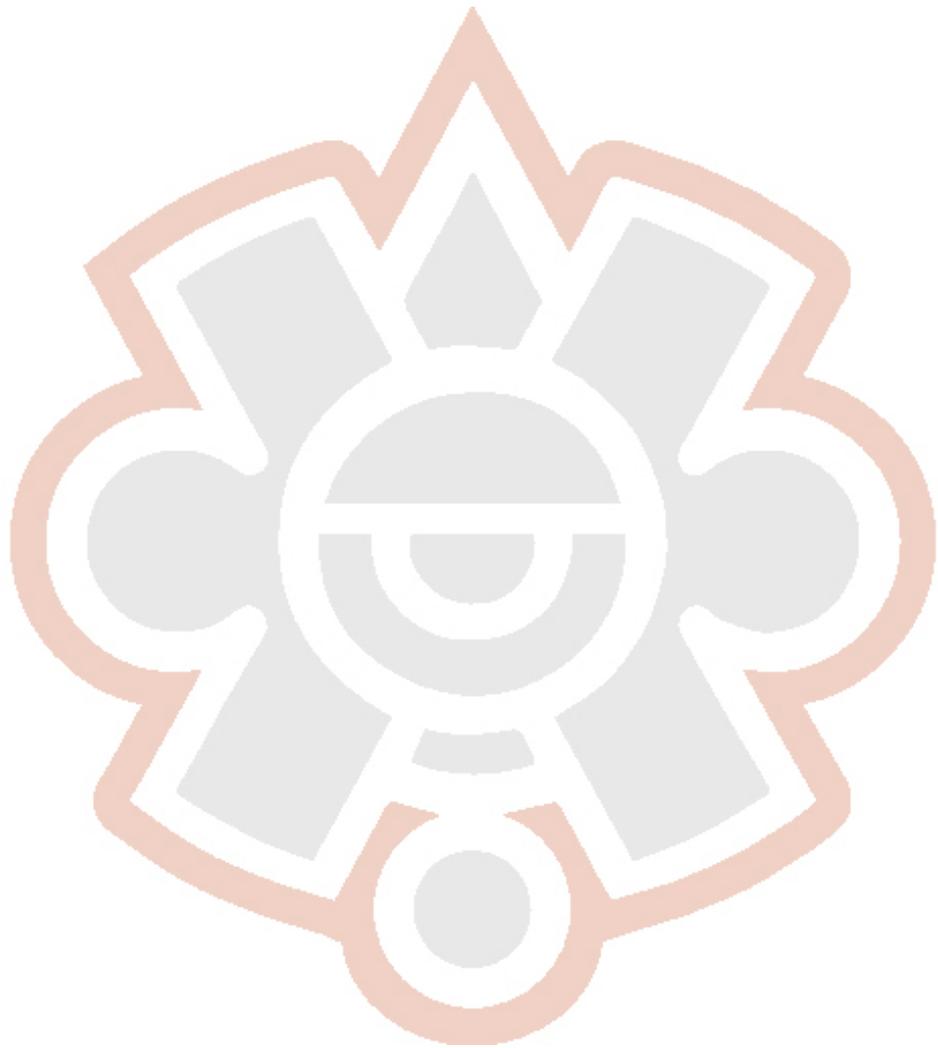
- Ma, X., Sun, Z., Liu, Y., Jia, Y., Zhang, B., Zhang, J., (2013). Resveratrol improves cognition and reduces oxidative stress in rats with vascular dementia. *Neural. Regen. Res.* 8(22):2050-9. doi: 10.3969/j.issn.1673-5374.2013.22.004.
- Maas, T., Eidenmuller, J., Brandt, R., (2000). Interaction of tau with the neural membrane cortex is regulated by phosphorylation at sites that are modified in paired helical filaments. *J. Biol. Chem.* 275:15733–15740.
- Massoud, F., Devi, G., Stern, Y., Lawton, A., Goldman, J.E., Liu, Y., et.al., (1999). A clinicopathological comparison of community-based and clinic-based cohorts of patients with dementia. *Arch. Neurol.* 56(11):1368-73.
- Masters, C.L., Multhaup, G., Simms, G., Pottgiesser, J., Martins, R.N., Beyreuther, K., (1985). Neuronal origin of a cerebral amyloid: neurofibrillary tangles of Alzheimer's disease contain the same protein as the amyloid of plaque cores and blood vessels. *EMBO J.* 4(11):2757-63.
- Mateos-Cáceres, P.J., Zamorano-León, J.J., Rodríguez-Sierra, P., Macaya, C., López-Farré, A.J., (2012). New and old mechanisms associated with hypertension in the elderly. *Int. J. Hypertens.* 150107:1-10.
- McKeith, I.G., Perry, E.K., Perry, R.H., (1999). Report of the second dementia with Lewy body international workshop: diagnosis and treatment. Consortium on Dementia with Lewy Bodies. *Neurology.* 53(5):902-5.
- McKhann, G.M., Albert, M.S., Grossman, M., Miller, B., Dickson, D., Trojanowski, J.Q., (2001). Work Group on Frontotemporal Dementia and Pick's Disease. Clinical and pathological diagnosis of frontotemporal dementia: report of the Work Group on Frontotemporal Dementia and Pick's Disease. *Arch. Neurol.* 58(11):1803-9.
- Mena López, R., Un banco de cerebros en México: Conceptos básicos. CONADIC. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Alz-06.pdf>
- Neumann, U., Rueeger, H., Machauer, R., Veenstra, S.J., Lueoend, R.M., Tintelnot-Blomley, M., et. al., (2015). A novel BACE inhibitor NB-360 shows a superior pharmacological profile and robust reduction of amyloid- β and neuroinflammation in APP transgenic mice. *Mol. Neurodegener.* 10:44. doi: 10.1186/s13024-015-0033-8.
- Neumann, U., Rueeger, H., Machauer, R., Veenstra, S.J., Lueoend, R.M., Tintelnot-Blomley, M., et. al., (2015). A novel BACE inhibitor NB-360 shows a superior pharmacological profile and robust reduction of amyloid- β and neuroinflammation in APP transgenic mice. *Mol. Neurodegener.* 10:44. doi: 10.1186/s13024-015-0033-8.
- O'Neill, D., Barber, R.D., (1993). Reversible dementia caused by vitamin B12 deficiency. *J. Am. Geriatr. Soc.* 41(2):192-3.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Niveles recomendados de actividad física para la salud de 65 años en adelante. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/
- Panza, F., et al. (2006). Lipid metabolism in cognitive decline and dementia. *Brain. Res. Rev.* 51:275–292.
- Panza, F., Solfrizzi, V., Barulli, M.R., Bonfiglio, C., Guerra, V., Osella, A., (2015). Coffee, tea, and caffeine consumption and prevention of late-life cognitive decline and dementia: a systematic review. *J. Nutr. Health. Aging.* 19(3):313-28. doi: 10.1007/s12603-014-0563-8.

- Paris, D., Bachmeier, C., Patel, N., Quadros, A., Volmar, C.H., Laporte, V., Ganey, J., et. al., (2011). Selective antihypertensive dihydropyridines lower A β accumulation by targeting both the production and the clearance of A β across the blood-brain barrier. *Mol. Med.* 17(3-4):149-62.
- Raber, J., Huang, Y., Ashford, J.W., (2004). ApoE genotype accounts for the vast majority of AD risk and AD pathology. *Neurobiol. Aging.* 25(5):641-50.
- Rodney, D., McComb, K. A., Miller, Steven, D., Carson, T., (1991). Factor Antigen in Senile Plaques of Alzheimer's Disease. *Am. J. Pathol.* 139: 3; 491-494.
- Rohn, T.T., (2014). Is apolipoprotein E4 an important risk factor for vascular dementia? *Int. J. Clin. Exp. Pathol.* 7(7):3504-11. eCollection 2014.
- Román, G.C., (2004). Facts, myths, and controversies in vascular dementia. *J. Neurol. Sci.* 226(1-2):49-52.
- Rosas-Carrasco, Ó., Guerra-Silla, M.G., Torres-Arreola, L. P., García-Peña, C., Escamilla-Jiménez, C.I., González-González, C., (2014). Caregiver burden of Mexican dementia patients: the role of dysexecutive syndrome, sleep disorders, schooling and caregiver depression. *Geriatr. Gerontol. Int.*14(1):146-52. doi: 10.1111/ggi.12072.
- Rosas-Carrasco, O., Torres-Arreola, L. P., Guerra-Silla, M.G., Torres-Castro, S., Gutierrez-Robledo, L.M., (2010). Validation of the Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD) scale in Mexican patients with Alzheimer, vascular and mixed-type dementia. *Rev. Neurol.* 51(2):72-80.
- Rossi, G., Tagliavini, F., (2015). Frontotemporal lobar degeneration: old knowledge and new insight into the pathogenetic mechanisms of tau mutations. *Front. Aging. Neurosci.* 7:192. doi: 10.3389/fnagi.2015.00192.
- Sánchez Cuevas, M., Jiménez Reséndiz, S.P., Morgado Vázquez, J.S., (2009). La Homocisteína: Un aminoácido neurotóxico. *REB.* 28(1): 3-8.
- Sánchez-González, V.J., Ortiz, G.G., Gallegos-Arreola, P., Macías-Islas, M.A., Arias-Merino, E.D., Loera-Castañeda, V., et. al., (2006). Altered beta-amyloid precursor protein isoforms in Mexican Alzheimer's Disease patients. *Dis. Markers.* 22(3):119-25.
- Satoh, M., Ogawa, J., Tokita, T., Nakaguchi, N., Nakao, K., Kida, H., Tomimoto, H., (2014). The effects of physical exercise with music on cognitive function of elderly people: Mihama-Kiho project. *PLoS One.* 9(4):e95230. doi: 10.1371/journal.pone.0095230.
- Savaskan, E., Höchli, M., Ganten, D., Chan-Palay, V., (1991). Angiotensin II Immunoreactivity in the Human Striatum and Hippocampus of Elderly Controls and Patients with Senile Dementia of the Alzheimer Type and Multi-Infarct Dementia. *Dement. Geriatric. Cognitive. Disorders.* 2: 314–323.
- Savaskan, E., Hock, C., Olivieri, G., Bruttel, S., Rosenberg, C., et al., (2001). Cortical alterations of angiotensin converting enzyme, angiotensin II and AT1 receptor in Alzheimer's dementia. *Neurobiol. Aging.* 22:541–546.
- Schupf, N., Sergievsky, G.H., (2002). Genetic and host factors for dementia in Down's syndrome. *Br. J. Psych.* 180:405-10.
- Scott, W.K., Grubber, J.M., Conneally, P.M., Small, G.W., Hulette, C.M., Rosenberg, C.K., et. al., (2000). Fine mapping of the chromosome 12 late-onset Alzheimer disease locus: potential genetic and phenotypic heterogeneity. *Am. J. Hum. Genet.* 66(3):922-32.

- Sennvik, K., Fastbom, J., Blomberg, M., Wahlund, L.O., Winblad, B., Benedikz, E., (2000). Levels of alpha- and beta-secretase cleaved amyloid precursor protein in the cerebrospinal fluid of Alzheimer's disease patients. *Neurosci. Lett.* 278:169–172.
- Seshadri, S., Beiser, A., Selhub, J., Jacques, F.P., Rosenberg, H.I., D'Agostino, B., et. al., (2002). Plasma Homocysteine as a Risk Factor for Dementia and Alzheimer's Disease. *N. Engl. J. Med.* 346:476-486.
- Seubert, P., Oltersdorf, T., Lee, M.G., Barbour, R., Blomquist, C., Davis, D.L., et. al., (1993). Secretion of beta-amyloid precursor protein cleaved at the amino terminus of the beta-amyloid peptide. *Nature.* 361(6409):260-3.
- Shea, Y.F., Chu, L.W., Chan, A.O., Ha, J., Li, Y., Song, Y.Q., (2016). A systematic review of familial Alzheimer's disease: Differences in presentation of clinical features among three mutated genes and potential ethnic differences. *J Formos. Med. Assoc.* 115(2):67-75. doi: 10.1016/j.jfma.2015.08.004.
- Shefer, G., Rauner, G., Yablonka-Reuveni, Z., Benayahu, D., (2010). Reduced satellite cell numbers and myogenic capacity in aging can be alleviated by endurance exercise. *PLoS One.* 5(10):e13307. doi: 10.1371/journal.pone.0013307.
- Shen, J., Bronson, R.T., Chen, D.F., Xia, W., Selkoe, D.J., Tonegawa, S., (1997). Skeletal and CNS defects in Presenilin-1-deficient mice. *Cell.* 89(4):629-39.
- Simonsick, E.M., (2003). Fitness and cognition: encouraging findings and methodological considerations for future work. *J. Am. Ger. Soc.* 51(4):570-571.
- Sisodia, S.S., Price, D.L., (1995). Role of the β -amyloid protein in Alzheimer's disease. *FASEB J.* 9:366-370.
- Sosa, A.L., (2010). Epidemiología de las demencias. *Envejecimiento Humano una visión transdisciplinaria.* Instituto de Geriatria SSA. pp402.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M. et. al., (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry.* 183: 248-254.
- Stewart, R., White, L.R., Xue, Q.L., Launer, L.J., (2007). Twenty-six-year change in total cholesterol levels and incident dementia: the Honolulu–Asia Aging Study. *Arch. Neurol.* 64:103–107.
- Sun, Z.K., Ma, X.R., Jia, Y.J., Liu, Y.R., Zhang, J.W., Zhang, B.A., (2014). Effects of resveratrol on apoptosis in a rat model of vascular dementia. *Exp. Ther. Med.* 7(4):843-848.
- Svennerholm, L., Bråne, G., Karlsson, I., Lekman, A., Ramström, I., Wikkelso, C., (2002). Alzheimer disease - effect of continuous intracerebroventricular treatment with GM1 ganglioside and a systematic activation programme. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 14(3):128-36.
- Tamboli, I.Y., Prager, K., Thal, D.R., Thelen, K.M., Dewachter, I., Pietrzik, C.U., et. al., (2008). Loss of gamma-secretase function impairs endocytosis of lipoprotein particles and membrane cholesterol homeostasis. *J. Neurosci.* 28(46):12097-106. doi: 10.1523/JNEUROSCI.2635-08.2008.
- Todman, D., (2009). Arnold Pick (1851-1924). *J. Neurol.* 256(3):504-5. doi: 10.1007/s00415-009-0141-x.
- Toral-Rios, D., Franco-Bocanegra, D., Rosas-Carrasco, O., Mena-Barranco, F., Carvajal-García, R., Meraz-Ríos, M.A., Campos-Peña, V., (2015). Evaluation of inflammation-related genes polymorphisms in Mexican with Alzheimer's disease: a pilot study. *Front. Cell. Neurosci.* 9:148.

doi: 10.3389/fncel.2015.00148.

- Verdile, G., Gandy, S.E., Martins, R.N., (2007). The role of presenilin and its interacting proteins in the biogenesis of Alzheimer's beta amyloid. *Neurochem. Res.* 32 (4-5):609-23.
- Villalpando-Berumen, J.M., Mejia-Arango, S., Aguilar-Salinas, C.A., Ordonez-Sanchez, M.L., Gutierrez-Robledo, L.M., (2008). Apolipoprotein E epsilon4, Alzheimer's disease, and cognitive performance in elderly Mexican Mestizos. *J. Am. Geriatr. Soc.* 56(4):677-82. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01606.x.
- Wang, H.X., Karp, A., Winblad, B., et. al., (2002). Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen project. *Am. J. Epidemiol.* 155(12):1081-7.
- Wang, J., Ho, L., Chen, L., Zhao, Z., Zhao, W., Qian, X., Humala, N., et al., (2007). Valsartan lowers brain beta-amyloid protein levels and improves spatial learning in a mouse model of Alzheimer disease. *J. Clin. Invest.* 117(11):3393-402.
- WHO: "Dementia: A Public Health Priority". Washington, DC. 2012. [Online]. Available: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf.
- Wischik, C.M., Novak, M., Edwards, P.C., Klug, A., Tichelaar, W., Crowther, R.A., (1988). Structural characterization of the core of the paired helical filament of Alzheimer disease. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 85 (13):4884-8.
- World Alzheimer's Report 2015. London, Alzheimer's Disease International (ADI). [Online]. Available: <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>
- Wysocki, M., Luo, X., Schmeidler, J., Dahlman, K., Lesser, G.T., Grossman, H., Haroutunian, V., Beeri, M.S., (2012). Hypertension is associated with cognitive decline in elderly people at high risk for dementia. *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 20(2):179-87. doi: 10.1097/JGP.0b013e31820ee833.
- Xu, P.T., Schmechel, D., Qiu, H.L., Herbstreith, M., Rothrock-Christian, T., Eyster, M., et. al. (1999). Sialylated human apolipoprotein E (apoEs) is preferentially associated with neuron-enriched cultures from APOE transgenic mice. *Neurobiol. Dis.* 6(1):63-75.
- Xu, Y., Berglund, L., Ramakrishnan, R., Mayeux, R., Ngai, C., Holleran, S., et. al., (1999). A common Hpa I RFLP of apolipoprotein C-I increases gene transcription and exhibits an ethnically distinct pattern of linkage disequilibrium with the alleles of apolipoprotein E. *J. Lipid. Res.* 40(1):50-8.
- Ye, X., Tai, W., Bao, X., Chen, X., Zhang, D., (2014). FLZ inhibited γ -secretase selectively and decreased A β mitochondrial production in APP-SH-SY5Y cells. *Naunyn. Schmiedebergs. Arch. Pharmacol.* 387(1):75-85. doi: 10.1007/s00210-013-0918-4.
- Yescas, P., Huertas-Vazquez, A., Villarreal-Molina, M.T., Rasmussen, A., Tusié-Luna, M.T., López, M., (2006). Founder effect for the Ala431Glu mutation of the presenilin 1 gene causing early-onset Alzheimer's disease in Mexican families. *Neurogenetics.* 7(3):195-200.



Segunda parte

Tópicos prácticos



Evaluación de la marcha y el equilibrio en personas con demencia: encuadre desde un programa de ejercicio físico

Ignacio Martínez González Moro, Ana López García, María Carrasco Poyatos

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo: determinar el grado de influencia de un programa de ejercicio físico sobre los cambios en la evolución de la marcha y el equilibrio, en personas diagnosticadas con demencia. Por medio del test de Tinetti, 25 pacientes fueron evaluados cada seis meses y durante un año. Los resultados registraron un declive de 1.2 puntos ± 3.02 , valores no significativos comparados con el resultado obtenido por quienes fueron recientemente diagnosticados y el 44% no disminuyó su puntuación. Asimismo, mostraron que los pacientes con un diagnóstico reciente mantienen mejor las capacidades de la marcha y el equilibrio, lo que induce a concluir que los programas de ejercicio físico deben iniciar luego del diagnóstico a fin de lograr cambios satisfactorios.

Palabras clave

Demencia, equilibrio, marcha, test de Tinetti, ejercicio físico.

Introducción

En sentido amplio la demencia consiste en la pérdida progresiva de las funciones cognitivas. Es también consecuencia de una alteración degenerativa con déficits cognitivos entre los que se encuentran: el deterioro y/o alteración de la memoria que afecta la capacidad del individuo para aprender nueva información o recordar lo aprendido con anterioridad. Igualmente, constituye un déficit cognitivo la afasia o pérdida de capacidad para producir o comprender el lenguaje. Un tercer déficit es la apraxia o el deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades que implican movimiento físico, pese a que la función motora se encuentra intacta. Por último, la agnosia, consiste en la incapacidad para reconocer o identificar objetos, aunque la función sensorial permanezca intacta, además de alterar la ejecución de operaciones como la planificación, organización, secuenciación y abstracción. Estos déficits producen un significativo deterioro de la salud constitutiva del sujeto (IMSERSO, 2008).

Existen diferentes causas que originan la demencia, las más frecuentes son la enfermedad de Alzheimer (Cummings, 2012) y la demencia vascular (DV); ambos padecimientos conllevan la pérdida de las funciones cognitivas. Otras patologías que la pueden producir son: el VIH, la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington y la de Pick (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). Además de afectar la capacidad cognitiva, la demencia genera disminución en la respuesta de alerta y reacción ante los peligros, puede producir alteraciones de la marcha y en consecuencia genera el riesgo de provocar caídas en los enfermos (Fabre, *et al.*, 2010; Rubinstein, *et al.*, 2003; y Wood, *et al.*, 2002).

En las personas con demencia las alteraciones de la marcha son producidas porque el sistema que controla la locomoción se encuentra desorganizado y por la pérdida de funciones ejecutivas, en particular, la atención y memoria de trabajo. Por este tipo de déficit los enfermos de Alzheimer comparados con personas de su misma edad, presentan dificultades en la marcha, por ejemplo: mayor lentitud al aproximarse y cruzar un obstáculo, dan pasos más cortos, tienen menor velocidad de marcha y un inferior tiempo en la frecuencia de pasos, además de mostrar más variación en los pasos y balanceo. De acuerdo con Sheridan y Hausdorff (2007), la prevalencia de las alteraciones en la marcha, aumenta con la evolución de la demencia. Las personas con un tipo de demencia distinta al Alzheimer obtienen una puntuación más baja en los test de la marcha y el equilibrio, en comparación con el resultado obtenido por los enfermos de Alzheimer (Allan, *et al.*, 2005).

Con el propósito de prevenir y disminuir el riesgo de sufrir caídas, preservar las capacidades físicas y apoyar la calidad de vida de las personas con demencia, se han impulsado numerosos programas de ejercicio físico con este tipo de enfermos, (Viñolo, *et al.*, 2006; Rolland *et al.*, 2007; Santana-Sosa, *et al.*, 2008; Aman y Thomas, 2009; Chang, *et al.*, 2011; y Venturelli, *et al.*, 2011, entre otros). Asimismo, existen suficientes evidencias que prueban la función protectora del ejercicio contra la manifestación de la demencia, si se realiza con moderación y de forma regular (Laurin, *et al.*, 2001; Larson *et al.*, 2006; Ahlskog, *et al.*, 2011; y Colombe, *et al.*, 2006). En la actualidad el panorama para los afectados es muy drástico pues no existe cura para la demencia. Sin embargo, existen tratamientos farmacológicos y terapias físicas a fin de retardar el deterioro de las capacidades cognitivas (Alzheimer's Association, 2014). Del conjunto de terapias que existen, el ejercicio físico beneficia las capacidades físicas y las cognitivas en este tipo de pacientes, aunque es necesario profundizar sobre su eficacia (Viñolo *et al.*, 2006). Lo adecuado en estas terapias es preservar las capacidades físicas bajo óptimas condiciones durante el máximo tiempo posible para disminuir diversos riesgos, en especial, evitar sufrir caídas. En éste sentido, el objetivo del estudio es determinar el grado de influencia de un programa de ejercicio físico sobre la evolución de las capacidades de marcha y equilibrio, en un grupo de individuos diagnosticados con demencia.

Material y métodos

La población de estudio estuvo conformada por 25 personas, de las cuales seis son hombres y 19 mujeres. Todos ellos son usuarios del Centro de Día, institución que pertenece a la Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer (AFAMUR), en la región de Murcia, España. Luego de aprobar el proyecto, los representantes legales de la asociación firmaron el consentimiento para que los usuarios, adultos mayores, participaran en el estudio. La edad de los individuos oscila entre los 59 y los 88 años, con una media de 76.4 ± 8.81 años. La mayoría tienen Alzheimer (19 individuos), otros cinco sujetos diagnosticados con demencia mixta y sólo uno tiene otro tipo de demencia. En función del grado de deterioro global de los sujetos (GDS) el grupo de 25 participantes fue dividido en dos: 13 individuos formaron el grupo ubicado en fase inicial-moderada de demencia (grupo inicial), mientras que otros 12 integraron el grupo de la fase moderada-avanzada (grupo avanzado). Las personas con GDS menor o igual a 4 puntos, fueron asignadas al primer grupo y los que tienen un GDS mayor o igual a 6 puntos, al grupo avanzado (Reisberg, *et al.*, 1982). Para evaluarlos se aplicó el test de Tinetti (1986) constituido por dos sub-escalas: una para medir el equilibrio y otra para calcular la marcha.

La evaluación del equilibrio inició solicitando al sujeto permanecer sentado en una silla dura sin reposabrazos, con los pies en el suelo y la espalda apoyada en el respaldo. La puntuación establecida para los primeros ejercicios fue 0, 1 o 2 (donde el valor 0= la incapacidad para realizar la acción con normalidad; el valor 2= la ausencia de alteraciones). Los ejercicios fueron los siguientes: levantarse, intentos para levantarse, equilibrio en bipedestación inmediata, equilibrio en bipedestación, equilibrio ante empujes, giro de 360° y sentarse. Se evaluó con 0 o 1, (0= la alteración y 1= la ejecución normal). Siguiendo ejercicio: guardar el equilibrio manteniéndose sentado de forma autónoma y conservar el equilibrio con los ojos cerrados. La puntuación máxima para medir el equilibrio fue de 16 puntos.

Para calcular la marcha, se pidió al individuo que caminara a lo largo de ocho metros con paso normal y dé vuelta lo más rápido posible, pero de forma segura. Se le explica previamente cuál es el punto de partida y hasta dónde debe caminar tratando de seguir una trayectoria rectilínea. La evaluación aplica una puntuación de 0, 1 o 2, (el valor 0= a la alteración marcada por ese aspecto de la marcha; el valor 2= la ejecución normal del mismo). Los ejercicios son los siguientes: longitud del paso con cada pie, altura del paso con cada pie, trayectoria y balanceo de tronco. Se valoró con 0 o 1, (el valor 0= la alteración y el valor 1= la normalidad). Siguiendo ejercicio: inicio de la marcha, simetría de los pasos, fluidez de los pasos y distancia entre los talones. La puntuación máxima para medir la marcha fue de 12 puntos.

La puntuación máxima del test de Tinetti es de 28 puntos, significa que con una puntuación menor a 24, el individuo está en *riesgo* de sufrir una caída; en cambio, si la puntuación es menor a 19 puntos, el resultado indica que el sujeto está en *alto riesgo* de sufrir una caída (Vega, *et al.*, 2010). La evaluación de cada uno de los participantes se aplicó en tres momentos distintos a lo

largo de un año: primera valoración inicial, la segunda seis meses después y la final doce meses después de la primera. Cabe señalar que todas las exploraciones estuvieron a cargo del mismo profesionalista y que el registro de datos se anotó en un formato específico, diseñado previamente.

En el tiempo transcurrido entre cada evaluación el programa de psicomotricidad y ejercicio físico fue impartido. Los adultos mayores participaron y asistieron por ese motivo de lunes a viernes al Centro de Día. Fueron divididos en dos grupos con base en el GDS, realizaron sesiones por separado y estuvieron guiados por un fisioterapeuta, quien adaptó la complejidad de los ejercicios de acuerdo con las características de cada grupo. Las actividades de ejercicio físico y psicomotricidad fueron conducidas con el propósito de mejorar el equilibrio, la movilidad, la fuerza, la lateralidad, la coordinación y la motricidad fina. Como materiales de apoyo fueron utilizados: pelotas, aros de diferentes tamaños, globos, cintas elásticas, balones medicinales, picas, trapos, lazos, pinzas y una diana. Cada grupo realizó cinco sesiones de 45 minutos, durante cada semana.

Como parte del proceso de estudio, se analizaron las diferencias resultantes de la evaluación inicial y la segunda, seis meses después de la primera; asimismo, la segunda y la tercera, doce meses después de la primera; por último, fueron examinadas las diferencias entre la evaluación inicial y la de un año. Para el análisis estadístico de los datos fue utilizado el programa SPSSv19. Las variables cuantitativas fueron descritas con valores medios y desviaciones estándar y las variables cualitativas por frecuencias (porcentajes). Por otro lado, las muestras independientes fueron examinadas con base en la prueba T para comparar los grupos delimitados, aunque previamente fue aplicada la prueba Levene a fin de asumir que las varianzas son iguales y con una probabilidad mayor de 0.05.

En el estudio de la variabilidad se aplicó la prueba diseñada para muestras relacionadas, la prueba T pareada. La correlación entre las variables cuantitativas fue examinada con el coeficiente de correlación r de *Pearson*. Mientras que las variables dependientes son las puntuaciones obtenidas cada vez que se aplicó el test de Tinetti. Por último, las variables independientes fueron: el sexo, la edad, el grupo asignado, el tipo de demencia y el tiempo transcurrido (medido en años) entre el diagnóstico y la evaluación.

Resultados

La edad media resultante fue de 76.4 años \pm 8.81; 76.5 para los hombres y 76.42 para las mujeres, sin mostrar diferencias significativas entre ambos sexos. Los sujetos fueron diagnosticados entre 0 y 12 años antes de ingresar al Centro de Día, con una media de 2.64 \pm 2.81 años. El tiempo transcurrido a partir de que hombres y mujeres fueron diagnosticados, tiene una media de 3.66 \pm 4.5 y 2.31 \pm 2.1 años, respectivamente. Significa que no se encontraron diferencias notables en relación con el tiempo. Los pacientes del grupo inicial fueron diagnosticados con una media de tiempo de 2.15 años \pm 1.86 y los del grupo avanzado en 3.16 \pm 3.58 años; tampoco en este caso se observaron diferencias sobresalientes.

En cuanto al GDS del grupo más numeroso fue 4; mientras que en el grado más avanzado solamente se incluyen dos sujetos del sexo masculino. Por otra parte, la mayoría de mujeres del grupo avanzado tienen un GDS 5. En general, se aprecia que los hombres del estudio están más deteriorados que las mujeres.

En la Tabla 1, se muestran los datos de las puntuaciones medias obtenidas globalmente del test de Tinetti y su desviación estándar (sd), según el grupo, sexo, edad y tipo de demencia para cada una de las tres evaluaciones. Desde el punto de vista estadístico no se apreciaron diferencias significativas entre el grupo inicial y el avanzado, en ninguna de las tres evaluaciones; aunque el grupo avanzado obtuvo valores ligeramente inferiores en las evaluaciones. Ambos son grupos homogéneos y su dispersión es similar (figura 1). En los dos grupos disminuyó su puntuación del test de Tinetti; en el grupo inicial el descenso fue progresivo, mientras que el grupo avanzado, durante los primeros seis meses, mantuvo su puntuación.

Los hombres y las mujeres muestran puntuaciones medias similares, pero en ambos géneros la tendencia registrada fue a disminuir, aunque más pronunciada en los varones (figura 2). Las mujeres lograron mantener su capacidad de marcha y equilibrio en forma más eficaz, a diferencia de los hombres. En la evaluación inicial, la puntuación de los varones es ligeramente superior a la de las mujeres, pero en las siguientes valoraciones esta diferencia se acentúa progresivamente a favor de las mujeres. Los hombres presentaron un descenso en la puntuación a lo largo del seguimiento, pero no significativo, en las mujeres el deterioro es menos pronunciado aunque también es progresivo. A partir de la división de la población en menores de 80 años y personas mayores a esa edad, los resultados mostraron que en las tres evaluaciones los mayores de 80 obtuvieron una puntuación más baja y que en los otros participantes existe un descenso mayor en el segundo semestre, esto indica la tendencia a igualarse en puntuaciones aunque sin diferencia importante (figura 3).

Por otra parte, en función de la demencia tampoco se obtuvieron diferencias significativas en las medias de los dos grupos; no obstante, el grupo que no tiene Alzheimer, mostró una mayor dispersión de valores. Se puede observar que los enfermos de Alzheimer presentaron puntuaciones más bajas (test de Tinetti) a diferencia de los otros pacientes en las tres evaluaciones realizadas. Asimismo, el grupo con Alzheimer presentó un descenso progresivo en su capacidad de marcha y equilibrio, disminución más pronunciada entre la segunda y tercera evaluación a diferencia de las dos primeras exploraciones (figura 4). Los individuos con otro tipo de demencia lograron mantener su puntuación en los seis primeros meses de intervención, sin embargo, posteriormente tuvieron un ligero descenso.

En relación al tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la intervención, el valor medio fue de 2.64 ± 2.81 años. Separado por sexo, el resultado fue 3.66 ± 4.5 años para los hombres y 2.31 ± 2.1 años en las mujeres, sin diferencias relevantes entre ambos. Para los pacientes del grupo inicial el valor medio fue 2.15 ± 1.8 años, los del grupo avanzado 3.16 ± 3.58 años. La Tabla 2 registra los valores medio, máximo y mínimo, separados por grupo y sexo. Los varones del

grupo avanzado son los que tienen un mayor tiempo transcurrido de haber sido diagnosticados.

En la figura 1 se puede observar –en las tres exploraciones– que el grupo con la condición más crucial en la capacidad de marcha y equilibrio, es el de enfermos que fueron diagnosticados desde hace cuatro o más años y es el conjunto donde se registró un declive más pronunciado. Los adultos mayores que ingresaron al Centro de Día durante el mismo año de su diagnóstico o el siguiente, tuvieron una mejoría en los primeros seis meses de intervención, pero en el último periodo bajó su marca inclusive por debajo de la lograda al inicio. Por otra parte, el grupo de individuos con dos o tres años transcurridos desde su diagnóstico, obtuvo una puntuación superior a los otros dos grupos en las tres evaluaciones, aunque su tendencia fue progresivamente descendente. En general no fueron encontradas diferencias atribuibles al sexo o al tipo de demencia. Tampoco existe correlación significativa entre las variables del sexo, el tiempo del diagnóstico y la edad, pero si la hubo con respecto al tiempo transcurrido del diagnóstico y la intervención en las dos primeras evaluaciones (Tabla 3).

Después de obtener las diferencias de las medias entre las valoraciones 2ª y 1ª (Tinetti 2 – Tinetti 1) y entre la 3ª y 1ª (Tinetti 3 – Tinetti 1), se observó que existe una correlación entre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico con las diferencias de puntuación (Tabla 4). Esta correlación fue negativa lo que significa que a más tiempo transcurrido mayor es la diferencia entre las evaluaciones. Por consiguiente, la valoración posterior tendrá valores más bajos que la primera, es decir, pierden más puntos los que tienen más años padeciendo la enfermedad en evolución, lo que destaca entre la segunda y la primera evaluación.

Por otra parte, los participantes fueron divididos en dos grupos en función de la presencia o no de variación en la puntuación entre evaluaciones. En la siguiente tabla mostramos el número de sujetos que conforman cada grupo y el porcentaje de acuerdo con la disminución o no en la puntuación (Tabla 5). Los resultados indican que el 60% de los casos lograron mantener la puntuación de la primera y la segunda evaluación, o sea, no decreció ni aumentó; asimismo, muestran que el 44% no presentaron variaciones de puntuación entre el inicio y el final de la intervención. No está por demás subrayar que en estos resultados no tuvieron influencia el sexo, la edad, ni el tipo de demencia.

Discusión

El presente trabajo se propuso analizar la influencia de un programa específico de fisioterapia, en la capacidad del equilibrio y marcha de enfermos con Alzheimer, a fin de frenar el deterioro de estas capacidades que se manifiestan con la evolución de la enfermedad. Para evaluar la información utilizamos el test de Tinetti y el resultado relevante fue que en el 44% de los casos el deterioro no se agudizó durante un año. Si reducimos el tiempo del seguimiento a seis meses, el resultado de estabilización sería el 60% de los sujetos. En el estudio participaron 25 personas, todos usuarios del Centro de Día de AFAMUR, sin anteponer criterios de selección

a diferencia de otros trabajos, (Toulotte, *et al.*, 2003; Van de Winckel, *et al.*, 2004; Littbrand, *et al.*, 2006; Rolland, *et al.*, 2007; Aman y Thomas, 2009; y Kemoun *et al.*, 2010). Fue importante analizar a esta población de manera global, sin aplicar un criterio selectivo de individuos con las mejores condiciones físicas, ya que segregar implica un sesgo. Por ende, no fueron excluidos del estudio aquellos que presentan un tipo de demencia más avanzada, ni los pacientes con patologías asociadas, tampoco a los que tienen limitaciones en movilidad.

El 76% de los sujetos son mujeres, cifra similar a la incluida en los estudios que no seleccionan un género (Arkin, 2003; Kemoun, *et al.*, 2010). También la edad media (76.4 años) se ubicó en el rango utilizado por otros trabajos afines y que oscila entre los 70 (Yagüez, *et al.*, 2011) y los 88 años (Williams y Tappen, 2007).

Incluimos a toda la población del Centro de Día a fin de comparar a los pacientes de Alzheimer con los pacientes afectados por otro tipo de demencia, sin encontrar diferencias significativas. Cabe señalar que existen algunos estudios enfocados exclusivamente a sujetos con Alzheimer (Steinberg, *et al.*, 2009; Kemoun, *et al.*, 2010; y Venturelli, *et al.*, 2011), pero también otras investigaciones no especifican el tipo demencia de los participantes (Christofolletti, *et al.*, 2008a; Aman y Thomas, 2009; Chang, *et al.*, 2011), mientras que otros investigadores han trabajado con demencias mixtas (Christofolletti, *et al.*, 2008b). A partir de las exploraciones es posible plantear que el deterioro de algunas capacidades, no está en función de la causa que origina la demencia sino que es su consecuencia. La mayoría de los estudios actuales no analizan las diferencias según el grado de afectación. En cambio el estudio realizado a los adultos mayores usuarios del Centro de Día, examinó este aspecto y probó que los individuos con un mayor deterioro, tienden a obtener puntuaciones más críticas en la marcha y el equilibrio, a diferencia de los usuarios con menor avance de la enfermedad.

Es importante destacar que la evaluación se aplicó cada seis meses durante un año. El presente estudio junto con el trabajo de Viñolo y colaboradores (Viñolo *et al.*, 2006), se sitúan entre los estudios publicados con el mayor tiempo invertido, a diferencia de la mayoría de los programas que tan solo abarcan algunas semanas. La frecuencia del número de sesiones se estableció en cinco por semana, aunque la mayoría de otras intervenciones tienen dos o tres sesiones por semana y tres participantes en promedio que mantienen su asistencia (Teri *et al.*, 2003; Van de Winckel *et al.*, 2004; Steinberg *et al.*, 2009). La causa de esta situación subyace en el deterioro progresivo de los participantes, sin embargo, dos o tres sesiones son insuficientes para conseguir el efecto deseado; por otra parte, siete sesiones por semana pueden ser excesivas pues no dan tiempo suficiente para el descanso. Ante este panorama, la propuesta es que las sesiones sean como la asistencia escolar o laboral, esto es, cinco días de trabajo y dos para el descanso. Con respecto a la duración de cada sesión (45 minutos), fue definida de acuerdo con un término medio en relación al establecido por otras experiencias, o sea, algunos han determinado que cada sesión abarque 30 minutos (Palleschi *et al.*, 1996; Teri *et al.*, 2003; Williams y Tappen, 2008; Aman y Thomas, 2009),

otros recomiendan 75 minutos, que es el caso de Santana-Sosa y colaboradores (2008).

La población de nuestro estudio, al igual que en otras investigaciones, asistió al lugar adecuado para su atención, el Centro de Día (Viñolo, *et al.*, 2006; Chan *et al.*, 2011). En trabajos similares (Williams y Tappen, 2008; Venturelli, *et al.*, 2011) los participantes están institucionalizados, pese a que algunos recomiendan hacer los ejercicios en casa (Teri, *et al.*, 2003; Steinberg, *et al.*, 2009). Desde nuestro punto de vista, el Centro de Día es el lugar apropiado para desarrollar el programa y porque además los usuarios cuentan con los beneficios de socialización que les proporciona la institución, así como las ventajas de recibir atención a domicilio durante el día. No obstante, es importante recomendar que en cualquier lugar donde los pacientes practiquen ejercicio físico, sean dirigidos y supervisados. El programa de ejercicios por nosotros aplicado, coincide con quienes plantean que es más útil el ejercicio en grupos pequeños homogéneos (Van de Witckel *et al.*, 2004; Netz, *et al.*, 2007) y a cargo de un especialista, como un fisioterapeuta (Aman y Thomas, 2009; Christofoletti *et al.*, 2009), aunque existen ejemplos donde es un familiar quien supervisa (Steinberg *et al.*, 2009; Teri *et al.*, 2003; y Venturelli *et al.*, 2011). En nuestra intervención se potenciaron las siguientes capacidades físicas: lateralidad, equilibrio, coordinación, motricidad fina, movilidad y fuerza. Existen otras experiencias que además incluyen la resistencia y la capacidad que tiene el organismo para percibir las diferentes partes del cuerpo (propiocepción), al respecto existen investigaciones como las de Hageman y Thomas 2002; Toulotte *et al.*, 2003; Santana-Sosa *et al.*, 2008; y Kemoun *et al.*, 2010, entre otros. Por el tipo de población no fue posible evaluar la resistencia; respecto a la propiocepción, implica una tarea demasiado compleja para el estado en que se encuentran este tipo de enfermos.

Para valorar los cambios en la marcha y el equilibrio se utilizó el test de Tinetti, por ser una herramienta de uso frecuente en este tipo de pacientes, al igual que en otros estudios (Santana-Sosa *et al.*, 2008; Hageman y Thomas, 2002; y Viñolo, *et al.*, 2006). Su aplicación es fácil y rápida, proporciona información objetiva sobre las capacidades de locomoción y el equilibrio. Se puede administrar en un tiempo breve, sin equipos especializados y permite realizar un seguimiento. Asimismo, experiencias precedentes han probado su eficacia ante el riesgo de caídas y en consecuencia permite iniciar el programa de ejercicios preventivo. En el estudio de Santana-Sosa y colaboradores (2008), encontraron diferencias significativas entre un grupo participante de un programa de ejercicio físico y otro, control. En cambio Hageman y Thomas (2008), al igual que en el presente estudio, no obtuvieron un resultado global de mejoría en los valores del test de Tinetti.

Por una cuestión ética conviene aclarar que no fue necesario un grupo control porque la experiencia probada de la fisioterapia sustenta resultados positivos del ejercicio físico, y por otra parte, porque negar este recurso a un grupo de adultos mayores, durante un año, tampoco es ético.

El hecho de no haber encontrado en los resultados diferencias significativas, no representa un obstáculo para reconocer beneficios. Mantener sin incremento de nivel a los pacientes

constituye un logro ante la evolución e irreversible condición de la demencia. Investigadores como Baloh (2003), han estudiado las causas del deterioro en la capacidad de marcha y equilibrio en un grupo de sujetos sanos, mayores de 75 años de edad. Compararon los valores del test de Tinetti después de un año y el resultado encontrado fue una diferencia media de 0.5 puntos. Esto significa que si en personas mayores sanas es posible esperar un descenso en la calidad de la marcha y el equilibrio, entonces sería previsible un decremento más pronunciado en personas con demencia. Empero, la puntuación media descendió 1.2 puntos en un año. El resultado más relevante se encuentra en la cantidad de individuos en los que no cambió su puntuación a lo largo del año (44%). Significa que en el supuesto de no haber intervenido con la frecuencia, intensidad y período de tiempo establecidos, posiblemente la cantidad significativa hubiera sido menor y la disminución de puntuación más pronunciada.

Por otra parte, factores como el sexo, la edad y el grado de deterioro mental, no han sido determinantes en la posibilidad de evitar el descenso del equilibrio y marcha. En cambio, al estudiar la correlación entre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y la aplicación del test de Tinetti, desde el punto de vista estadístico, la puntuación es significativa y la diferencia entre las evaluaciones fue más negativa cuanto más tiempo ha pasado desde el diagnóstico. Estos resultados sugieren cuán primordial es la intervención temprana (a partir del diagnóstico), para que los resultados puedan ser más positivos y frenar el deterioro antes de un irremediable descenso.

La forma en la que fueron evaluados los participantes (por medio del test de Tinetti) condicionó los resultados, ya que por ser tan sencilla es difícil recabar toda la información posible y el modo de calificar los ítems permite pocas posibilidades. Otros estudios han utilizado test más complejos y “deportivos” a fin de evaluar tiempo, velocidad y cantidad de repeticiones del ejercicio. Investigadores como Kemoun y colaboradores (2010), aplicaron el test *locometer* de Bessou. En cambio, en otros estudios (Tappen *et al.*, 2000; Rolland *et al.*, 2007; Steinberg *et al.*, 2009; Aman y Thomas, 2009), evaluaron la cantidad de tiempo ocupado en recorrer las distancias determinadas. El test *get-up-and-go* ha sido utilizado en varios estudios (Netz, *et al.*, 2007; Christofolletti, *et al.*, 2008; y Chang, *et al.*, 2011). El test del equilibrio sobre una extremidad también ha sido utilizado (Rolland *et al.*, 2007; y Chang, *et al.*, 2011). La escala de Ber es otra herramienta empleada por diversos investigadores (Burgener, *et al.*, 2008; Christofolletti, *et al.*, 2008; y Littbrand, *et al.*, 2011).

Por su parte, Toulotte y colaboradores (2003) utilizaron una plataforma de posturografía. En muchos estudios se obtuvo un aumento de la velocidad de la marcha (Tappen, *et al.*, 2000; Hageman y Thomas, 2002; Netz, *et al.*, 2007; Rolland, *et al.*, 2007; Venturelli, *et al.*, 2011). También existen trabajos donde, además de lograr resultados positivos en parámetros de la locomoción, mejoraron la longitud del paso y duración de la fase de doble apoyo (Kemoun, *et al.*, 2010). Por su parte, Christofolletti y colaboradores (2008) en sus dos trabajos consiguieron incrementos en el equilibrio de su población de estudio.

En la experiencia de trabajo con una población de enfermos de Alzheimer y otros tipos de demencia, importa más la calidad de las acciones que la cantidad. En la perspectiva clínica y por sentido práctico, el test de Tinetti es suficiente para evaluar a cada uno de los sujetos y predecir la probabilidad del riesgo de caídas y la pérdida del equilibrio. Los estudios referidos corroboran la importancia del ejercicio físico controlado en virtud de los beneficios que produce en el plano físico y cognitivo de todas las personas, en particular, los adultos mayores con demencia. Es muy importante proporcionar terapia individualizada a este tipo de enfermos porque son pacientes que requieren mucha ayuda y atención. Su situación y la de sus familiares es crítica, muy vulnerable ya que no es posible recuperar lo perdido.

Los resultados permiten concluir que es necesario iniciar los ejercicios físicos a partir de que los pacientes son diagnosticados. La fisioterapia supervisada por un profesional da resultados positivos. Los individuos diagnosticados recientemente conservan las capacidades de marcha y el equilibrio. Aquellos con un deterioro menor, muestran mejores marcas en las evaluaciones que los que se encuentran en fase más avanzada, así lo han demostrado los resultados de nuestro análisis.

Fuentes de consulta

- Ahlskog, J. E., Geda, Y. E., Graff-Radford, N. R. y Petersen, R. C. (2011). Physical exercise as a preventive or disease-modifying treatment of dementia and brain aging. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(9). 876-884.
- Allan, L. M., Ballard, C. G., Burn, D. J. y Kenny, R. A. (2005). Prevalence and severity of gait disorders in Alzheimer's and Non-Alzheimer's dementias. *JAGS*, 53, 1681-1687.
- Alzheimer's Association. (2014). Alzheimer's Disease Facts and Figures, *Alzheimer's & Dementia*, 10 (2).
- Aman, E. y Thomas, D. R. (2009). Supervised exercise to reduce agitation in severely cognitively impaired persons. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10, 271-276.
- Arkin, S. M. (2003). Student-led exercise sessions yield significant fitness gains for Alzheimer's patients. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementia*, 18, 159-170.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Baloh, R.W., Ying, S.H. y Jacobson, K.M. (2003). A longitudinal study of gait and balance dysfunction in normal older people. *Archives of Neurology*, 60. 835-839.
- Burgener, S.C., Yang, Y., Gilbert, R. y Marsh-Yant, S. (2008). The Effects of a Multimodal Intervention on Outcomes of Persons with Early-Stage Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementia*, 23(4), 382-394.

- Chang, S. H., Chen, C. Y., Shen, S. H. y Chiou, J. H. (2011). The effectiveness of an exercise programme for elders with dementia in a Taiwanese day-care centre. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 213–220.
- Christofolletti, G., Oliani, M. M., Gobbi, S., Stella, F., Bucken-Gobbi, L. T. y Canineu, P. R. (2008a). A controlled clinical trial on the effects of motor intervention on balance and cognition in institutionalized elderly patients with dementia. *Clinical Rehabilitation*, 22, 618-26.
- Christofolletti, G., Oliani, M. M., Gobbi, S., Stella, F. y Bucken-Gobbi, L. T. (2008b). El tratamiento fisioterapéutico ¿es efectivo en el mantenimiento físico y en la reducción del declive cognitivo de las demencias? *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 11(1), 11-6.
- Christofolletti, G., Oliani, M. M., Gobbi, S., Stella, F., Bucken-Gobbi, L. T. y Borges, G. (2009). Influencia de la actividad física en la enfermedad de Alzheimer: un caso clínico. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 12(2), 96–100.
- Colcombe, S. J., Erickson, K. I. y Scalf, P. E. (2006). Aerobic exercise training increases brain volume in aging humans. *The Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(11), 1166-1170.
- Cummings, J. (2012). Alzheimer's disease diagnostic criteria: practical applications. *Alzheimer's Research & Therapy*, 4(35). Recuperado de <http://alzres.com/content/4/5/36>
- Fabre, J. M., Ellis, R., Kosma, M. y Woodm, R. (2010). Falls risk factors and a compendium of falls risk screening instruments. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 33, 184-197.
- Hageman, P. A. y Thomas, V. S. (2002). Gait performance in dementia: the effects of a 6-week resistance training program in an adult day-care setting. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 17, 329–34.
- IMSERSO. (2008). Informe 2008. Las personas mayores en España. Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO. Madrid.
- Kemoun, G., Thibaud, M., Roumagne, N., Carette, P., Albinet, C., Toussaint, L., Paccalin, M. y Dugué, B. (2010). Effects of a physical training program on cognitive function and walking efficiency in elderly persons with dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 29, 109-114.
- Laurin, D., Verreault, R., Lindsay, J., Macpherson, K. y Rockwood, K. (2001). Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Archives of Neurology*, 58, 498-504.
- Larson, E. B., Wang, L., Bowen, J. D., McCormick, W. C., Teri, L., Crane, P. y Kukull, W. (2006). Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Annals of Internal Medicine*, 144, 73-81.
- Littbrand, H., Dietitian, M. C., Lundin-Olsson, L., Lindelof, N., Dietitian, L. H., Gustafson, Y. y Rosendahl, E. (2011). Effect of a high-intensity functional exercise program on functional balance: preplanned subgroup analyses of a randomized controlled trial in residential care facilities. *Journal of the American Geriatric Society*, 59, 1274–1282.
- Littbrand, H., Rosendahl, E., Lindelof, N., Lundin-Olsson, L., Gustafson, Y. y Nyberg L. (2006). A high-intensity functional weight-bearing exercise program for older people dependent in activities of daily

- living and living in residential care facilities: evaluation of the applicability with focus on cognitive function. *Physical Therapy*, 86, 489-98.
- Netz, Y., Axelrad, S., y Argov, E. (2007). Group physical activity for demented older adults – feasibility and effectiveness. *Clinical Rehabilitation*, 21, 977-86.
- Palleschi, L., Vetta, F., De Gennaro, E., Idone, G., Sottosanti, G., Gianni, W. y Marigliano, V. (1996). Effects of aerobic training on the cognitive performance of elderly patients with senile dementia of Alzheimer type. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 1, 47-50.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J. y Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139.
- Rolland, Y., Pillard, F., Klapouszczak, A., Reynish, E., Thomas, D., Andrieu, S., Rivièrè, D. y Vellas, B. (2007). Exercise program for nursing home residents with alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. *JAGS*, 55, 158-65.
- Rubinstein, T. C., Alexander, N. B. y Hausdorff, J. M. (2003). Evaluating fall risk in older adults: steps and missteps. *Clinical Geriatrics*, 11(1), 52-60.
- Santana-Sosa, E., Barriopedro, M. I., López-Mojares, L. M., Pérez, M. y Lucía, A. (2008). Exercise training is beneficial for Alzheimer's patients. *International Journal of Sports Medicine*, 29, 845–50.
- Sheridan, P. L. y Hausdorff, J. M. (2007). The role of higher-level cognitive function in gait: executive dysfunction contributes to fall risk in Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 24, 125-137.
- Steinberg, M., Sheppard, J. M. y Podewils, L. J. (2009). Evaluation of a home-based exercise program in the treatment of Alzheimer's disease: The Maximizing Independence in Dementia (MIND) study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 680–685.
- Tappen, R. M., Roach, K. E., Applegate, E. B. y Stowell, P. (2000). Effect of a combined walking and conversation intervention on functional mobility of nursing home residents with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease Associated Disorders*, 14(4), 196–201.
- Teri, L., Gibbons, L.E., McCurry, S. M., Rebecca, G., Logsdon, R. G., Buchner, D. M., Barlow, W. E., Kukull, W. A., LaCroix, A. Z., McCormick, W. y Larson, E. B. (2003). Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 290, 2015-2022.
- Tinetti, M. E., Williams, T. F. y Mayewski, R. (1986). Fall Risk Index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *The American Journal of Medicine*, 80, 429-34.
- Toulotte, C., Fabre, C., Dangremont, B., Lensele, G. y Thévenon, A. (2003). Effects of physical training on the physical capacity of frail, demented patients with a history of falling: a randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 32, 67–73.
- Van de Winckel, A., Feys, H., De Weerd, W. y Dom, R. (2004). Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical Rehabilitation*, 18, 253-260.

- Vega, J. F., Díaz, E., Barragán, A. J. y Méndez, D. H. (2010). La escala de Tinetti igual o menor a 24 puntos es un factor asociado a caídas en pacientes geriátricos. *Revista Avances*, 7, 31-40.
- Venturelli, M., Scarsini, R. y Schena, F. (2011). Six-month walking program changes cognitive and adl performance in patients with Alzheimer. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 26, 381-388.
- Viñolo, M. J., León, M. y Iglesias, A. (2006). Valoración y tratamiento fisioterápico del Alzheimer. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesología*, 9(1), 11-19.
- Williams, C. L. y Tappen, R. M. (2007). Effect of Exercise on Mood in Nursing Home Residents with Alzheimer's Disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 22, 389-397.
- Williams, C. L. y Tappen, R. M. (2008). Exercise training for depressed older adults with Alzheimer's disease. *Aging Ment Health*, 12(1), 72-80.
- Wood, B. H., Bilclough, J. A., Bowron, A. y Walker, R. W. (2002). Incidence and prediction of falls in Parkinson's disease: a prospective multidisciplinary study. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 72, 721-725.
- Yágüez, L., Kendra, N., Shaw, K. N., Morris, R. y Matthews, D. (2011). The effects on cognitive functions of a movement-based intervention in patients with Alzheimer's type dementia: a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26: 173-181.

Anexos

Tabla 1. Puntuación del test de Tinetti por evaluación y grupo

| CLASIFICACIÓN | 1ª Evaluación Media ± sd | 2ª Evaluación Media ± sd | 3ª Evaluación Media ± sd |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| GRUPO | | | |
| Inicial (n=13) | 26,3 ± 4,95 | 25,76 ± 4,26 | 25,46 ± 4,44 |
| Avanzado (n=12) | 25,5 ± 3,26 | 25,5 ± 3,23 | 24,08 ± 3,72 |
| SEXO | | | |
| Varones (n=6) | 26 ± 2,44 | 25,16 ± 4,16 | 23,5 ± 4,76 |
| Mujeres (n=19) | 25,89 ± 4,62 | 25,78 ± 3,69 | 25,21 ± 3,9 |
| EDAD | | | |
| < 80 años (n=12) | 26,76 ± 2,04 | 26,46 ± 3,01 | 25,23 ± 3,87 |
| > 80 años (n=13) | 25 ± 5,6 | 24,75 ± 4,33 | 24,33 ± 4,43 |
| TIPO DEMENCIA Alzheimer (n=19) | | | |
| No Alzheimer (n=6) | 25,84 ± 4,7 | 25,47 ± 4,24 | 24,52 ± 4,62 |
| | 26,16 ± 1,83 | 26,16 ± 1,16 | 25,66 ± 1,5 |

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Tiempo desde el diagnóstico (en años)

| Nº años desde el diagnóstico | | N | Media | SD | Mínimo | Máximo |
|------------------------------|---------|----|-------|------|--------|--------|
| Grupo inicial | Varones | 2 | 2,5 | 3,5 | 0 | 5 |
| | Mujeres | 11 | 2,09 | 1,7 | 0 | 5 |
| Grupo avanzado | Varones | 4 | 4,25 | 5,31 | 0 | 12 |
| | Mujeres | 8 | 2,62 | 2,66 | 0 | 8 |
| Población total | | 25 | 2,64 | 2,81 | 0 | 12 |

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Correlaciones entre los años desde el diagnóstico y la puntuación del test de Tinetti en las dos primeras evaluaciones

| | | Tinetti 1 | Tinetti 2 | Tinetti 3 |
|------|------------------|-----------|-----------|-----------|
| Años | C. Pearson | -0,477 | -0,498 | -0,177 |
| | Sig. (bilateral) | 0,016 | 0,011 | 0,397 |
| N | | 25 | 25 | 25 |

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Correlación entre las diferencias de las valoraciones y el tiempo (los años desde el diagnóstico)

| | | Dif. Tinetti 2-1 | Dif. Tinetti 3-1 |
|------|---------------|------------------|------------------|
| Años | C. Pearson | -0,551 (**) | -0,439 (*) |
| | Significación | 0,004 | 0,028 |

* Correlación significativa al nivel 0,05. ** Correlación significativa al nivel 0,01

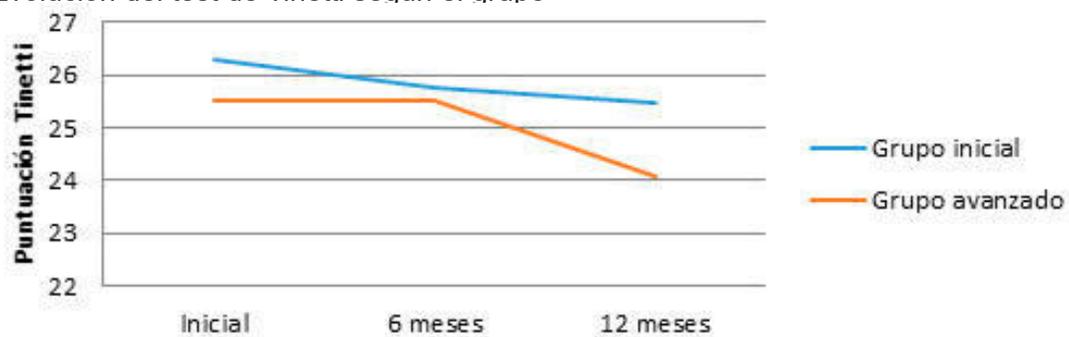
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Número de sujetos por cada grupo según la diferencia en su puntuación

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|---------------|------------|------------|
| Dif. Tinetti 2-1 | Sin cambios | 15 | 60% |
| | Con deterioro | 10 | 40% |
| Dif. Tinetti 3-1 | Sin cambios | 11 | 44% |
| | Con deterioro | 14 | 56% |

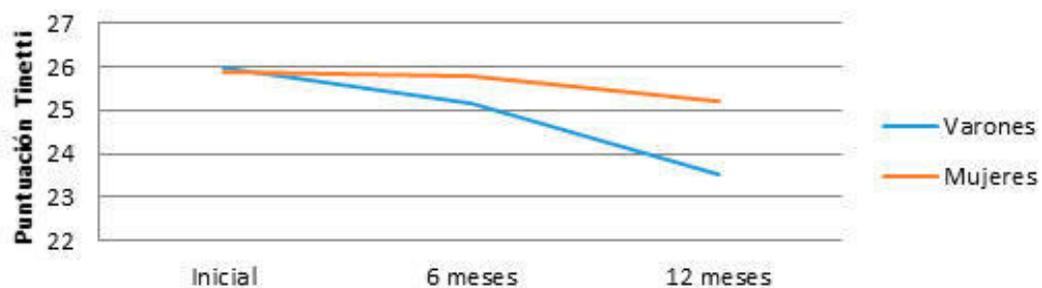
Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. Evolución del test de Tinetti según el grupo



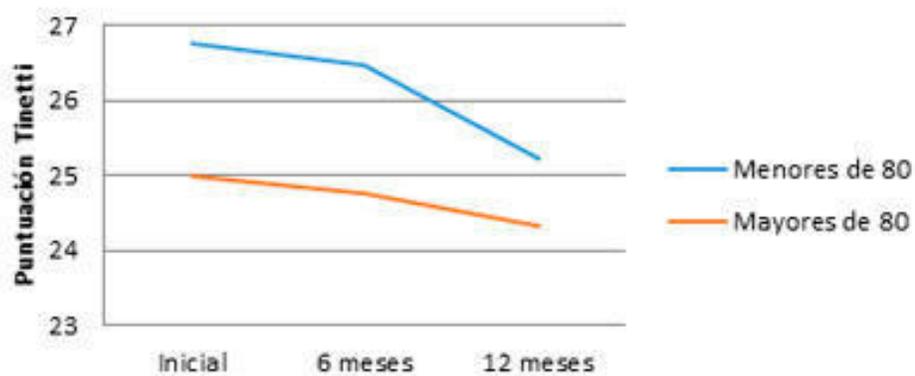
Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Evolución del test de Tinetti según el sexo



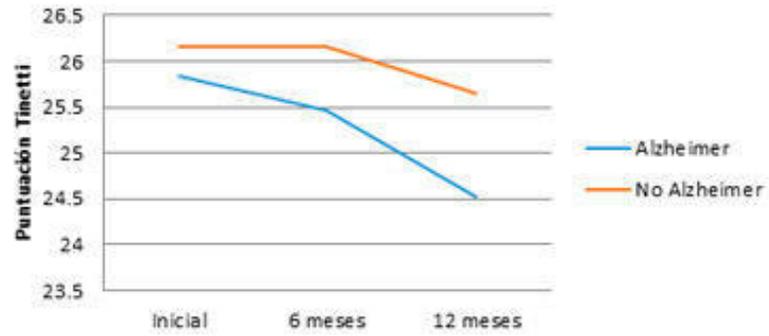
Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Evolución del test de Tinetti según la edad



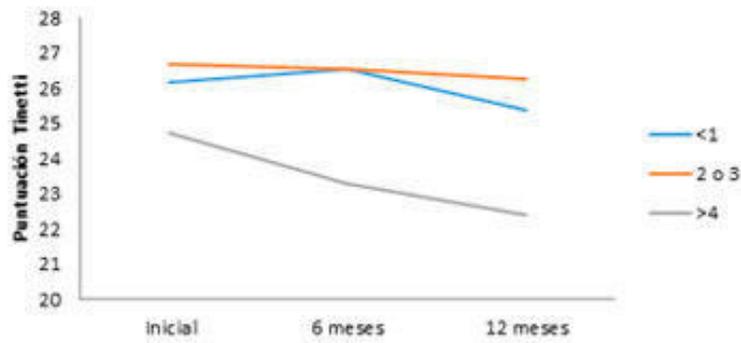
Fuente: Elaboración propia.

Figura 4. Evolución del test de Tinetti según el tipo de demencia



Fuente: Elaboración propia.

Figura 5. Evolución del test de Tinetti según el tiempo desde el diagnóstico



Fuente: Elaboración propia.

Estimulación de la memoria para impedir el deterioro cognitivo en adultos mayores

Marisol Rincón Arredondo, Lesly Beltrán Sánchez

Resumen

El envejecimiento suele estar asociado con un progresivo declive de la capacidad cognitiva del individuo. El objetivo del estudio consiste en probar si la aplicación de un tratamiento enfocado a mejorar la memoria de trabajo, puede incrementar los puntajes de esa capacidad en un grupo de adultos mayores. El procedimiento fue aplicado a 25 participantes (13 individuos que integraron el grupo experimental, 12 en el grupo control), evaluados con el apartado de memoria NEUROPSI, antes y después del tratamiento administrado en 22 sesiones. Los resultados del análisis estadístico mostraron que el método tuvo un efecto significativo, pues se encontró un mayor puntaje después de la intervención y una consecuencia significativa de grupo. Los puntajes más altos fueron obtenidos por el grupo experimental. La interacción tratamiento-grupo alcanzó un efecto significativo y obtuvo un resultado distinto en cada grupo, aunque fue mayor en el grupo experimental.

Palabras clave

Envejecimiento, declive cognitivo, memoria, adulto mayor.

Descripción del problema

Según datos del censo de población en México (2010), realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), por cada 100 personas (niños y jóvenes de 0 a 14 años) 31 son adultos mayores con 60 años de edad. Por otra parte, el estudio de Guzmán (2012) afirma que durante 1950 el porcentaje de envejecimiento entre la población mexicana fue de 7.1%; mientras que en 1975 descendió a 5.7% y en el año 2000 ascendió a 6%. La investigación estima que hacia el año 2025 el porcentaje de envejecimiento aumentará a 13.9% y para el año 2050 ascenderá a 26.5%. Sin duda el incremento poblacional de adultos mayores plantea múltiples problemas que conciernen a las personas, la familia, el Estado y la sociedad. El déficit de la capacidad cognitiva y la pérdida de memoria, son algunos de los problemas más comunes que afectan durante la senectud. Los estudios sobre los problemas de salud frecuentes en la vejez son desarrollados por investigaciones especializadas, lo que no descarta

la participación académica de jóvenes universitarios en proceso formativo como gerontólogos.

En opinión de Squire (Cabrera, 2011), proporcionar a la sociedad educación adecuada para el cuidado de la salud y autocontrol, además de ser un beneficio constituye un acuerdo aceptado por las instituciones de salud. En éste sentido, uno de los sectores que debe recibir atención interinstitucional es el de los adultos mayores. Con ese interés y a partir del compromiso universitario con la sociedad, la presente investigación tiene como objetivo evaluar la capacidad de retención de información en una población sana de adultos mayores, por ser la dificultad más frecuente asociada con el envejecimiento, Junque,(1996). El estudio consiste en probar si un tratamiento dirigido a estimular la memoria, tiene eficacia y mejora la memoria de trabajo, evaluada mediante una prueba neuropsicológica.

Justificación

Elorza (Cabrera, 2011) considera a los adultos mayores un grupo marginado en diversos aspectos, pero que deberían ser beneficiados por la educación para la salud, por medio de programas con carácter preventivo y promoción de estilos de vida adecuados. En esa perspectiva, son necesarias las iniciativas de educación que permitan prever la presencia de alguna enfermedad mental, como el deterioro de la memoria y el declive cognitivo relacionado con la edad, entre otras. Por otra parte, Mas (2008) menciona que el fenómeno del envejecimiento de la población, plantea nuevos objetivos de investigación para las ciencias sociales y las de salud; aunque desde el punto de vista educativo, es necesario dar información para que las personas identifiquen algunos riesgos de salud física y emocional, asociados con el envejecimiento.

El interés por evaluar la aplicación de un programa de entrenamiento, con el propósito de estimular la memoria de trabajo en adultos mayores, fue motivado por los resultados de algunas investigaciones afines que no alcanzaron su objetivo principal: mejorar el proceso cognitivo. El presente estudio fue realizado con dos grupos, uno experimental entrenado y otro grupo control sin entrenamiento. El proyecto buscó beneficiar en primer lugar a los adultos mayores –quienes pidieron la implementación del programa– y al DIF “Centro Gerontológico Plan Vida”, institución de asistencia social que fue sede del programa. Los datos obtenidos en la interacción inicial, permitieron proponer actividades en series para los usuarios del DIF, con la finalidad de mantener la memoria de trabajo, pues este tipo de déficit cognitivo es el más frecuente en el envejecimiento.

Por otra parte, Gontier (2004) sostiene que este tipo de memoria puede ser dañada por el abuso de drogas y otras condiciones psicopatológicas; aunque también existen otros efectos importantes como la rapidez y exactitud en el proceso de aprendizaje y retención de nueva información o en recordar datos. Estas dificultades han sido estudiadas con grupos integrados por jóvenes y adultos mayores, para medir su desempeño respecto a las tareas de memoria de trabajo.

Fundamentación

En la historia de la psicología, Hermann Ebbinghaus fue el primero en estudiar la evolución de la memoria. Uno de sus experimentos básicos al respecto, consistió en ejercicios de retención de datos, por medio de 2 mil 300 sílabas carentes de significado. Del conjunto el participante extraía al azar series de sílabas para memorizar; el experimento tuvo como objetivo medir la capacidad de memoria del sujeto con base en la evocación de la mayor cantidad de “palabras” o “términos” sin significado (sonidos) que vocablos (Flores, 1973).

Stassen (2001) argumenta la tesis según la cual, a partir de los 60 años de edad todos los individuos experimentan cierto deterioro cognitivo. Resultados del estudio de Schaie, Seattle (USA) indicaron que el adulto mayor tuvo importantes declives en las cinco “principales” capacidades mentales: comprensión y fluidez verbal, capacidad espacial, razonamiento inductivo y capacidad numérica. La tendencia a la disminución fue más pronunciada en la subyacente capacidad de velocidad en el procesamiento de información y la capacidad numérica. En otra experiencia similar (Stassen, 2001) a un grupo formado por adultos mayores y jóvenes, se les pidió recordar de forma deliberada algún dato que estuviera en su base de conocimientos, datos en relación con su pasado, alguna fecha famosa, hora del día, fecha de cita con el dentista, etcétera. Los jóvenes casi siempre obtuvieron el mejor puntaje en las pruebas a diferencia de los adultos mayores. A partir de este resultado, se concluyó que las personas adultas mayores disponen de menor capacidad de memoria inmediata y de largo plazo, lo que no sorprendió al investigador. No obstante, Junque (1996) difiere de esta tesis, argumentó que el envejecimiento aunque es un proceso con pérdidas irreparables del rendimiento funcional, el déficit de memoria no es una característica exclusiva de la senectud porque el deterioro cognitivo puede objetivarse cuando finaliza la maduración del sistema nervioso central, o sea, alrededor de los 30 años de edad.

Asimismo, señaló que constatar el deterioro progresivo es un asunto relativamente simple ya que el envejecimiento implica un déficit de la capacidad cognitiva, en función de la degeneración que experimentan las estructuras cerebrales. Postuló que el declive neuropsicológico no es igual en todos los casos, ni afecta de forma homogénea a las estructura cerebral, y por consecuencia, tampoco a las funciones cognitivas. En la disertación sobre la memoria y su posible pérdida, es importante referir a Drayer, quien propuso diferenciar dos tipos de envejecimiento. Uno de ellos es el común, con ausencia de signos neurológicos; el otro, es la vejez exitosa que presenta un deterioro fisiológico mínimo si se compara con la condición de los jóvenes (Junque, 1996). A lo largo del envejecimiento normal es posible detectar una historia de lesiones cerebrales mínimas, causada por condiciones ambientales y del propio organismo; mientras que el envejecimiento exitoso, supone evitar un conjunto de factores favorables al deterioro intelectual y es reforzado con cambios en la dieta, ejercicio y la estimulación tanto intelectual como social (Junque, 1996).

El déficit de memoria en la vejez es uno de los signos que más alerta despierta en los lectores de publicaciones científico-médicas y también en la sociedad por la información difundida a través de los medios de comunicación. Desde el punto de vista de Junque (1996), es probable que el temor sea resultado de la divulgación sobre la pérdida de memoria y sus trágicas consecuencias, asociadas con la manifestación del síndrome de Alzheimer. Actualmente, la capacidad para retener nueva información es una de las condiciones más afectadas por el envejecimiento. Así, las dificultades para recordar datos correctos (relativamente importantes) o fragmentos de experiencias, representan un temor frecuente entre la sociedad. Datos, nombres, fechas y vocabulario de difícil comprensión es posible que no se recuerden por el individuo durante un lapso de tiempo, sin embargo, pueden ser evocados momentos después o simplemente se trata de olvidos producto de una distracción. Por lo general, el individuo que presenta esta clase de olvidos es consciente del problema y siente temor al respecto.

Siguiendo con lo planteado por Junque (1996), señala que la disfunción fue caracterizada por Kral en 1962, como forma benigna de alteración de la memoria para diferenciarla de la forma maligna. Esta última regularmente asociada con la demencia senil que afecta la memoria de hechos significativos y los irrelevantes. Asimismo, la alteración negativa de la memoria puede ser identificada cuando el individuo manifiesta indiferencia ante el problema o en situación extrema desconoce la magnitud del daño. La *Afectación de la Memoria Asociada a la Edad (AMAE)* impacta a toda la población después de los 50 años (Junque, 1996). Así, con frecuencia es motivo de preocupación en las personas mayores, especialmente las que desempeñan tareas intelectuales, los que ejercen una profesión, aunque también la alteración se refleja en las dificultades para aprender nueva información, nuevos nombres, nuevos números de teléfono, en la retención de información (no relevante desde el punto de vista profesional o emocional) y en el esfuerzo por recordar algún objetivo propuesto después de una distracción.

Hipótesis

Los participantes que reciban el tratamiento y concluyan el programa, obtendrán los puntajes más altos en la evaluación neuropsicológica, a diferencia del grupo control que no lo recibió.

Objetivos

Evaluar si un tratamiento enfocado a la memoria de trabajo mejora los puntajes en adultos mayores, por medio de una evaluación neuropsicológica.

Materiales y método

Se aplicó la prueba neuropsicológica NEUROPSI (Ostrosky-Solis, *et al.*, 1997), la cual especifica normas para la población mexicana y permite evaluar a detalle el proceso de atención y memoria. El apartado diseñado para evaluar la codificación y evocación, fue aplicado para evaluar la memoria de trabajo. La muestra estuvo compuesta por 25 sujetos, quienes participaron en forma voluntaria y son usuarios del Centro Gerontológico Plan Vida, en el estado de Querétaro, México. Los participantes fueron divididos en dos grupos: uno experimental, integrado por 13 sujetos con tratamiento y un grupo control de 12 sujetos, sin tratamiento. Ambos grupos fueron evaluados al inicio y al término de la intervención. Los participantes tienen una edad promedio de 69.9 años, el 80% son mujeres y 20% hombres. El tratamiento consiste en una serie de ejercicios dirigidos a estimular la memoria de trabajo y fueron administrados en 22 sesiones. Para el análisis estadístico de los datos, se utilizó la ANOVA de dos vías con un factor de repetición de medidas (antes vs. después del tratamiento) y un factor de grupo (grupo experimental vs grupo control). Fueron analizados los siguientes efectos: el efecto del tratamiento; el de grupo y el efecto de la interacción del tratamiento con el grupo. Por último, cabe precisar que el estudio es de tipo cuantitativo, de alcance explicativo y cuasi experimental.

Marco teórico

El surgimiento e implantación de la psicología cognitiva como nuevo paradigma en la psicología, hizo posible un avance sin precedentes en el conocimiento de la memoria humana (Vargas, 2001). Desde el punto de vista del nuevo paradigma, Hernández (2010) sostiene que existen sistemas de información que constan de tres aspectos fundamentales: estructura, procesos y representación. La estructura está formada por elementos que se ocupan del procesamiento de la información (la memoria a corto plazo, largo plazo, etcétera). Los procesos son actividades: la decodificación, el almacenamiento y la recuperación. Las representaciones, son la forma en que se codifica y registra la información en el sistema. Por otra parte, Hernández (2001) considera que el individuo posee la capacidad de procesar la información a partir de representaciones, creencias y expectativas. La psicología cognitiva ha formulado una clasificación de la memoria con la que coincide Boget (1999), quien distingue una memoria en dos o tres niveles: uno a corto plazo que consiste en el registro inmediato, percibido o producto de experiencias en la vida cotidiana; el segundo, memoria a largo plazo, es un proceso cuya función consiste en reorganizar datos y las experiencias a partir de contextos vividos en el pasado lejano, y por último, puede haber la posibilidad de recordar cosas a corto y largo plazo, pero que sean recuerdos no significativos y no alteren la conducta de la persona. La memoria de largo plazo a su vez dividida en episódica, procedimental y semántica.

La memoria episódica contiene el recuerdo de experiencias personales, por ejemplo: “ayer me mordió un perro”, “¿dónde estuve el domingo?”. La memoria semántica conserva el vocabulario, los hechos generales, conceptos y relaciones, sin referencia a cómo, dónde o cuándo se obtuvieron esos conocimientos, por ejemplo: “los perros muerden”, “para viajes largos, es mejor usar el avión”. La memoria procedimental cuida los patrones de actuación frente a eventos o problemas específicos; son modelos que pueden ser de naturaleza elemental, por ejemplo: “ante un perro, correr”, “rechazar invitación para la discoteca”, o compuestos, “secuencia de pasos para hacer una reserva”, etcétera.

Clasificación de la memoria

Boget (1999) asevera que la memoria no es una función mental simple, sino que se trata de un fenómeno complejo en el que intervienen tres sistemas: la memoria sensorial, la memoria a corto plazo (memoria operativa o de trabajo) y la memoria a largo plazo, ésta a su vez, contiene las memorias procedimental, semántica y episódica. Estos sistemas suelen ser descritos en sentido figurativo con la imagen de varios almacenes donde resguardar la información.

Continúa señalando Boget, que la memoria sensorial como una estructura donde la información proveniente de los sentidos es almacenada. El estímulo sensorial que llega hasta su lugar (memoria sensorial), no se analiza, ni es interpretado, porque se registra en aproximadamente 250 milisegundos, como estímulo sensorial puro. La función de la memoria sensorial es la de prolongar la duración del estímulo, para que el individuo sea capaz de analizar y aprovechar la información recibida, por ejemplo: durante una conversación entre dos sujetos, uno de ellos advierte que no escuchó bien la última parte del diálogo por lo que pide a su interlocutor que le repita lo que en apariencia no registró y en algún momento de la repetición todavía en curso, el individuo es capaz de completar el enunciado u oración a la par de su interlocutor. A diferencia de Boget, Stassen (2001) no se expresa por medio del concepto de memoria sensorial, sino con base en la figura del almacén o registro sensorial. Algunos estudios sugieren que los efectos del envejecimiento pueden ocasionar un leve deterioro de la sensibilidad y por tanto afecta al registro sensorial.

Finalmente sostiene Boget que la memoria de corto plazo tiene un papel más activo en el proceso mental y es clave en el funcionamiento de otras operaciones. Tiene mayor capacidad que la memoria sensorial, es decir, retiene el tiempo suficiente la información sensorial para ser aprovechada por otros procedimientos cognitivos y los datos tienen una duración aproximadamente de 30 segundos. Por otra parte, la memoria operativa o de trabajo es una función del proceso mental a corto plazo y es un componente de la actividad consciente. Según Stassen (2001), una vez captada la información ésta es ubicada en la memoria de trabajo; su actividad es producida en un determinado momento y hace posible el razonamiento, el cálculo mental, extraer conclusiones y otros procesos cognitivos del proceso mental.

La memoria a largo plazo es definida por Boget como un lugar estable donde se va acumulando la experiencia diaria. Descrita con otra figura, parece una enciclopedia que reúne la información que no es utilizada en todo momento, pero subyace para ser consultada cuando se requiere. La información contenida en la memoria a largo plazo por lo regular permanece almacenada y su capacidad de registro es ilimitada, su duración varía de unos pocos minutos hasta varios años. Según la clasificación formulada por Boget , la memoria de largo plazo tiene tres subsistemas: la memoria procedimental, la semántica y la episódica. Como su denominación lo denota, la memoria procedimental tiene información relativa al modo o procedimiento para ejecutar actividades; incluye cualidades motoras y de otro tipo, por ejemplo, la habilidad necesaria para utilizar diversos objetos o la destreza para resolver una ecuación. La memoria semántica contiene información organizada sobre el conocimiento del mundo, hechos, conceptos, vocabulario, etcétera. La memoria episódica guarda acontecimientos ocurridos en la trayectoria de vida y experiencias; algunos de los episodios permanecen grabados a largo plazo y otros son olvidados.

Concebir la memoria como un proceso simple, unitario, en el cual las memorias de corto y largo plazo representan polos extremos de un *continuum*, o si ambos conceptos significan procesos diferentes, es una cuestión que ha sido examinada por Smith y Rotirman (1970). Los investigadores consideraron evidente que las capacidades de la memoria (de corto y largo plazo), son distintas; por ejemplo, una diferencia es reconocible en la operación de almacenar, ya que para la MCP parece ser inestable y limitada, sin embargo, para la MLP el mismo procedimiento es bastante estable e ilimitado.

Memoria de trabajo, codificación y evocación

Orbe (2012) menciona que la memoria de trabajo (MT) es un concepto introducido por Alan Baddeley en 1976, en sustitución de la noción de memoria a corto plazo por considerarla imprecisa, objeción discutible pero interesante. Señala también que la MT se encuentra en la corteza pre-frontal y sus contenidos son actualizados constantemente. Se alimenta tanto de información sensorial como de la memoria a largo plazo, distribuida por toda la corteza. La memoria activa de trabajo utilizada en los procesos conscientes consta de tres componentes:

- El ejecutivo central: determina a qué prestar atención y organiza la secuencia de operaciones.
- El bucle fonológico: maneja y mantiene en memoria el material hablado y escrito.
- El bloc de notas viso-espacial: maneja y mantiene las imágenes.

Acerca de la memoria activa de trabajo, Manzanero (2008) argumenta que el proceso de codificación lleva en sí mismo la capacidad de formar una impresión o huella. Cada una es única y específica, está influida por información autobiográfica y se relaciona espacio-temporalmente con el episodio; asimismo, recibe suministro de la memoria semántica. Implica que la memoria no registra la información tal como es percibida sino que transita por una selección después de ser interpretada (lo que da significado) y por último, se integra a las estructuras existentes. Según Tulving y Thomson (Manzanero, 2008), la codificación produce a partir de cada impresión una memoria circunstancial y específica de modo tal que existen tantas huellas como codificaciones, aunque la especificidad depende de la información contextual. En éste sentido, propusieron el *principio de codificación específica*, el cual supone que la codificación determina lo que se almacena y el contenido permite seleccionar cuáles indicios por recuperarse son aprehensibles y así acceder a lo almacenado (Manzanero, 2008).

Por otra parte, Ocaña y colaboradores (2012) indican que durante la fase de recuperación es cuando el individuo finalmente obtiene la información –que puede ser evocada en cualquier momento– y que esta operación se realiza en orden. A partir de la acción de búsqueda se dinamiza el contenido y es organizado, lo que significa que la información es localizada mediante estrategias de recuperación.

La teoría sobre recuperar la memoria sostiene que no es que se produzca una pérdida en el intervalo de retención, sino que simplemente no logra ejecutarse la prueba. La teoría referida establece tres modos específicos de recuperación. El primero es generado cuando nuevos estímulos –procedentes de fuentes internas o externas– son adicionados al complejo estimular; los nuevos elementos difieren de lo aprendido originalmente, y en consecuencia, se produce el olvido porque el contexto del estímulo (ya alterado), no responde. El segundo modo, ocurre cuando los estímulos que salen –y que forman parte del complejo original– son omitidos repentinamente, el complejo resulta afectado, y en consecuencia, disminuye su capacidad para producir la reacción aprendida. El tercero es producido cuando los estímulos durante la actividad de recuperación, son restituidos por el recuerdo, así la restitución permite disminuir el fallo de recuperación (Ocaña, *et al.*, 2012).

Investigaciones afines

En el estudio “Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria de ancianos, con y sin deterioro cognitivo” de Calero (2006), el investigador utilizó una muestra de 98 ancianos participantes (59 del grupo tratamiento y 39 grupo control), para ser evaluados en tres momentos: antes del entrenamiento, al final del programa y nueve meses después de finalizar el programa, por medio de pruebas del funcionamiento cognitivo. Las personas del grupo tratamiento participaron en 14 sesiones. La intervención enseñó diferentes estrategias y apoyos de memoria para ser aplicados en la vida diaria y reducir las dificultades retentivas.

Los resultados mostraron que los miembros del grupo de tratamiento mejoraron su rendimiento cognitivo en las evaluaciones posteriores a la intervención. Mientras que los resultados del grupo control tuvieron un declive significativo, aunque al inicio no existían diferencias entre grupos; sin embargo, las diferencias se registraron luego de introducir el entrenamiento. Asimismo, señala que los participantes mejoraron o mantuvieron su rendimiento cognitivo en contraste con los que no, ya que éstos tuvieron un declive en las pruebas previas y en las posteriores al entrenamiento. Finalmente, una de las principales conclusiones sostiene que el entrenamiento cognitivo no solo ayudó a mejorar la memoria, sino que evitó su declive cognitivo en los adultos mayores que fueron entrenados.

En el campo de la psicología existen experiencias en las que se han aplicado tratamientos para mejorar la memoria desde diferentes perspectivas, con distintas metodologías e instrumentos de evaluación. Por ejemplo, Velilla (2010) evaluó los efectos de aplicación de un programa de estimulación cognitiva multifactorial (PECM) sobre la memoria operativa, en pacientes con un leve deterioro cognitivo amnésico. El propósito de su estudio fue establecer la naturaleza de los cambios que fuera posible inducir en la memoria operativa (MO) con mujeres en edad avanzada, quienes padecen DCL amnésico (DCL-A). La muestra fue integrada por siete mujeres seleccionadas previamente de acuerdo con los requerimientos de la investigación, pues debían tener DCL-A. Las mujeres fueron evaluadas desde la neuropsicología y la MO, antes y después de 24 sesiones de un PECM; cada evaluación tuvo una hora de duración y su aplicación fue tres veces por semana. Para evaluar la memoria operativa fue utilizada la batería diseñada por Pickering, Baqués y Gathercole. Los datos estadísticos mostraron diferencias significativas ($p < 0.05$) y clínicamente importantes ($TE > 0.75$) en componentes de la MO, especialmente de la agenda viso-espacial (AV) y del ejecutivo central (EC). La conclusión fue que un PECM, mediante la enseñanza de estrategias (internas y externas) para fortalecer diversas actividades, por ejemplo economizar, ordenar, controlar, planificación de procesos de almacenamiento y evocación, así como para reforzar los componentes de la atención, mejora la agenda viso-espacial y los componentes del ejecutivo central.

En el mismo terreno de exploración, Cabrera (2011) llevó a cabo un estudio en la Universidad de Baja California, México, con el fin de observar y medir la eficacia de la intervención sobre la memoria operativa de trabajo –del adulto mayor– por medio de recursos educativos didácticos, como el juego de estampas con imagen (popularmente denominado *memorama*), laberintos, rompecabezas, etcétera. El estudio destacó como problemas actuales el incremento de la población adulta mayor y el déficit en la capacidad de memoria. Las evaluaciones se aplicaron antes (semana cero) y después (semana cinco) de la intervención educativa, a 25 sujetos organizados en dos grupos. Como instrumentos de evaluación utilizó la escala Wechsle de Inteligencia para Adultos III (WAIS III) y el Mini Mental State Examination (MMSE), durante cinco semanas. Asimismo, evaluó la MOT antes y después con base en el test T Student y con la prueba ANOVA al interior de cada grupo. El grupo control no recibió intervención. En el

grupo intervenido, se observó una diferencia significativa (MMSE $p=0.012$ y WAIS III $p=0.02$); en el grupo control la diferencia mostrada no fue significativa (MMSE $p=0.8$ y WAIS III $p=0.9$), mientras que la ANOVA sólo mostró diferencias al interior del grupo intervenido. Los resultados del estudio permitieron concluir que la intervención educativa mejoró la memoria operativa de trabajo, además del beneficio que toda experiencia de tipo preventivo conlleva. Sin embargo, para dar seguimiento y profundizar en el tema, el investigador recomienda prolongar el tiempo del programa de seis a 12 meses, a fin de dimensionar los alcances de la intervención.

Resultados y discusión

La ANOVA es una prueba estadística frecuentemente utilizada para encontrar diferencias significativas en diseños que incluyen comparaciones entre más de dos grupos o condiciones por examinar. El análisis estadístico permitió mostrar efectos significativos del tratamiento ($F=42.4$, $gl=1,23$, $P<0.001$), con mayores puntajes después del tratamiento (ver Gráfica 1). Asimismo, mostró un efecto sustancial de grupo ($F=6.24$, $gl=1,23$, $P=0.02$), los puntajes más altos fueron los obtenidos por el grupo experimental. La interacción tratamiento y grupo, reportó un efecto relevante ($F=14$, $gl=1,23$ y una $P=0.001$), lo cual indica que el tratamiento tuvo un efecto distinto en cada grupo, pero mayor en el grupo experimental (Ver Gráfica 2).

Aunque el grupo control presentó un incremento de puntuaciones de memoria, este aumento no es equiparable al incremento de las puntuaciones del grupo experimental, lo que puede ser interpretado como efecto del factor de medidas repetidas (durante el intervalo de seis meses), es decir, que existen efectos del recuerdo reciente de la primera aplicación. Es pertinente señalar que el centro de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), sede del programa, mantiene un ambiente estimulante para los adultos mayores, ya que promueven actividades deportivas y recreativas, además de mantener un control sobre su salud (física y emocional), lo que puede contribuir al retraso del declive cognitivo en la población. Los resultados confirman que la intervención del programa para estimular y ejercitar las habilidades cognitivas, contrarresta algunos efectos del envejecimiento. Así, el entrenamiento no solo mejora la memoria, también evita el declive cognitivo en las personas entrenadas, planteamiento sostenido por Calero (2006) en "Eficacia de un programa de entrenamiento de la memoria, en ancianos con y sin deterioro cognitivo" y con el cual concordamos.

Conclusiones

El estudio prueba que el tratamiento fue favorable. En el grupo experimental, los resultados de la evaluación posterior a la intervención así lo demuestran, porque obtuvo un incremento significativo en la puntuación de memoria y en la evaluación neuropsicológica, resultado que no fue logrado en el grupo control. Por lo tanto, es posible concluir que el tratamiento utilizado

mejora la capacidad de memoria y representa una alternativa necesaria para retrasar el deterioro cognitivo en adultos mayores. A partir de la intervención educativa se pueden compensar los cambios cognitivos del envejecimiento y sus repercusiones, pues el déficit de memoria tiene consecuencias cruciales. Colateralmente, el programa también contribuye en la adaptación del individuo con su entorno. Sin embargo, para determinar con más profundidad el impacto del tratamiento sobre la memoria de trabajo, precisa dar un seguimiento mayor a seis meses, es decir, requiere de tiempo para observar a largo plazo su alcance. Asimismo, es interesante considerar si en una intervención que comprenda un tiempo mayor a los seis meses es posible obtener resultados similares, y de ser necesario, aplicar una tercera evaluación al grupo experimental con igual intervalo a fin de corroborar si los resultados positivos permanecen. Finalmente, pensamos que el entrenamiento con base en actividades y ejercicios para estimular la memoria, la atención y otros procesos cognitivos, pero sobre todo que impelen a la persona a utilizar sus habilidades y recursos para la solución de dificultades, debería ser incluido en los protocolos de intervención con adultos mayores.

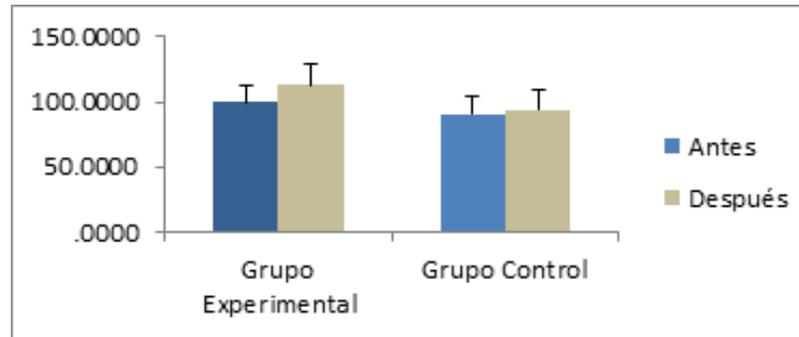
Fuentes de consulta

- Boget Lucia, T. y Penades Rubio, R. (1999). *No me acuerdo. Trastornos de la memoria*. Barcelona: Océano, 12-46.
- Cabrera. C., Morales, A., Arias, E., González, G., Vega, M., Coronado, A., et al. (2011). Efecto de una intervención educativa sobre la memoria operativa de trabajo del adulto mayor: estudio cuasi experimental con juegos populares. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 13 (2), 55-67.
- Calero García, M. D. y Navarro-González, E. (2006). Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo. *Clínica y Salud*, 187-202.
- Flores, C. (1973). Memoria, olvido y reminiscencia. En P. Fraisse. *Aprendizaje y memoria*, (pp. 316-317). Buenos Aires: Paidós.
- Gontier, J. (2004). Memoria de trabajo y envejecimiento. *Revista de Psicología*, XIII, 111-124.
- Guzmán, F. (14 de Junio de 2012). Periódico *El Universal*. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/cultura/69019.html>
- Hernández, B. M. (01 de Junio de 2010). *Slideshare*. Recuperado de <http://www.slideshare.net/profepsi01/psicologia-cognitiva>
- INEGI. (7 de agosto de 2012). *INEGI*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>
- Smith, W. y Rotirman, N. L. (1970). Retención y olvido. En W. I. Smith y N. L. Rotirman. *Cómo se aprende el comportamiento*. (pp. 216-217). Buenos Aires: Paidós.

- Junque Plaja, C. (1996). Alteraciones cognitivas en el envejecimiento normal en comparación con los déficits cognitivos en las demencias. En M. J. Ramos Platón, A. Aguirre Berrocal, R. Druker Colin, J. Espinar Sierra, M. Martí Nicolovius, I. Morgado Bernal, *et al.* *Sueños y procesos cognitivos*. (pp. 277-288). Madrid: Síntesis Psicológica.
- Manzanero, A. L. (2008). Aspectos básicos de la memoria. En A. L. Manzanero. *Psicología del Testimonio* (pp. 27-45). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Mas T. C. (2008). Mejora de la memoria en personas mayores: Variables a tener en cuenta. *Papeles del Psicólogo*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 29(2), 213-221.
- Ocaña Velázquez, E., Izquierdo Orozco, I., Aceves Estrada, V. y Fuentes Arana, J. C. (2012). *Robertexto.com*. Recuperado de www.robertexto.com
- Orbe, A. (31 de Marzo de 2012). *ALT1040*. Recuperado de <http://alt1040.com/2012/03/memoria-de-trabajo-working-memory-ram-y-biblioteca>
- Stassen, K. (2001). La vejez: El desarrollo cognitivo. En K. S. Berger, *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Madrid: Médica Panamericana.
- Vargas, J. M. (2001). Psicología cognitiva de la memoria. *Anthropos*, 34-44.
- Velilla-Jiménez, L. M., Soto-Ramírez, E. y Pineda-Salazar, D. (2010). Efectos de un programa de estimulación cognitiva en la memoria operativa de pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 185-198.

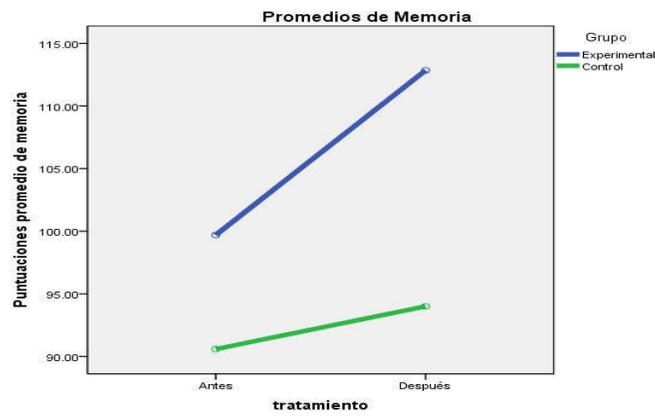
Anexos

Gráfica 1.



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 2.



Fuente: Elaboración propia

Cuidados y cuidadores de adultos mayores

Hugo Roberto Valderrama

Resumen

El trabajo expone las características del cuidado de las personas mayores, las de los cuidadores y sus clasificaciones, los modelos del cuidado y el impacto de esta actividad sobre las familias. Uno de los resultados a los que llega la presente investigación consiste en discernir las características particulares que definen a los cuidadores (formales e informales).

Palabras clave

Adultos mayores, cuidadores y taxonomía del cuidado.

Introducción

Los seres humanos somos frágiles y vulnerables comparados con otras especies. Desde el nacimiento del individuo hasta que tiene la capacidad de supervivencia autónoma, transcurren varios años con dependencia casi absoluta y continua de sus progenitores. Desde el punto de vista social, la atención de los individuos que no pueden valerse por sí mismos a causa de su vejez o por sufrir enfermedades y tener limitaciones de algún tipo, es considerada un deber y obligación. Todos los individuos somos seres dependientes en mayor o menor medida, por esa condición necesitamos de otros para sobrevivir hasta el punto que la creciente división del trabajo y la interdependencia, son rasgos de la modernidad (Tobío *et al.*, 2010).

El paciente geriátrico

El paciente geriátrico es el sujeto que cumple con tres o más de las siguientes características: tener 65 años de edad o más, muestra varias patologías, padece enfermedades de carácter invalidante, con o sin patología mental acompañante y tiene problemas de tipo social en relación con su estado de salud.

Con respecto a los cuidados, los ancianos integran un grupo de pacientes que plantea problemas especiales y con necesidades específicas en su cuidado –en comparación con los adultos más jóvenes– como pueden ser: la dependencia, resultado del deterioro cognitivo, dificultades y riesgos en las actividades diarias, frecuentes hospitalizaciones, etcétera. No obstante, las condiciones de salud y la circunstancia social del paciente geriátrico, precisan de una atención especializada y su correcta asistencia. De acuerdo con datos estadísticos, los adultos mayores reciben cerca del 70% de los fármacos en el área de atención primaria y ocupan aproximadamente el 50% de la capacidad de internación hospitalaria con respecto al uso de camas. La cifra de individuos hospitalizados mayores de 75 años de edad, eventualmente llega a cuadruplicar el número de ingresados con 15 y hasta 64 años de edad. Los adultos mayores son los usuarios de mayor consumo de recursos sanitarios, por razones justificadas, en proporción con el gasto que representan las personas más jóvenes (Defensor del Pueblo, 2000).

Por otra parte, es insuficiente la cantidad disponible de enfermeras y personal de trabajo doméstico del sistema de salud y en domicilios particulares, requerida para atender a los enfermos en forma adecuada. Sin omitir que existen muchas mujeres que son empleadas por el comercio y la industria, la carencia de personal genera complicaciones de grandes dimensiones para asistir y dar cuidados a las personas mayores. Esta situación no sólo afecta en Argentina y Latinoamérica, sino también a los Estados Unidos de Norteamérica y Europa.

Los profesionistas del campo médico ante la prolongación de la expectativa de vida del individuo y el aumento de la población de adultos mayores, no deberían ignorar su propia responsabilidad hacia los ancianos cuando éstos enferman o se invalidan. Una directriz ética de los médicos sería: siempre esforzarse para que los ancianos, enfermos o discapacitados, permanezcan en sus respectivos domicilios, reciban suficientes cuidados en condiciones que hagan de su domicilio el hogar apropiado. Pero muchos ancianos crónicamente enfermos permanecen viviendo en una cama de hospital o en un geriátrico. Ellos deberían ser diagnosticados con mayor profundidad, recibir tratamiento adecuado y eventualmente, si es inevitable, institucionalizarlos. Cuando se presentan por atención urgente, luego de recibir el diagnóstico adecuado e iniciar el tratamiento, tendrían que ser ubicados en áreas hospitalarias construidas y equipadas exprefeso para los pacientes geriátricos. Sin embargo, las instituciones de salud continúan sin comprender las necesidades de este tipo de pacientes, por ejemplo, cuando una embarazada ingresa es internada en el área de maternidad, los pacientes quirúrgicos en cirugía, los cardiópatas en coronaria, los infantes en pediatría y a los ancianos, a los ancianos...donde hay cama (Valderrama, 1997).

Los ancianos con enfermedad crónica pueden ser clasificados a partir de las características siguientes: los que pueden permanecer en casa; los que pueden ingresar al hospital y retornar a su hogar; aquellos casos en que no es posible el regreso a su casa. Otra subdivisión de casos socio-sanitarios puede ser:

1. Los que cuentan con condiciones para permanecer en su domicilio, en completa libertad.
2. Aquellos que son sedentarios o parcialmente ambulatorios, pero que podrían encontrarse bien en un hogar adaptado a sus necesidades de cuidado (por ejemplo, con ascensores, barandas en baños y pasillos, etcétera).
3. Los que deben permanecer en un instituto geriátrico por:
 - a) Necesitar mucho apoyo para sus tareas diarias y de pocos cuidados médicos. Son pacientes frágiles o incapacitados para permanecer solos en un domicilio protegido.
 - b) Requerir de asistencia de enfermería y algunos cuidados médicos, como los enfermos neoplásicos avanzados, insuficiencia cardíaca, etcétera.
 - c) Precisa de cuidado médico intenso y enfermería, como los pacientes con incontinencia, los que requieren sujeción en camas especiales o por una segregación del conjunto de pacientes, excitación o porque son pacientes con demencia, necesitan un cuidado intenso (Warren, 1996).

Las personas longevas, los viejos, son los verdaderos exponentes de la salud. Ellos cuidaron su salud por eso llegaron a la vejez y no se quedaron en el camino como los verdaderos enfermos. Los ancianos no están enfermos por ser viejos, solo van deteriorándose de manera inexorable como le ocurre a todo ser vivo, es decir, envejecen por el transcurrir del tiempo sobre sus cuerpos. Cuando se entienda el envejecimiento de esta forma, entonces será reconocida la importancia de los cuidados indispensables durante la avanzada edad. Actualmente el sistema de salud centrado exclusivamente en sanar, tendrá que desarrollar con mayor extensión y profundidad el concepto y visión del cuidado, en oposición a la postura que antepone el interés lucrativo de la industria farmacéutica. A los intereses mercantiles les conviene predicar que el objetivo del sistema de salud es sanar y por tal motivo es ignorado cualquier otro punto de vista y análisis. Para terminar con la (falsa) disyuntiva de sanar o cuidar, el sistema debe enfrentar el desafío de incorporar los cuidados como un componente de su compromiso. Los cuidados no excluyen la salud, no son opuestos ni independientes de las acciones sanitarias y deberían ser incluidos en las políticas de salud.

Pensar que los cuidados comienzan con el alta hospitalaria o que sólo compete a los familiares –en la atención intramuros o en la domiciliaria– es una idea asimilada por la población y aceptada entre los profesionales de la salud. Esta idea conduce a reingresos hospitalarios evitables si no fuera por la sobrecarga de cuidados que tienen las familias luego del alta; los familiares son rebasados por la presión de un trabajo de enfermería para el que no están capacitados o dispuestos a asumir, y en consecuencia, necesitan que el paciente continúe hospitalizado. Parte del panorama anteriormente expuesto, mejoraría con la disponibilidad de servicios de cuidados, de atención domiciliaria, hospitales geriátricos, centros de día y un conjunto de diversos servicios que el sistema de salud puede concretar y articularlos. Por consiguiente, es indispensable resolver con criterio socio-sanitario las graves carencias

prevalecientes del actual sistema de salud, cuya solución tiene que responder a la necesidad de cuidados profesionales más que a la de terapéuticas complejas.

Para entender la salud integralmente, es necesario producir un cambio cultural no sólo por parte de quienes prestan los servicios ya mencionados, sino también del Estado y de la sociedad demandante. Cabe precisar que la panorámica y las sugerencias hasta aquí expuestas, no significan apelar al regreso del Estado de bienestar del siglo XX, sino la aspiración es impulsar un Estado en el que el sector salud incida significativamente sobre la necesidad de cuidados (Galeano, 2008).

El cuidado de las personas mayores

El cuidado es un concepto en crecimiento. Como actividad existe desde la infancia a partir del modelo de maternidad – que constituye el esquema predominante– y se encuentra en la trayectoria de vida por distintas necesidades y en todos los grupos sociales, incluido el cuidado de sí mismo y el de quienes cuidan ancianos (Tobío y colaboradores, 2010). Cuidar de otros y de sí mismo ha existido en todas las culturas y grupos sociales desde lejanos tiempos. En éste sentido, Agulló (2002) afirma que cuidar no es tan solo una actividad física sino también mental; significa, sobre todo, planificar, estar pendiente y prever las necesidades. Recibir cuidado y cuidar de otros son actividades que existen en el seno de la vida misma y sin ellos no sería posible su mantenimiento y desarrollo.

Otra definición amplia sobre lo que implica cuidar, es caracterizada como: “un acto de vida que significa una variedad infinita de actividades dirigidas a mantener la vida, permitir la continuidad y la reproducción; se trata de un acto personal y de reciprocidad que supone ayudar a cualquier persona, quien de manera temporal o en forma definitiva, necesita ayuda para asumir sus cuidados vitales (...) El cuidado es entendido como el conjunto de todas las actividades humanas físicas, mentales y emocionales, dirigidas a mantener la salud y el bienestar del individuo, y por lo tanto, de la comunidad. Los cuidados implican varias acciones como las destinadas a mantener una alimentación adecuada, la temperatura corporal adaptada al medioambiente, hábitos de higiene corporal o del hogar, la prevención de peligros o accidentes, sin olvidar las actividades fundamentales para mantener una vida armónica y saludable, como el desarrollo de las emociones y afectos, las relaciones sociales, la actividad laboral y el entretenimiento” (Collière, 1993: 11, 119). Por otra parte, Arriagada (2010) expresa que: “Por cuidados nos referimos a gestionar y generar recursos para el mantenimiento cotidiano de la vida y la salud; a la provisión diaria de bienestar físico y emocional que satisface las necesidades de las personas a lo largo del ciclo vital.

El cuidado refiere los bienes, servicios y actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio. Definir el cuidado y medirlo es tema que está en debate. Es complejo precisar sus límites en función de qué se hace, a quién,

dónde y cuánto tiempo, lo que plantea dificultades al dimensionar su magnitud. La mayoría de las investigaciones sobre esta cuestión toman como punto de partida a la persona dependiente a fin de identificar a sus cuidadores, sin embargo, los cuidados son proporcionados en cualquier edad y dentro de un amplio espectro de condiciones. En éste sentido todos recibimos cuidados, en algún momento de nuestras vidas seremos beneficiarios y muchos de nosotros y nosotras, somos o seremos cuidadores” (Arriagada, 2010: 586).

Los cuidados diarios incorporados a nuestras vidas, previenen enfermedades y benefician la salud psicofísica. Actualmente en los hogares funcionales son parte de la vida cotidiana y denotan amor. Ante la enfermedad los cuidados comunes deben desarrollar características específicas. Los cuidados son transfigurados en diversas responsabilidades y actividades: hacer trámites administrativos, gestiones varias, acompañamiento físico, apoyo de la economía, compra de medicamentos, administración del tratamiento, entre otros. Los cuidados son tan esenciales para las personas con dependencias al grado de constituirse en el eje preventivo de las enfermedades y sus consecuencias, como la rehabilitación y la reinserción social (Fassler, 2008).

Es importante recordar que el envejecimiento de la población está aumentando, acontecimiento que genera una mayor demanda de cuidados y gran parte de ellos son resultado del deterioro de las capacidades y sus efectos que pueden llegar a la invalidez. Sin profundizar en otro aspecto importante del tema, basta indicar que las cohortes etarias (60-69,70-79, 80-89 y 90 años o más), tienen demandas específicas vinculadas a los cuidados en cada etapa de la vida (Fassler, 2008). Pareciera evidente que en el concepto y las acciones que implica cuidar, subyacen muchas dimensiones de asistencia, sin embargo, una compleja organización social atiende los distintos tipos de cuidados que los seres humanos necesitan e incluye a los agentes institucionales y sociales, la familia, el Estado, el mercado y los directamente afectados, o sea, las personas que dan o reciben cuidados (Tobío, 2010).

Por otra parte, los cuidados pueden ser delegados en personas que están fuera del marco familiar, su trabajo recibe remuneración o no. La tarea de proporcionar cuidados es un servicio que manifiesta preocupación por los otros, pero también representa un compromiso ético del individuo con la sociedad. Asimismo, existe una dimensión afectiva inherente en el individuo que requiere cuidados y quien los brinda. Por consiguiente, el cuidado de otros tiene una dimensión material además de un aspecto en apariencia intangible. La obligación de cuidar a otros establecida por la ley a partir del conjunto de relaciones, al mismo tiempo que contribuye en su construcción la conserva. En esta perspectiva, puede afirmarse que los cuidados son resultado de muchos pequeños y sutiles actos, conscientes e inconscientes que no son del todo naturales porque implican un esfuerzo (Aguirre, 2005).

En general, el cuidado puede ser directo o indirecto. La atención directa implica la prestación de un servicio requerido por las necesidades físicas y sanitarias del anciano. De esta forma, existe una transferencia de tiempo y genera interacción entre las personas que prestan

sus servicios y quienes reciben cuidados. En el cuidado indirecto quien tiene la responsabilidad sobre el anciano supervisa sus cuidados, aunque no tenga que interactuar con él. El trabajo de cuidar también puede ser diferenciado en inevitable o evitable (socialmente creado). Cuando la persona no puede llevar a cabo por sí misma las actividades diarias, sea por discapacidad o enfermedad, entonces es inevitable la dependencia. Por otra parte, a través del progreso son creadas necesidades (evitables) que se transforman en exigencia social e individual, por ejemplo, abordar un taxi en reemplazo de un colectivo o de caminar (Díaz Vega, 2009).

En una incursión fugaz al valor semántico del concepto cuidar, es revelador el significado del vocablo inglés *care* –frecuentemente utilizado en las fuentes bibliográficas del tema– porque no corresponde a la noción de cuidar en español. La palabra inglesa contiene una mayor riqueza semántica con una doble acepción que designa la actividad y el compromiso implícito con el quehacer y la persona, ambos sentidos son unificados por la responsabilidad dentro de la misma noción (Tobío, 2010); mientras que el significado al español, está limitado a la actividad de asistencia y esmero. Desde la perspectiva de la protección social, los cuidados comprenden la acción necesaria para garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas, en particular las que carecen del apoyo de otros o han perdido independencia y que necesitan cuidados para realizar las actividades esenciales de la vida diaria (CEPAL, 2004).

El Estado moderno y la familia

Con el advenimiento de la sociedad moderna, la familia perdió gran parte de su protagonismo. A mediados del siglo XX, el modelo de familia imperante se apuntaló en los roles de género, cuando la participación de las mujeres en el ámbito del trabajo asalariado no era destacada. Durante muchos años fueron los intereses económicos y los vínculos sociales los que determinaban la formación de nuevas familias, sin importar o tener algún valor la voluntad de los cónyuges. La idea de matrimoniarse por amor se consolidó en el siglo XX y con ella se abrió la posibilidad de la separación; asimismo, aparecieron otras formas de convivencia y diversidad sexual, con un reconocimiento social paulatino como nuevos modelos de familia.

La incorporación creciente de las mujeres al mercado de trabajo, fue otro de los factores que contribuyeron a cambiar las características tradicionales de la familia, porque además se cuestionó el modelo patriarcal dominante. El tipo de familia que acompañó al proceso de industrialización, dejó de ser el principal ámbito de la supervivencia y de la socialización, funciones que en la actualidad comparte con las escuelas y los medios de comunicación, pero continúa manteniendo los cuidados, en especial de los adultos mayores, los menores, los enfermos y quienes no pueden valerse por sí mismos (Tobío, 2010). La instauración del Estado de bienestar, posterior a la Segunda Guerra Mundial, abrió cobertura a los servicios de salud para toda la población y puso énfasis en las personas con dependencias. En éste sentido, apoyó la tarea del cuidado asignada a la familia, sobre todo de las personas frágiles

y vulnerables. A la par, los gerontólogos han propuesto estrategias que garanticen el derecho a ser cuidados como derecho de todos; pero en especial los derechos de los ancianos y que deben cumplirse al interior de cada hogar, para sumarlos al apoyo proporcionado por el sistema institucional y el familiar (Fassler, 2008).

Taxonomía de los cuidados

La creciente demanda de cuidados para los ancianos, plantea la necesidad de su clasificación y estudio porque constituyen un componente central de la atención de salud. Básicamente se pueden distinguir dos clases: los formales (domiciliarios e intramuros) y los que proporcionan los familiares, “cuidados informales” (Fassler, 2008). Por su parte Flores (1997), define al cuidador como la persona encargada de atender al individuo que se encuentra en situación de dependencia por cualquier tipo de discapacidad o incapacidad. Desde otro punto de vista, el rol del cuidador es definido de manera simple como la actividad de cuidar y engloba a los cuidadores informales y formales, sin hacer distinción entre ellos (De los Reyes, 2001). De acuerdo con un sinnúmero de investigaciones, como Campo (2000); Yanguas y Leturia, 2000; Herrera, 1998; Úbeda, *et al.*, 1997; Dela Rica y Hernando, 1994; y Jamieson e Illsley, 1993, entre otras, cuando el proveedor de cuidados es un integrante de la familia, vecino o amigo de la persona dependiente, todos son considerados como cuidadores informales. Según Domínguez y Alcón (1998), los cuidados informales son todas aquellas acciones cotidianas del ámbito familiar y doméstico, necesarias para mantener el funcionamiento integral y autónomo del anciano. Aunque también son proporcionados con objeto de mantener un óptimo nivel de independencia y calidad de vida del adulto mayor (Tesch y Römer, 2001).

Existe un estudio (Clara, *et al.*, 2005) que refiere como cuidado informal de los ancianos, al proporcionado por la familia, los amigos o los vecinos, quienes dan cuidados instrumentales en las actividades de la vida diaria. Es un apoyo para que los ancianos en situación de fragilidad, dependencia o discapacitados, puedan seguir viviendo en su hogar o en la comunidad y así evitar la institucionalización. La familia es la principal proveedora de asistencia al anciano con dependencias, y en su interior, las mujeres son las que principalmente ejercen el rol de cuidadoras, en su mayoría hijas o esposa. Por lo general, las mujeres son amas de casa, quienes además de desempeñar tareas domésticas, cuidan de los demás con escaso apoyo del sistema formal de salud. Tienen un nivel educativo básico o medio e invierten gran parte de su tiempo al cuidado de la familia.

Por ende, cuidar en condiciones precarias implica vivir con restricciones, no solo en relación con las actividades laborales, también en las relaciones interpersonales y del autocuidado. En cambio, al hacer referencia al cuidado informal, significa el trabajo remunerado de los profesionistas o las personas (capacitadas o no), que prestan sus servicios aunque no estén vinculados con la red social del anciano. Entonces, el cuidador formal es toda persona

que cuida a otro individuo, esté o no capacitado para ese trabajo y recibe a cambio un beneficio pecuniario. Pese a su aceptación en todos los ámbitos dedicados a la atención familiar y la salud, esta definición omite como característica fundamental la capacitación específica que deberían tener los cuidadores formales.

Para Valderrama (2003), los cuidadores de adultos mayores son las personas capacitadas por medio de cursos teórico-prácticos interdisciplinarios (impartidos por especialistas) para la atención preventiva, asistencial y educativa del anciano y su núcleo familiar. Las personas capacitadas apoyan el trabajo del personal de enfermería y a los gerontólogos. Su campo de acción abarca el hogar, hospitales de día, clubes, casas de atención para jubilados, residencias geriátricas y servicios sanatoriales. El presente trabajo, reconoce como cuidadores sólo a quienes están capacitados y es importante diferenciarlos de los asistentes geriátricos, dado que éstos, sin formación específica, asumen las tareas del cuidado de ancianos en instituciones geriátricas de Argentina.

La gerontología argentina toma como modelo las iniciativas de España en esta materia: el perfil académico, las prestaciones que benefician a los ancianos y en particular las propuestas acerca de los cuidados y cuidadores, entre otras. Las similitudes culturales y demográficas de ambos países son algunos de los rasgos que los aproximan, aunque países como Inglaterra e Italia, y en forma más lejana Francia, también son importantes para la gerontología.

Por otra parte, son incluidos como cuidadores los profesionistas que forman parte de las instituciones u organismos sociales y sus respectivas autoridades, destinados a prestar servicios de salud y asistencia para los ancianos. Existen dos tipos básicos de cuidados formales: el que es proporcionado como obligación de las instituciones públicas (financiadas parcialmente por el Estado) y el contratado por las familias. El servicio privado es una alternativa cada vez más utilizada en España, debido a las ventajas originadas por el ingreso de migrantes de habla hispana –fenómeno que dio lugar a una alta disponibilidad de personas, que son mano de obra barata– y por la escasez del servicio por parte de las instituciones estatales (García, 2009). De manera sucinta, la interconexión entre cuidados formales e informales constata que:

- Cuando los adultos mayores tienen uno o más descendientes, suelen contar con cuidados informales.
- Los que viven con su cónyuge, éste actúa como su principal cuidador, obtienen escaso apoyo de las redes formales porque mientras tienen quien les dé cuidados, los adultos mayores así lo prefieren.
- Los cuidados informales no proporcionados por familiares, tienden a evolucionar hacia cuidados formales.
- La zona donde se encuentra la residencia del anciano y su estatus socioeconómico, son factores determinantes en la obtención de apoyo informal o formal; en éste sentido, los adultos mayores con un nivel socioeconómico medio y alto, reciben

menos asistencia informal que los de niveles bajos.

Según datos estadísticos (Armi, *et al.*, 2008), las redes formales e informales se complementan entre sí, en un 72.4%, mientras que en el 27.6% las redes formales sustituyen los cuidados informales. De este 27.6%, el 21.2% la actividad es temporal debido a diversos problemas de los cuidadores informales (estrés, vacaciones, trabajo, etcétera) y solamente en el 6.4% la sustitución es definitiva. De quienes reciben cuidados, el 89.4% son de cuidado informal. Es importante mencionar que en España el 7.5% de los ancianos con necesidad de cuidados no son atendidos y una significativa parte del mismo porcentaje son mujeres que tampoco se les proporciona asistencia (Katz, *et al.*, 2000). Los cuidados, formales e informales, combinan los servicios privados con los públicos en el 11.9% de los casos (García, 2005; Flores y Rosenberg, 2008). Conforme a este panorama estadístico, los dos tipos de cuidados se complementan, los servicios privados tienen mayor demanda que los públicos, aunque el modelo complementario es mayoritario. Lo evidente es que los adultos mayores con necesidades de cuidados y que viven acompañados, dan prioridad al cuidado informal; por ende, el cuidado formal es minoritario pero complementa al informal que es prioritario y mayoritario. En España, el servicio público de cuidados tiene menor incidencia que el privado (Bazo y Ancizu, 2004), mientras que en otros países, la relación complementaria de los cuidados no es tan usual, aunque esta situación puede cambiar en función de la exigencia de conocimiento profesional en el manejo de las dificultades.

La presencia de familias numerosas en todos los modelos de cuidado informal, confirma la importancia de la red social más cercana al adulto mayor. El cuidado formal de origen público es otorgado con más frecuencia a los ancianos con menos familiares, lo que no es extraordinario pues uno de los criterios adoptados por algunas administraciones para el suministro de servicios, radica en la ausencia de familiares en el entorno del solicitante. Recurrir al servicio privado de cuidado formal, representa una alternativa sólo para quienes disponen de altos ingresos y la causa no siempre tiene relación directa con el problema o dificultades que genera la dependencia. En cambio, la probabilidad de recibir cuidado formal e informal combinados, aumenta significativamente en las personas con dificultades severas.

No obstante, cabe destacar que quienes son cuidados por su cónyuge, su trabajo probablemente no es considerado como cuidado informal, porque lo ven como ayuda constitutiva de la vida diaria, esto es, les resulta difícil diferenciarlo del cuidado recibido antes de la condición que causó la dependencia; sin embargo, al contrastarlo con el cuidado formal, es más fácil de identificar (Instituto Nacional de Estadística, 2009). Los ancianos que son cuidados por su cónyuge, tienen más posibilidades de recibir apoyo de las instituciones que los viudos, los separados o divorciados, porque su pareja asume el rol de gestor y mediador entre la persona mayor y el sistema público de cuidados. La combinación se origina a partir de la excesiva carga de cuidados o porque el cuidado requiere habilidades que sólo conocen los

profesionales en la materia. Un factor importante para la recepción del servicio es el grado o nivel de escolaridad. Un alto nivel educativo aumenta la probabilidad de recibir cuidado formal y reduce la necesidad del cuidado informal (Otero, *et al.*, 2003). El cuidado informal proporcionado por familiares con alto nivel educativo, tiene un costo social y económico muy elevado, por esa razón y en la medida de lo posible, es sustituido por el cuidado formal (García, 2009).

A partir de clasificar los cuidados destacan por lo menos tres de sus funciones: su función respecto a la autonomía y la auto-validez o independencia del anciano; el desempeño de su papel en el caso de las personas dependientes, y finalmente, sus características en los casos de discapacidad.

a) Autonomía e independencia (o auto-validez)¹

Por función adecuada se entiende la capacidad de adaptación a las actividades de la vida diaria pese a sufrir discapacidad física, mental o social. En los ancianos, el paso del tiempo y las secuelas de enfermedades, pueden generar la pérdida de funciones. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud del anciano es evaluada a partir del nivel de las capacidades funcionales. Por ende, la valoración geriátrica precisa diagnosticar diversas áreas, la salud mental, la física, la social, además de la capacidad funcional ubicada en la intersección de las tres áreas (Álvarez, 2006).

Epub 2006 Feb 3. Es necesario aclarar que el concepto de autonomía es diferente de la noción de auto-validez o independencia. La OMS indica que la autonomía es la capacidad de controlar, afrontar y tomar decisiones individuales acerca de cómo vivir el día, conforme a las normas y preferencias propias; en cambio la auto-validez significa la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria con independencia de otros para su consecución. Por su parte, la Comisión Europea (1998) considera que las personas con dependencia son las que por cuestiones ligadas a la pérdida de capacidad física o psíquica, necesitan recibir asistencia para desempeñar las actividades diarias. Bajo esta orientación en algunos países se ha implementado la ayuda por medio de los sistemas de salud.

b) Cuidados formales de las personas ancianas dependientes

Las diversas tareas que abarcan los cuidados son distribuidas durante la jornada de trabajo, son continuas a lo largo de la semana, independientemente de los días feriados y de periodos vacacionales. Destacan entre ellas los cuidados siguientes:

¹ Desde la teoría crítica, especialmente desde la Escuela de Frankfurt, la autonomía o la independencia corresponden a la esfera del reconocimiento que se inicia desde la familia y se desarrolla en el ámbito social. El primer reconocimiento social que los individuos construyen cuando existe la autonomía y la independencia, es la autoestima. Los coordinadores de este libro pensamos que la propuesta del autor del presente ensayo, podría relacionar los conceptos de "auto-validez" y "autoestima". Para tal efecto se recomendaría la obra de Honneth, Axel. (2007), *"Las luchas por el reconocimiento"*, Alianza, Madrid (ver particularmente el capítulo de la esfera del amor y la importancia de los cuidados en el ámbito de la familia y las relaciones sociales) <Nota de los coordinadores>.

- Cuidados básicos: asearlos, alimentarlos, acostarlos, levantarlos, vestirlos, sentarlos, lavarles los dientes, llevarlos al baño, etcétera.
- Cuidados médicos: llevarlos a sus citas médicas, al hospital, controlar la medicación, llevarlos a las actividades de la rehabilitación, etcétera.
- Cuidados domésticos: suministro de víveres, preparación de la comida, mantenimiento de ropa y limpieza, reparaciones y arreglos.
- Cuidados de traslado y obtener transporte (todo tipo de transporte).
- Otros: realizar gestiones y trámites administrativos de diversos asuntos, obtención de beneficios o prestaciones sociales, pago de servicios de teléfono, etcétera. Acompañamiento y distracción (Menéndez, 2010).

En lo que atañe a las actividades de la vida diaria y la necesidad de cuidados, cuando un anciano tiene dificultades para realizarlas, existen cuatro posibilidades:

- Proporcionarle cuidado informal.
- Proporcionarle cuidado formal.
- Combinar el cuidado informal con el formal.
- No recibe cuidados.

El cuidado formal suele ser solicitado cuando la severidad de la discapacidad genera necesidades que exceden las posibilidades de atención de los cuidadores informales. En este sentido, las personas que viven solas –a diferencia de las que viven con algún familiar– tienen menos probabilidades de recibir cuidado informal. Las redes sociales de apoyo, ya sea familiar o comunitaria, son determinantes en el tipo de cuidados que puedan recibir los adultos mayores. Cabe especificar que la amplitud de la red social y su composición, están relacionadas con la edad del anciano, porque a medida que su edad aumenta el número potencial de cuidadores se reduce. Las diferencias de género evidencian que los hombres tienen más probabilidades de recibir cuidado informal a diferencia de las mujeres, y ellas a su vez, tienen más posibilidades de recibir cuidado formal o de ambos tipos. Estas diferencias surgen por la mayor expectativa de vida en las mujeres, ya que están expuestas a las enfermedades crónicas incapacitantes por más tiempo. La situación socioeconómica es también relevante con respecto a las posibilidades de recibir cuidado. Entonces, la demanda del cuidado formal aumenta y el cuidado informal disminuye a medida que la clase social continente del adulto mayor se amplía.

Se produce una relación directa entre el cuidado formal y el informal, cuando el cuidador informal (un familiar) decide cuándo se requiere el cuidado formal del anciano. La intervención determina la intensidad y los cuidados que corresponde asumir a la familia. La relación puede ser complementaria, de suplantación o de remplazo periódico. Por otra parte, la importancia de las tecnologías modernas de la comunicación respecto a conformar una extensión de las instituciones de salud y asistencia, es fundamental y su intervención puede ser vital. En éste

sentido, los servicios de telemedicina muy frecuentes en Europa y de reciente ingreso en Argentina –como una alternativa de atención médica– son un ejemplo de cómo los servicios formales pueden complementar las acciones del cuidado informal (García, 2009).

Los cuidados básicos en situación de discapacidad

La discapacidad puede ser analizada bajo tres conceptos centrales: deficiencia, discapacidad y minusvalía. La deficiencia es entendida como pérdida de algunas capacidades o disfunción; la discapacidad como una limitación de la acción y la minusvalía como el impacto del problema en el medio social del individuo (Puga y Abellán, 2004).

En el 2001 la OMS aprobó la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), en la que se adopta una orientación a partir de un modelo con varios factores medioambientales. Por ende, la discapacidad es conceptualizada en forma multidimensional de modo tal que las condiciones de salud, factores sociales y el entorno interactúan. La definición de la discapacidad ha cambiado: de un enfoque centrado en los aspectos psicológicos y biológicos, hacia dar prioridad al contexto y el ambiente en el que se desenvuelve la persona. El estudio de la discapacidad pretende diseñar e implementar medidas sociales, sanitarias y de cuidados prolongados, a fin de lograr el bienestar de las personas en situación vulnerable, entre otros de sus objetivos. En Argentina, el 92.7% de las personas institucionalizadas en centros psiquiátricos o geriátricos, tienen alguna discapacidad (Instituto Nacional de Estadística, 2009).

Según Karp (2005) un anciano es dependiente cuando por motivos psíquicos, biológicos o sociales, requiere apoyo de personas e instituciones para satisfacer algunas de sus necesidades o deseos. El dependiente necesita ayuda permanente en las actividades de la vida diaria. Sin embargo, Puga y Abellán (2005) sostienen que la dependencia es consecuencia de la discapacidad vista en relación con la expectativa de respuesta social. No obstante, al considerar la dependencia como un indicador de discapacidad, se produce una confusión empírica y teórica, porque la dependencia compele a intervenir para reducirla, pero la dependencia por sí misma no es un signo de discapacidad. El reto actual de los cuidados para el discapacitado es aumentar su autonomía a partir de diversas medidas, incluidas las de tipo técnico y las de carácter personal.

Modelos del cuidado

a) El modelo maternal de cuidados

El cuidado maternal (madre-hijo) ha sido el modelo predominante de los cuidados y se ha extendido a los grupos sociales como el de los ancianos, discapacitados y enfermos. Asimismo, el paradigma fue incorporado al papel del Estado por medio de políticas sociales destinadas

a satisfacer las necesidades básicas de salud y para elevar la calidad de vida. Esto significa que el cuidado comprende actividades y vínculos en el sistema de relaciones recíprocas imprescindibles para la vida. Al plantear los cuidados como parte de una práctica social y ética, su significado y alcance trascienden el ámbito privado y se incorporan a lo público. De esta forma el cuidado maternal como base de la noción de cuidar, se prolonga hacia otros tipos de necesidades y formas de satisfacerlo (Tobío *et al.*, 2010).

b) El modelo social del cuidado

El significado del concepto de cuidado ha crecido y aplica en distintos terrenos. Comprende desde el espacio social cotidiano hasta el ámbito de las instituciones y el Estado. Sobrepasa el mundo de la familia, es incorporado al plano de lo político y se transfigura en diversas formas de cuidar a los dependientes, discapacitados y enfermos. Por otra parte, así como el trabajo requiere estar organizado, dividido y clasificado, también los cuidados necesitan ser organizados. Con este objetivo son delegadas diversas responsabilidades y funciones a las distintas instituciones y al personal implicado, aunque aún se ven distantes las prestaciones adecuadas en el rubro de salud y un modelo de asistencia equitativo. La manera en que la sociedad moderna resuelve las necesidades de cuidados, da lugar a un sistema que integra a la familia, el Estado y los servicios privados. Entonces, cuidar a los ancianos no debería ser solo una tarea familiar, la responsabilidad sobre los cuidados tendría que alcanzar relevancia teórica y política como un eje de la organización social, entre otros. El Estado de bienestar tuvo entre sus principios rectores sostener el rol tradicional de las mujeres, el que implicaba que ellas fueran las responsables de la estructura doméstica, el cuidado de los hombres, los niños y ancianos, a partir de salarios suficientes de los trabajadores para la manutención de su familia (Tobío *et al.*, 2010).

Los cuidadores

En el plano internacional durante las últimas décadas se ha “descubierto” a los cuidadores y sus condiciones de vida, al igual que a los enfermos crónicos que requieren de cuidados prolongados y el impacto de las actividades del cuidado de los ancianos, sobre los cuidadores (Bazo, 1998).

Entre quienes realizan los cuidados informales del individuo dependiente, es común distinguir alguna persona por su mayor dedicación y responsabilidad y se la define como: “la persona que proporciona la mayor parte de asistencia y apoyo diario a quién padece una enfermedad (...) es también la que permite vivir en su entorno de una manera confortable y segura a la persona enferma, quien por razones de edad o incapacidad, es totalmente dependiente” (Úbeda, *et al.*, 1997: 116-120). Incluso cuando la persona dependiente es ingresada en una institución, el cuidador o cuidadora principal es quien sigue manteniendo ese rol y actúa como interlocutor del enfermo con el sistema formal de cuidados. Dwyer y colaboradores (1994), definen al cuidador principal como el individuo que dedica la mayor parte de su tiempo, medido

en número de horas al día, al cuidado del enfermo. Según Wilson (1989), el cuidador principal es por lo general una persona procedente del sistema informal de apoyo, familiar o amigo y que tiene las siguientes características: 1) Asume las principales tareas del cuidado y es consciente de su responsabilidad; 2) Es percibido por los demás miembros de la familia como el responsable de cuidar del enfermo; 3) No recibe remuneración por la realización de las tareas; 4) Para seleccionar como cuidador principal a otra persona ajena a la familia, se necesita corroborar que el elegido tenga una experiencia mínima de 6 semanas a 3 meses en tareas de cuidados.

La situación socioeconómica de los cuidadores suele verse comprometida por la falta de tiempo destinado a su crecimiento económico, cultural, académico y para la recreación. El servicio de dar cuidados, sobre todo con las personas que tienen altos grados de dependencia funcional, demanda largas jornadas de trabajo sin tiempo para descansar (Giraldo, *et al.*, 2005). Por otra parte, existe un déficit de cantidad y calidad de las personas que brindan cuidados, puesto que no están capacitados sobre las técnicas al respecto. Peor aún, los que si están capacitados no reciben un pago digno, ni reciben prestación social alguna porque la actividad de cuidar ancianos o otras personas que lo requieren, no representa una expectativa profesional (Fassler, 2008).

La red de apoyo formal o profesional, tiene una cobertura cada vez más amplia en España y en Argentina, pero la principal sigue siendo la red de auxilio que las mujeres forman, ya que si no fuera por ellas muchos adultos mayores no estarían atendidos ni tendrían cuidados (Tobío, 2010). No es entonces extraño que en los cuidadores informales predominen las mujeres por el doble rol del género y el parentesco. De acuerdo con datos del Libro Blanco (IMSERSO, 2004), son las mujeres quienes por lo general dan asistencia y cuidan a varias personas en el día discapacitados, padres, suegros, etcétera; se transfiguran en cuidadoras múltiples y además el 17% de ellas logran compatibilizar esta labor con la de atender a hijos y nietos.

La primera Encuesta de Apoyo informal a los Mayores en España (IMSERSO, 1993, 1995), como las más recientes, coinciden en señalar que dentro del núcleo familiar las hijas son el eje del cuidado en el 39% de los casos. Le sigue la pareja en un 22%, a más distancia aparece el hijo, la empleada doméstica y las demás categorías (amistades, vecindario, voluntariado), quienes apenas representan el 10%. Las cifras también cambian en función del sexo del anciano dependiente. Si son mujeres las que requieren cuidados, la importancia de las hijas se incrementa hasta en 44.2% y la de los cónyuges masculinos baja en 15.3%. En el caso de ser hombres dependientes, las esposas ocupan el primer lugar en 41.2% y después las hijas en el 22.7%, los hijos en 8.5% y las empleadas domésticas en el 7.5% de los casos, según estadísticas de la Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores (IMSERSO, 2006).

Los lazos de convivencia también determinan diferencias con respecto a sus posibles cuidadores. Las personas mayores que suelen vivir con algún familiar más joven, representan el 35.6%, con su pareja 21.8%, solos 15.4%, con pareja e hijos 13.5%, de manera rotativa 7.8%, con alguien de la misma generación 3.9%, con un empleado del hogar 0.7%, o en una residencia geriátrica 0.6% (IMSERSO, 2005).

Los cuidadores pertenecientes a la familia, recurren a distintas estrategias para cumplir con el cuidado, por ejemplo, organizar convivencias con el adulto mayor, establecer turnos por periodos, acudir al apoyo familiar o extra-familiar a distancia (diferente vivienda), contratar a una empleada profesional, gestionan asistencia domiciliaria formal o ingresan al adulto mayor en un geriátrico. De acuerdo con la ONU (2008), las residencias geriátricas continúan siendo el último recurso para el cuidado de los ancianos. Existen pocas plazas con un costo económico alto que no es posible obtenerlo en muchos casos, pero tampoco se quiere acceder a ellas. Los adultos mayores (con una media de 85 años) que viven en centros geriátricos no llegan al 5% (ONU, 2007).

Las trabajadoras, madres y cuidadoras, no pueden ni desean dejar de lado sus actividades profesionales y recreativas para cuidar a sus padres, pero al delegar el cuidado en otros surge en ellas el sentimiento de culpa. Este tipo de sentimiento se manifiesta también cuando las madres llevan a sus bebés por vez primera a las guarderías o los dejaron con los abuelos. Estas circunstancias originan tensión, contradicciones, angustias y promueven el juicio infundado al ser estigmatizadas como malas mujeres (o peor aún, se auto-descalifican) sean hijas, madres o cuidadoras, problemas que no afectan por igual en los hombres. Son situaciones que están haciendo emerger como problema social el desacuerdo con una actividad que era considerada una obligación incuestionable de las mujeres (Cerati, 1993). Según datos de la ONU (2007), está en curso un cambio de actitud en cierta generación y detectada en la disminución cuantitativa de hijas dispuestas a cuidar de sus padres, cuya edad oscila entre los 20 y 39 años. La tendencia confirma que el cuidado informal (en familia y sin apoyo formal), no es sostenible ni es un sistema viable.

Por otra parte, la solidaridad no implica siempre armonía puesto que situaciones como las señaladas, complican la relación padres-hijos, generan conflictos intergeneracionales y desacuerdos en la pareja. Asimismo, el entorno social puede ejercer una presión negativa a partir de la idea de que no se trata bien al anciano. El conflicto también puede iniciarse por la falta de espacio, no sólo físico, sino el que da identidad e intimidad a los individuos (Agullo, 2002).

Principales características de los cuidadores informales y los formales

Las características habituales del cuidador informal son:

- Mujer.
- Mayor de 50 años.
- Casada con hijos.
- Estudios primarios.
- Sin ocupación laboral remunerada (no tiene un trabajo asalariado porque se dedica al cuidado).
- Hija, cuidadora de su madre.

- Dedicación permanente al cuidado.
- Aprendió a cuidar por intuición y observando a las profesionales del cuidado.
- No recibe ninguna ayuda.
- Cuida por razones morales, con abnegación.
- La actividad de cuidar le afecta física, económica y emocionalmente; también condiciona su vida relacional.
- Piensa que su labor no está reconocida socialmente.
- Vive situaciones económicas difíciles.
- Piensa que hacen falta más ayudas.

Las características habituales del cuidador formal profesional son:

- Mujer.
- 20-30 años.
- Soltera sin hijos.
- Diplomatura en Enfermería.
- En la titulación no se ofrece la suficiente formación.
- No cambiaría de trabajo.
- Su trayectoria profesional se circunscribe al cuidado.
- Piensa que su trabajo no está reconocido socialmente.
- Económicamente es un trabajo bastante bien retribuido.
- Es un trabajo que cansa física y emocionalmente.
- Deberían existir más ayudas institucionales.
- No se aprovechan los escasos recursos que existen.

Las características del cuidador formal no profesional son:

- Mujer.
- 30-40 años.
- Soltera y sin hijos.
- Nivel de estudios medio (y a veces superior).
- Trabajo como cuidadora: no es vocacional.
- Cuida a niños/as pequeños/as y personas mayores.
- No se reconoce su trabajo socialmente.
- Económicamente, la retribución depende de cómo valore la familia del dependiente el trabajo del cuidador.
- Hace falta más formación para el cuidado.
- Hacen falta más ayudas (Araico y Velasco, 2008: 77).

Fuentes de consulta

- Agulló, E. y Silveira, M. (2002). Mujeres, cuidados y bienestar social: el apoyo informal a la infancia y a la vejez. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*. Madrid: Instituto de la Mujer. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm%3Fid%3D12658>
- Agulló, T. y Silveria, M. (2004). Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación: una aproximación psico-sociológica. España: Universidad Complutense. <http://eprints.ucm.es/tesis/19972000/S/1/S1024701.pdf>.
- Araico, S. y Velasco Gisbert, M. (2008). Valoración económica de los cuidados a personas dependientes. *Revista Dialnet*, España.
- Armi, F., Guilley, E. y Lalived'Epinay, C. (2008). The interface between formal and informal support in advanced old age: a ten-year study. *International Journal of Ageing and Later Life*. Recuperado de <http://www.ep.liu.se/ej/ijal/2008/v3/i1/a1/ijal08v3i1a1.pdf>
- Arraigada, I. (2010). Uso del tiempo, cuidados y bienestar .La crisis de cuidado en Chile. *Revista de Ciencias Sociales*. Recuperado de <http://www.fcs.edu.uy/archivos/RevCienSoc27-.pdf>
- Aguirre, R. (2005). Lineamientos de acción y propuestas de políticas hacia las familias. CEPAL. División de Desarrollo Social. *Naciones Unidas*. Recuperado de www.eclac.cl/publicaciones/.../ssc46_Lineamientos_accion_cap6.pdf.
- Bazo, M. (1998). Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. *Revista de sociología, Universidad del País Vasco*. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=45641>
- Bazo, M. y Ancizu, I., (2004). El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada. *Revista Española Investigaciones Sociológicas*.
- Campo, M. (2000). *Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CEPAL. (2004). *Panorama social de América Latina 2004*. Naciones Unidas. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1221/S0480609_es.pdf?sequence=1
- CEPAL. (2004). División de Población y desarrollo Santiago de Chile. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Recuperado de <http://www.cepal.org/es>
- Clara, I., Franco, G., Correa, L., Salazar, M. y Tamayo, A. (2005). Relatives as caregivers of the elderly. *Asociación Argentina de Establecimientos Geriátricos*.
- Collière, M. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Interamericana.
- Defensor del Pueblo. (2000). La atención socio sanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. España: Oficina del Defensor del Pueblo. Recuperado de www.imsersomayores.csic.es/documentos/.../defensor-atencion-01.pdf.

- De la Rica, M. y Hernando I. (1994). Cuidadores del anciano demente. *Revista de atención primaria*. España: Elsevier. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-problemas-salud-sociales-los-cuidadores-14951>
- De los Reyes, M. (2001). Construyendo el concepto cuidador de ancianos. IV Reunión de antropología de MERCOSUR. *Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el MERCOSUR*. Brasil: Curitiba. Recuperado de <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/06CuidadoresdeAncianos.pdf>
- Díaz Vega, P. (2004). Hacia la convergencia de los sistemas de apoyo informal y formal en cuidadores: Un estudio de caso. Intervención psicosocial.
- Dizy Menéndez, D., de la Torre Prados, I., Ruiz Cañete, O., Fernández Moreno, M., Ayuso Sánchez, L. y García, M. (2010). Dependencia y familia: una perspectiva socio-económica. España: IMSERSO.
- Domínguez Alcón C., (1998). *Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez*. *Index de Enfermería*. Recuperado de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/revista.php>
- Dwyer, J., Lee, G. y Jankowski, T. (1994). Reciprocity, Elder Satisfaction, and Caregiver Stress and Burden: The Exchange of Aid in the Family Caregiving Relationship. *Journal of Marriage and the Famil*. Recuperado de <http://www.un.org/esa/policy/wess/wess2007files/wess2007.pdf>.
- Fassler, C., (2008). Políticas de salud y cuidados. *Una mirada desde el género*. Montevideo, Uruguay: Ediciones Trice.
- Galeano, M., (2008). Los cuidados y el sistema de salud. *Una mirada desde el género*. Montevideo, Uruguay: Ediciones Trice.
- Galeano, M. (2008). Los cuidados y el sistema de salud. Mesa de diálogo: Políticas de salud y cuidados. *Una mirada desde el género*. Montevideo, Uruguay: Ediciones Trice.
- Herrera Gómez, M. (1998). Nuevos desafíos en políticas sociales: la community care. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=759747>
- IMSERSO. (1995). Encuesta de Apoyo Informal a Mayores en España en 1993, *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. Recuperado de www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas/index.htm.
- IMSERSO. (2006). Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores en 2006. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apropositoconpm.pdf>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. (2005). Atención a las personas en situación de dependencia en España. IMSERSO. Recuperado de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. (2005). El acceso de los inmigrantes irregulares al mercado de trabajo. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. Recuperado de http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/Revista/numeros/63/Est06.pdf

- Karp, D. (2005). El anciano dependiente. Una ley francesa, la realidad nacional. Un estudio comparado. Montevideo. Recuperado de <http://davidmkarp.galeon.com/aficiones1062512.html>.
- Katz, S., Kabeto, M. y Langa, K. (2000). Disparities in the receipt of home care for elderly people with disability in the United States. *JAMA*. 284(23), 3022-3027.
- Otero, A., García de Yébenes, M., Rodríguez Laso, A. y Zunzunegui, M. (2003). Unmet home care need one community-dwelling elderly people in Spain. *Aging Clinical and Experimental Research*. 15(3), 234-242.
- Puga, L. y Abellán, A., (2004). El proceso de discapacidad. Un análisis de la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud. España: Fundación Pfizer.
- Rogero-García, J., Prieto Flores, M. y Rosenberg, M. (2008). Health services use by older people with disabilities in Spain: do formal and informal care matter. *Ageing and Society*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rogero García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=17011592005>.
- Salmerón Álvarez y Alonso Vigil, P. (2006). Factores asociados a la institucionalización de pacientes con demencia y sobrecarga del cuidador. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. España.
- Tesch Römer, C. (2001). Intergenerational solidarity and caregiving. *Z Gerontol. Geriatric, Germany*, 34, 28-33. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s003910170088#page-1>
- Tobío, C., Silveria Agulló, T., Gómez, M. y Martín Palomo, M., (2010). Cuidar a quienes cuidan y cuidarnos. El cuidado de las personas un reto para el siglo XXI. La Caixa. Co-lección Estudios Sociales. Recuperado de www.imsersomayores.csic.es/documentacion/.../registro.htm
- Úbeda, I., Roca, M. y García Viñets, L., (1997). Presente y futuro de los cuidados informales. *Revista de atención primaria*. España: Elsevier. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-impacto-del-hecho-cuidar-salud-11869>
- Valderrama, H. (2003). *Manual de Cuidadores Domiciliarios*. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.
- Wilson, H. (1989). Family caregiving for a relative with alzheimer's dementia: coping with negative choices. *Nursing Research*. 38(2), 94-98.
- Yanguas, J., Leturia, F. y Leturia, M. (2000). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Revista Papeles del Psicólogo*, (76). Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=83>.

El trabajo gerontológico como estrategia en diseño de programas educativos comunitarios

Sandra Quintero

Resumen

El objetivo de la presente contribución es determinar la incidencia de la unidad curricular gerontología educativa en lo que compete al educador gerontológico para la intervención socioeducativa con adultos mayores. Para la realización de dicha contribución se llevarán a cabo pruebas exploratorias con estudiantes de la licenciatura en Gerontología de la Universidad Nacional Esperimental Francisco de Miranda (UNEFM), en la localidad de Coro, de la República Bolivariana de Venezuela. La detección de las debilidades y fortalezas con la que está estructurado la Unidad Curricular de Gerontología Educativa.

Palabras clave

Gerontología, educación, aprendizaje y competencia.

Introducción

En la actualidad es ampliamente reconocido que está en curso un envejecimiento demográfico de los países en vías de desarrollo. Cabe recordar que en varios países las estructuras organizadas de acuerdo con la edad (estructuras etáreas), fueron relativamente estables durante la década de los años 50's del siglo XX, mantuvieron elevados índices de fecundidad y un lento descenso de los índices de mortalidad. A partir de entonces, entre 1950 y 1970 el 5.4% de adultos mayores se incrementó al 7%. Los cálculos estimados para el año 2025 señalan que alcanzarán el 14%, y el 22.6% hacia el año 2050, según datos del Centro Latinoamericano y Caribeño sobre Demografía (CELADE, 1999), reconocidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2003). Es decir, que entre los años 1950- 2025 el grupo de personas con 60 años de edad o más, aumentará a casi 11 veces su número inicial en relación con la cantidad de adultos mayores.

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto en la sociedad, al respecto la ONU (2010) afirma que la población envejece cuando aumenta la proporción de personas mayores con 60 años de edad o más. En este marco mundial, Venezuela muestra un envejecimiento poblacional heterogéneo y de acuerdo con las etapas de transición demográfica,

está ubicado entre aquellos países en transición hacia su tercera fase, ya que “se evidencian bajos niveles de fecundidad, natalidad y mortalidad, características que identifican el paso de una población joven y de crecimiento rápido a una población relativamente envejecida” (Villa, 2008: 40). Al mismo tiempo, el índice de envejecimiento alcanza el 32.4%, lo cual significa que existen 32 personas mayores de 60 años edad por cada 100 menores de 15 años, según el Instituto Nacional de Estadística (2011).

Este fenómeno demográfico en Venezuela plantea una doble preocupación: por una parte, la necesidad de lograr un equilibrio adecuado entre los factores sociales, económicos, ambientales y educativos, así como con los cambios en el crecimiento poblacional, su distribución y su estructura, toda vez que ellos ejercen un papel sustancial en el desarrollo social, en la conducta y en la salud de las personas a lo largo de la vida; por otra parte, los problemas y las necesidades específicas de los adultos mayores, deben ser atendidos con base en políticas públicas adecuadas y oportunas, en ámbitos como los de salud, alimentación, vivienda, familia, empleo y educación, entre otros.

En este escenario demográfico la educación juega un papel fundamental en cuestiones diversas que atañen al adulto mayor, su lugar en la vida familiar, en la comunidad y la vida institucional, entre otras. Por otra parte, el profesionalista en gerontología precisa de oportunidades que le permitan aprovechar su potencial y asumir un rol protagónico como educador social en los procesos de transformación. Así, ante el envejecimiento demográfico y en respuesta a los retos que el fenómeno plantea, desde el día 4 de julio de 1984 se implementó una terminal educativa en gerontología, como técnico superior universitario. Sin embargo, no fue sino hasta el año 2006 que fue aprobada la licenciatura en ese campo del conocimiento (Pensum de estudios, Programa de Gerontología, 2006). Cabe entonces destacar que fue en el año 2008 cuando egresó la primera generación de licenciados en gerontología.

La primera generación fue capacitada científica y técnicamente, así como portador de una ética, para atender las necesidades y demandas educativas de la población adulta mayor y tener la capacidad para intervenir como agente social de cambio. Son profesionistas comprometidos con la promoción del bienestar de los individuos que se encuentran en proceso de envejecimiento, pero que aún no han llegado a la vejez y desde luego con las personas envejecidas. La formación de profesionistas en gerontología, ha sido orientada para favorecer la manera en que los individuos experimentan un envejecimiento permanente. Por este conjunto de cualidades la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” (UNEFM), es considerada cuna de la gerontología en Venezuela al ser la institución mater de un nuevo profesional, con un pensum de estudios innovador fundamentado en el proceso de enseñanza-aprendizaje y el principio filosófico de enseñanza-trabajo.

Con ese pensamiento, la unidad curricular (UC) de gerontología educativa, está diseñada para que el estudiante domine las herramientas teóricas necesarias en el estudio lógico de los aspectos básicos de la acción educativa, su historia, el marco filosófico y los principios de su

quehacer. Las características de la formación en gerontología educativa, están orientadas para desarrollar un perfil amplio de sus egresados: como gerente social planificador, coordinador de atención integral, investigador y educador gerontológico.

A través de la operatividad de la unidad curricular de corte teórico, el estudiante desarrolla la capacidad competente en educación gerontológica, con base en la planificación, diseño, aplicación y evaluación de los proyectos de educación con adultos mayores (PEAM). Los alumnos diseñan los proyectos de intervención social a partir de un diagnóstico previo sobre las necesidades por atender. Dado que la unidad curricular tiene un carácter exclusivamente teórico, el conocimiento en torno a las experiencias prácticas de intervención socioeducativa, se limita a la revisión de diagnósticos presentados en clase y/o realizados por estudiantes en otra unidad curricular. Esta limitación constituye el interés de la autora del presente estudio, quien consideró necesario e importante examinar la incidencia que tiene la unidad curricular referida, en la formación del educador gerontológico.

Por otra parte, cabe destacar que de acuerdo con los requisitos académicos el alumno deviene educador gerontológico hasta la conclusión del décimo trimestre de la licenciatura. La unidad curricular en cuestión es caso único con ese nivel de exigencia y su estructura tiene como base los postulados sobre la gerontología educativa, autoría de Bermejo (2004). La presente investigación realizada entre enero-abril del 2012, tuvo por objetivo: evaluar la incidencia de la unidad curricular en la competencia del educador gerontológico y en la intervención socioeducativa, con alumnos formados en ese campo adscritos a la UNEFM, Coro estado Falcón (ver fotografía 1). Como punto de partida de la exposición describimos la estructura de la unidad curricular, después se establece su pertinencia y finalmente, se determina con base en el análisis, la incidencia entre los estudiantes entrevistados.

Desarrollo

A) Referentes de investigación

Una de las referencias utilizadas en esta investigación es el estudio sobre las estrategias de mediación en el aprendizaje, autoría de Bravo (2011). Su inclusión es pertinente porque las estrategias propuestas por el autor son empleadas por los profesores del programa de gerontología en la UNEFM. Entre las conclusiones del estudio, Bravo sostiene que los profesores de gerontología, al impartir su respectivo curso, no aplican diversas estrategias del aprendizaje contextualizadas y acordes con los requerimientos del estudiante. Por consiguiente, recomendó que el cuerpo académico se esmere y utilice durante la clase diversas estrategias para favorecer el aprendizaje de las competencias del licenciado en gerontología.

En cuanto al marco legal del país en materia de educación, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999) es enfática al establecer que: “la educación es un

derecho humano y un deber social, es democrática, gratuita y obligatoria (...) la educación es un servicio público y está fundamentada en el respeto a todas las corrientes de pensamiento, con la finalidad de desarrollar el potencial creativo de cada ser humano y el pleno ejercicio y respeto de su personalidad en una sociedad democrática”. El precepto constitucional anterior, puede complementarse con el punto de vista de Zerpa (Cfr.2006: 35), quien advierte que: “la educación es fundamental para el proceso de socialización y amerita el abordaje participativo e integral de todos los sectores”.

Cabe señalar que además existe la Ley de los Servicios Sociales (LSS, 2005), dirigida hacia los adultos (as) mayores y otras categorías de personas. En la ley se convoca a los gobiernos locales para brindar acceso a la educación, la cultura y el deporte, a todas las personas de avanzada edad en igualdad de oportunidades y para todos los niveles y modalidades. El marco constitucional permite inferir que existe interés jurídico por dar atención a este segmento de la población, como parte activa de la sociedad venezolana y que es de interés fundamental para el educador gerontológico en favor de su ejercicio.

Por su parte, Perozo (2010) analizó el perfil del licenciado en educación integral – carrera profesional impartida por la UNERMB– y el desempeño académico de sus egresados en instituciones educativas de la parroquia Pueblo Nuevo, ubicadas en el municipio de Baralt, estado Zulia, Venezuela. Al contrastar el perfil profesional con el desempeño laboral, encontró confusión entre la mayoría de los directores de las escuelas ya que no existe acuerdo entre ellos respecto a desarrollar trabajos de investigación (por parte de los docentes), en la misma zona donde se encuentran los planteles educativos. Mientras tanto, Perozo (2010) aconsejó asignar tareas interesantes y significativas a los maestros para que adquirieran experiencia y así puedan alimentar el conocimiento de los estudiantes. Asimismo, Lares (2010) planteó evaluar los diseños pedagógicos – base de la instrucción– constitutivos del Programa de Educación de la UNEFM. El resultado de la evaluación indica que es necesario adaptarlos de acuerdo con los lineamientos y orientaciones que establece el plan curricular de la UNEFM, así como con el perfil del egresado.

B) La gerontología educativa como Unidad Curricular (UC) en la UNEFM

La gerontología educativa como unidad curricular de la licenciatura en la UNEFM, permite al estudiante aprehender las herramientas teóricas y metodológicas para desarrollar un trabajo preventivo y que posibilite a los adultos mayores ejercer roles significativos, desarrollar su potencial creativo, apoyar su crecimiento psicológico y disfrute de la vida, entre otros aspectos. El egresado también está capacitado para ofrecer a la población en general un conocimiento profundo sobre la etapa de la vejez y el envejecimiento. Es una profesión con el propósito de modificar actitudes, estereotipos, prejuicios y mitos sobre la vejez y destacar el envejecimiento como un proceso normal del ser humano cualquiera que sea su edad (ver fotografía 2).

El alumno durante su formación es preparado para el abordaje socioeducativo con base

en las teorías y prácticas que competen al educador gerontológico. Es en la unidad curricular de gerontología educativa, donde el estudiante promueve la intervención a partir de la gerogogía, es decir, propicia la educación de los adultos mayores mediante la interacción con otros de la misma edad o contemporáneos; fomenta un aprendizaje permanente de actitudes y valores para mejorar la calidad de vida en este grupo de la población.

- Fundamento filosófico

La necesidad de fomentar el desarrollo de la gerontología educativa, se justifica por los valores sociales y civiles que promueve y que a la par consolidan la base teórica de la UC. En la esfera práctica, la UC direcciona la participación con adultos mayores para promover el aprendizaje, pero sobre todo hacia la intervención socioeducativa, entendida como: “el conjunto de técnicas apropiadas para colocar al hombre en una posición de auto-validez y actualización de las potencialidades en cada individuo, tanto de manera personal como social” (Orduna y Naval, 2001: 57).

- Fundamento sociológico

En relación con el aspecto social, la dinámica que circunda la naturaleza de la UC gerontología educativa, exige del concurso del educador, los adultos mayores y la población en general, lo cual motiva la incorporación de más actores en el proceso educativo. En el ámbito de la gerontología permite reconocer la necesidad de asumir la praxis educativa desde el punto de vista de la gerogogía, esto es, educar a las personas mayores a partir de la interacción con sus contemporáneos, además de sumar esfuerzos en éste mismo sentido para minimizar las posibles situaciones de dependencia que puedan presentarse en la vejez.

- Fundamento psicológico

Entre los fundamentos psicológicos del diseño de la UC, Quintero (2010: 7) expresa que se apoyan en los aportes de Mata (1998: 102) y en el modelo de aprendizaje significativo de Ausubel porque “enseñar y aprender no pueden ser equiparables, pues enseñar es solo una de las condiciones que pueden influir en el aprendizaje”. Asimismo tiene una de sus bases en la perspectiva del aprendizaje constructivo señalado por Méndez y Adam (2008), quienes refieren a Vygotsky (1936) al plantear el criterio socio-histórico-cultural, donde incorpora la psicología de la actividad ya que: el hombre se relaciona con los objetos de la cultura, pero no lo hace solo sino acompañado por los otros (Vygotsky, 1936). Del mismo modo, Quintero (2010) señala que el lineamiento pedagógico se apoya en el aprendizaje cognoscitivo de Brunner al aseverar que el aprendizaje es entendido como un proceso dinámico por el cual cambian las estructuras de los espacios a través de experiencias.

Otras bases se encuentran en la teoría psicológica de las motivaciones humanas de Maslow y en la contribución de Mata (1998), quienes sostienen que la motivación humana

debe ser analizada dentro de la personalidad individual, pues las distintas individualidades están sujetas a varias formas de relación en virtud de las características psicológicas de cada persona. La motivación es importante en la conducta que asumirá el individuo en un momento específico. Igualmente se apoya en Bandura y su teoría del aprendizaje social, al establecer que la relación entre el procesamiento de la información y las ideas de la teoría conductista son como las costumbres sociales de una cultura específica, influyen en la estructura cognoscitiva del individuo, estableciendo así una interacción biunívoca entre individuo y medio.

- La gerontología educativa como fundamento epistemico-educativo

Con el propósito de esclarecer el tema, Bermejo (2004) señala que la gerontología educativa inició con los estudios de Peterson, cuando en 1976 introdujo por vez primera la denominación para definirla como el estudio y práctica de la enseñanza de los mayores durante su envejecimiento (Bermejo, 2004). Más tarde, en 1980, la describe como un intento por aumentar y aplicar el conocimiento sobre la educación y el envejecimiento, para mejorar la calidad de vida de las personas mayores (Bermejo, 2004). En este mismo orden de ideas, el estudio referido nos remite a Glendening (1985), quien la considera como una especialidad de la gerontología en el ámbito más adecuado para ocuparse de la educación de los mayores, asimismo, compete a Lemieux (1986), quien la presenta como una ciencia aplicada cuyo objetivo es el estudio del conjunto de métodos y técnicas adecuados y reagrupados en un cuerpo de conocimiento en función del dicente mayor.

En el ámbito de la praxis, la gerontología educativa de la UC, Bermejo (2004: 129) destaca la gerogogía por ser un punto de vista que presta atención a la educación con mayores y el cual es definido por Hartford (1976) como ‘el arte y la ciencia de enseñar a los mayores’, mientras que Tyler (1983) por su parte la formula como la educación de las personas mayores con otras de su misma edad, este tipo de intervención se está implantando en los últimos años, tanto por razones de índole conceptual como práctica (ver figura 1).

Figura 1. Filosofía de atención de la gerontología educativa en el marco de la gerogogía.



Fuente: elaboración propia con base en Bermejo (2004)

- La competencia del gerontólogo como educador

Sobre la competencia del educador gerontológico se ciñen diversidad de aspectos, por esta característica el educador de adultos mayores debe poseer cualidades específicas que lo distinguen de otros profesionales, al respecto Bermejo (2004) indica que no es menos cierto que su saber y saber hacer deben estar acordes con los destinatarios de su misión. En concordancia, la unidad curricular está orientada explícitamente hacia las conceptualizaciones sobre la educación, la gerogogía y los proyectos educativos con adultos mayores (PEAM).

Por otra parte, los contenidos procedimentales están direccionados hacia la práctica de estrategias y métodos educativos, tomando en cuenta las capacidades de los adultos(as) mayores. La directriz que orienta las actitudes tiene componentes cognoscitivos, afectivos y conductuales; comprende valores éticos y la creatividad de cada estudiante, para promover la participación de los adultos y adultas mayores en la elaboración de los PEAM. Esta formación ha sido apreciada por Quintero (Cfr. 2009: 8) al indicar que: “la preparación académica de los estudiantes de la licenciatura en gerontología, debe estar orientada por una visión holística, inmersa en un contexto social dinámico donde esté presente el adulto mayor”. Sobre este mismo punto Gilson (Cfr. 2003: 61- 62) afirma que: “todos hemos recibido capacidades, talentos, que es necesario explotarlos y ponerlos en movimiento [...] cada uno debe hacer lo que le corresponde”. Con esta visión es conducida la intervención socioeducativa del educador gerontológico. A su vez, Bermejo (Cfr. 2010: 39) sostiene que “la intervención socioeducativa desde el punto de vista humanista tiene gran trascendencia en la persona”. La intervención contiene de manera implícita la educación como proceso constructivo, por eso es necesario destacar que el uso de los conocimientos previos, provoca verdaderos cambios en la dinámica social donde se desarrolla la persona, de allí que su interrelación sea más productiva y participativa, donde el individuo asuma el reto que implica su propia educación en evolución (ver figura 2).

Figura 2. Evolución de modelos de intervención con mayores, Moody (1996).



Fuente: Elaboración propia.

Metodología

De acuerdo con el objetivo general que consiste en determinar la incidencia de la unidad curricular (UC) gerontología educativa en la intervención socioeducativa con adultos mayores, es necesario indicar que el presente trabajo tiene su base en un paradigma positivista, o sea, el estudio puede ser considerado como producto del conocimiento científico y patrones de regularidad a partir de los cuales se explican las interdependencias entre clases distintas de eventos fácticos (López, 1993). El estudio es de naturaleza descriptiva y sobre las características del mismo puede afirmarse que: “busca especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Cfr. Hernández, 2010: 80). En este caso, el estudio es sobre la UC gerontología educativa del décimo trimestre, a fin de demostrar su incidencia en la calificación profesional del educador gerontológico, en particular la intervención socioeducativa con adultos mayores. No es un estudio experimental, sino que se trata de una investigación “que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Con ello se observan situaciones ya existentes” (Hernández *et. al.*, 2010).

De manera explícita, aseveramos que no hubo manipulación de variables ya que solamente fueron observados los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos y los datos se obtuvieron en un momento determinado. Los sujetos observados son alumnos que cursaron la UC y tienen el bagaje de conocimientos que competen al educador gerontológico. Por ser un estudio de campo, los datos se recogieron en forma directa de la realidad, sin intermediación de ninguna clase. La población o universo lo integraron 12 estudiantes del Programa de Gerontología, quienes cursaron la unidad curricular en cuestión durante el periodo enero-abril del año 2012, fueron incluidos alumnos de ambos sexos, con predominio del femenino, en edades comprendidas entre 20 y 27 años de edad.

Las técnicas de recolección de la información utilizadas fueron la entrevista y la observación por ser: “un método de recolección de datos que consiste en el registro sistemático, válido y confiable de los comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías” (Cfr. Hernández *et al.*, 2010: 260). La observación consistió en captar mediante la vista y en forma sistemática, cualquier fenómeno, hecho o situación producida en el aula de la UC gerontología educativa, enfocada en especial a los estudiantes que la cursaron.

Con relación a la técnica de entrevista, se utilizó la de tipo estructurada, la cual según Sabino (Cfr. 1995: 56): “se apoya en un instrumento donde las preguntas son establecidas con anterioridad y se le plantean al sujeto entrevistado”. La entrevista fue auto-administrada, el cuestionario se entregó a partir de una previa explicación sobre su intención y se obtuvieron respuestas con el consentimiento informado respectivo. El cuestionario estuvo conformado por treinta (30) preguntas cerradas, cuyas opciones se diseñaron conforme a la escala de Likert (Hernández *et al.*, 2010: 246) tales como: totalmente de acuerdo (TD), de acuerdo (DA), ni de acuerdo ni en desacuerdo (NDND), en desacuerdo (ED), totalmente en desacuerdo (TD).

También es importante resaltar que el instrumento fue tipo cuestionario y llevó por nombre GECEGISEG-UNEFM (Quintero, 2011).

La validez del instrumento, según Pérez (Cfr. 2006: 80) es: “aquella revisión exhaustiva del instrumento antes de ser aplicado, la cual se confía a un panel de especialistas en metodología y conocedores de la materia en estudio”. En este sentido, el instrumento (cuestionario) fue validado por una doctora en ciencias de la educación, autora del libro *Gerontología Educativa* –que sirvió de apoyo en la presente investigación– y consultora autónoma en España e Iberoamérica; participó un médico con maestría en gerontología (académico del Programa en Gerontología, UNEFM), un licenciado en educación, con mención en ciencias sociales, maestría en historia de Venezuela y doctorado en gestión turística (docente LUZ, sede Punto Fijo y Baralt, sede Coro); una socióloga con maestría en docencia para la educación superior (académica del Programa Gerontología UNEFM) y una licenciada en educación con maestría en docencia para educación superior (docente Baralt, sede Coro).

Para determinar la confiabilidad del instrumento, se aplicó una prueba piloto a un grupo de cinco sujetos con similares características de la población definitiva, pero no pertenecientes a ella. El cálculo de confiabilidad fue realizado de acuerdo con el coeficiente para correlación Alfa de Cronbach y con la aplicación del programa estadístico computarizado SPSS for Windows versión 17, se obtuvo un valor Alfa de 0.7927. Este resultado indica que el instrumento posee una alta confiabilidad de acuerdo con los parámetros establecidos para la interpretación de este tipo de coeficiente (ver tabla 1).

Tabla 1. Interpretación del coeficiente de confiabilidad.

| RANGOS | MAGNITUD |
|----------------|----------|
| De 0.81 a 1.00 | Muy alta |
| De 0.61 a 0.80 | Alta |
| De 0.41 a 0.60 | Moderada |
| De 0.21 a 0.40 | Baja |
| De 0.01 a 0.20 | Muy baja |

Fuente: Ruiz, C. (2002: 70). Instrumentos de investigación educativa.

Para cumplir con el objetivo del estudio, la información obtenida fue procesada mediante un análisis estadístico descriptivo que permite tabular, codificar y procesar la información de acuerdo con los indicadores y por medio de un análisis cualitativo-cuantitativo; los datos presentados en tablas especifican porcentajes (Hernández, *et al.*, 2010: 287). La representación porcentual fue analizada a partir de la tendencia de respuesta y fue utilizada la media como promedio auténtico de una distribución, por ser la medida de tendencia central de uso frecuente.

Resultados y discusión

a) Fundamento filosófico

Aspecto Gnoseológico (naturaleza del conocimiento en el aprendizaje). El 87.5% de los entrevistados está totalmente de acuerdo en que la UC ofrece momentos de aprendizaje, para saber implementar espacios de participación socioeducativa con adultos mayores, aunque la actividad es desarrollada en el marco de supuestas realidades, favoreciendo así la competencia del educador gerontológico. Aspecto Ontológico (la manera como se concibe la realidad en el aprendizaje), el 79% de los entrevistados está totalmente de acuerdo en que la UC describe la realidad del aprendizaje e integra la realidad del estudiante y la del adulto mayor.

Aspecto Axiológico (importancia de los valores en el aprendizaje), el 79% de los entrevistados está totalmente de acuerdo en que los contenidos de la UC están orientados hacia el fomento de los valores como educador gerontológico, los cuales fortalecen su formación profesional. Aspecto Epistemológico (la capacidad de producción de conocimiento), el 83% de los entrevistados estuvo totalmente de acuerdo en que la facilitadora expone diversas necesidades de adultos mayores para el diseño de proyectos socioeducativos, en el aula de clases.

b) Fundamento psicológico

Sobre el Aprendizaje Significativo (Ausubel), el 83% de los entrevistados está totalmente de acuerdo en que dentro de la UC, se organizan actividades cuyos contenidos permiten relacionar los conocimientos en gerontología educativa con el impartido en otras unidades curriculares, lo que fortalece a esta competencia. En relación con el Aprendizaje Constructivo (Vygotsky), el 92% de los entrevistados refiere que las actividades de la UC estimulan el aprendizaje social activo y propician el aprendizaje constructivo entre los alumnos de manera grupal, en favor de esta competencia.

Respecto al Aprendizaje Cognoscitivo (Brunner), el 58.3% de los entrevistados está totalmente de acuerdo en que la UC maneja material teórico que sustenta la estructuración de la unidad curricular examinada y que motiva al estudiante hacia la comprensión del ámbito de su competencia. En cuanto al Aprendizaje Humanista (Maslow), el 75% de los entrevistados está totalmente de acuerdo en que la UC orienta la formación de esta cualidad en el educador gerontológico y permite al estudiante comprender la necesidad educativa de los adultos mayores, en favor de esta competencia. Con relación al Aprendizaje Social (Bandura), el 66.5% de los entrevistados está totalmente de acuerdo con la UC, ya que permite al alumno comprender y transformar la relación entre el individuo y el ambiente, capacidad que favorece la competencia del educador gerontológico.

d) Fundamento sociológico

Sobre la realidad biopsicosocial del adulto mayor, el 54% de los entrevistados está de acuerdo en que la UC desarrolla estrategias metodológicas para comprender la realidad biopsicosocial de los adultos mayores, lo que representa una perspectiva fundamental en la intervención socioeducativa. En relación al entorno físico-social del adulto mayor, el 71% de los entrevistados está totalmente de acuerdo en que la UC genera conciencia en los alumnos sobre las necesidades específicas de los adultos mayores, las cuales representan algunos de los pilares de la intervención socio-educativa tanto del entorno físico como social.

e) Competencia del educador gerontológico

Sobre el pilar 'Aprender a conocer', el 71% de los entrevistados está totalmente de acuerdo con la UC porque promueve el proceso cognitivo (atención, memoria y aprendizaje) del alumno y permite la comprensión teórica de esta competencia. Respecto del pilar 'Aprender a hacer', la UC desde el punto de vista práctico, limita el desarrollo del educador gerontológico en las comunidades con adultos mayores, considerando que el diagnóstico-pronóstico elaborado por el alumno – previo a la intervención socioeducativa– requiere de la participación de los adultos mayores.

En relación con el pilar 'Aprender a saber convivir y participar', el 100% de los entrevistados se encuentra totalmente en desacuerdo con haber elaborado un diagnóstico participativo con adultos mayores de la UC en cuestión, que favorezca la competencia práctica como educador gerontológico; asimismo, los entrevistados señalaron que para diseñar el proyecto educativo de intervención, utilizaron un diagnóstico previo realizado por ellos, pero en otra UC. Sobre el pilar 'Aprender a ser', el 75% de los entrevistados está totalmente de acuerdo con la UC porque promueve la reflexión sobre la competencia práctica del educador gerontológico; en ese sentido, sugieren que la UC sea revisada con el propósito de favorecer la calidad de la práctica dentro de la comunidad con adultos mayores, durante el curso de la unidad curricular.

Consideración final

Con base en la descripción de las variables ya presentadas, es evidente que la estructura de la UC orienta la competencia del educador gerontológico desde el punto de vista teórico y por lo tanto incide en la formación académica de manera positiva. Sin embargo, los entrevistados refieren que al momento de elaborar el proyecto con adultos mayores (PEAM) para la intervención socioeducativa –y que constituye el último producto académico de la UC-, donde es requisito realizar un diagnóstico-pronóstico, el proyecto no puede ser dimensionado en la práctica por la constitución estrictamente teórica de la UC. Debido a esta limitación los alumnos de gerontología educativa recurren a los diagnósticos elaborados en otras unidades curriculares o por otros compañeros. Por otra parte, la UC no prevé formas de corroborar la necesidad planteada en el

diagnóstico, aun cuando exista de manera latente; ante tal circunstancia sugieren la revisión de la UC en este aspecto. Por consiguiente, se concluye que durante el curso de la UC, ésta tiene una incidencia positiva en el plano teórico aunque no así en la práctica, específicamente cuando se visita a la comunidad para determinar una necesidad real.

Ante el panorama descrito, los alumnos también sugieren que el Programa de Gerontología establezca mecanismos permanentes que hagan posible la revisión de las UC –que conforman el pensum de la licenciatura en gerontología– a través de la evaluación y cambios pertinentes en relación con la competencia que forma. Asimismo, promover mediante la práctica algunos cambios y la consolidación de la UC, manteniendo ante todo la visión de la integración social enmarcada en la justicia social y educativa del adulto mayor. Una de las recomendaciones destacadas considera la dinámica demográfica del envejecimiento poblacional en Venezuela para propiciar –a través del papel estratégico de la educación universitaria– el desarrollo integral sustentable del adulto mayor de manera conjunta con el estudiante, a fin de construir una sociedad democrática y participativa, la creación de espacios y foros de participación social que favorezcan la diada universidad-comunidad de modo permanente.

Fuentes de Consulta

Bermejo, L. (2004). *Gerontología Educativa. Cómo diseñar proyectos educativos con mayores*. España: Médica panamericana.

Bermejo, L. (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores*. España: Medica panamericana.

Bravo, M. (2011). “Estrategias de mediación del aprendizaje empleado por los profesores del programa de gerontología de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” de Coro Estado Falcón”. (Trabajo de grado para optar al título de Magister Scientiarum en docencia para la educación superior). Universidad Nacional Experimental “Rafael María Baralt”, UNERMB. Sede Coro, Venezuela.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). *Gaceta Oficial N° 5.453*.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Perú: Editorial Mc Graw Hill.

Gilson, N. R. (2003). *Semillas de esperanza*. Venezuela: Coro estado Falcón.

Instituto Nacional de Estadísticas. (INE). (2011). Venezuela.

Lares, T. (2010). Evaluación de los diseños instruccionales del programa de educación de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”. (Trabajo de grado para optar al título de Magister Scientiarum en docencia para la educación superior). Universidad Nacional Experimental “Rafael

- María Baralt". Sede Coro, Venezuela.
- Ley de los Servicios Sociales. (2005). Gaceta oficial N° 38.270.
- López, A. (1993). La investigación y sus conocimientos. En M. Bustillos (Comp.). *Publicaciones del Centro educativo diocesano*. Venezuela: Universidad del Zulia.
- Mata, L. (1998). *Aprendizaje, teóricos y teorías*. Universidad Nacional Experimental "Rafael María Baralt". Zulia. Maracaibo, Venezuela.
- Méndez, L. y Adam L. (2008). *Ciencia de la Educación permanente. Sus campos, sociodidaxia y praxiología ética*. Caracas, Venezuela: FEDUPEL.
- ONU. (2003). Reflexiones del informe del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).
- Orduna, G. y Naval, C. (2001). *Gerontología educativa*. España: Ariel Educación.
- Pensum de Estudios Programa de Gerontología (2006). Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda". Programa de Gerontología. Sede Coro-Venezuela.
- Pérez, A. (2006). *Guía metodológica para anteproyectos de investigación*. Venezuela. FEDUPEL.
- Perozo, O. (2010). Perfil profesional del licenciado en educación integral de la UNERMB y el desempeño laboral en instituciones educativas de la parroquia Pueblo Nuevo, Municipio Baralt, estado Zulia. (Trabajo de grado para optar al título de Magister Scientiarum en docencia para la educación superior). Universidad Nacional Experimental "Rafael María Baralt. Sede Coro, Venezuela.
- Quintero, S. (2010). *Diseño Instruccional Gerontología Educativa*. Venezuela: Programa de Gerontología, UNEFM.
- Ruiz, C. (2002). *Instrumentos de investigación educativa*. Venezuela.
- Sabino, C. (1995). *El Proceso de Investigación*. Santa Fe: Editorial Panamericana.
- Villa, L. (2008). Disparidad demográfica y envejecimiento poblacional en los municipios Baruta, El Hatillo, y Sucre, estado Miranda Venezuela. (Tesis inédita para obtener el título de licenciado en gerontología). Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda". Programa de Gerontología. Sede Coro, Venezuela.
- Zerpa, J. (2006). La educación en la Sociedad del Conocimiento y su importancia en el proceso de socialización a través de la interacción escuela-familia-comunidad. Recuperado de http://www.uft.edu.ve/postgrado/omega_digital/OD_Octubre2007/descargables/La%20educaci%C3%B3n_en_la_sociedad_del_conocimiento.doc.

Anexos

Fotografía 1. Estudiantes entrevistados acompañados de la investigadora.

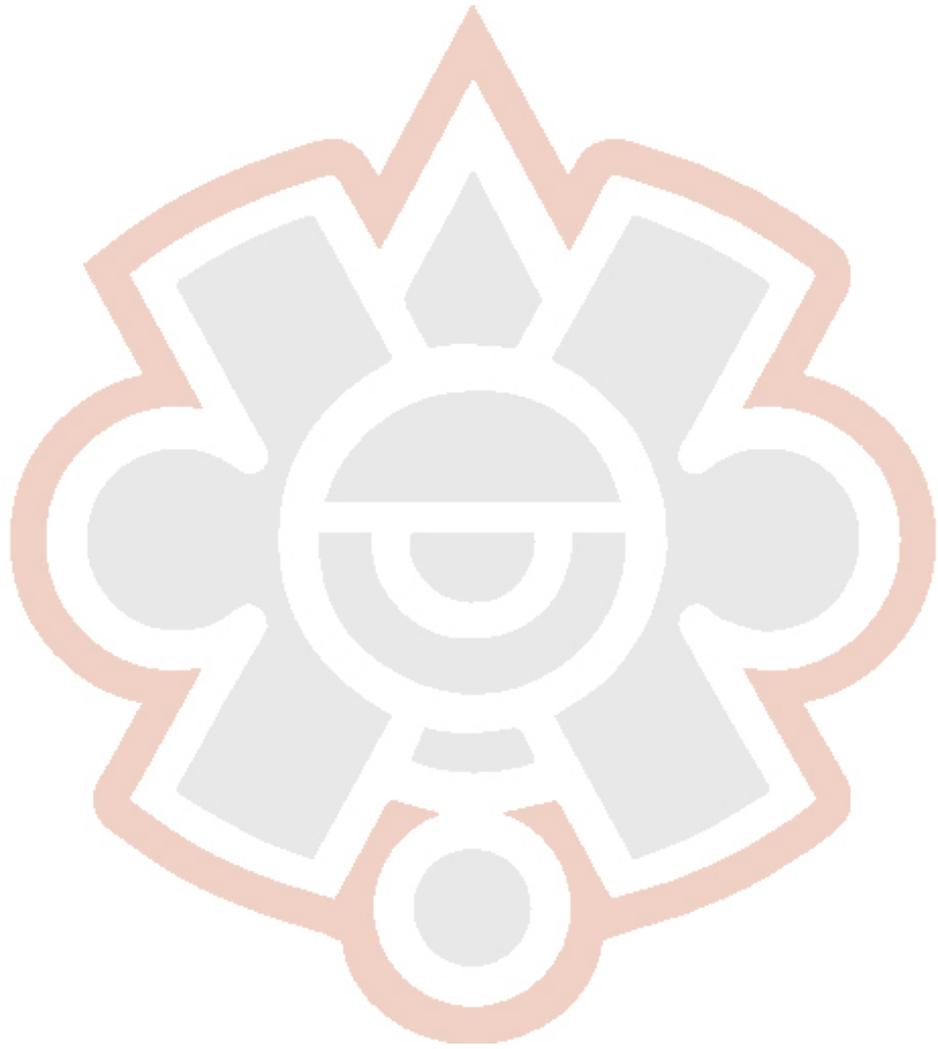


Fuente: elaboración propia.

Fotografía 2. Estudiantes, docente- investigadora, profesores y obreros, en espacios académicos del programa de gerontología de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda".



Fuente: Elaboración propia.



Tercera parte
Diseños curriculares y
modelos de intervención



Fundamentos estratégicos para la formación de recursos profesionales en gerontología: experiencia de la UNEVT

Sergio Flores Cerqueda

Con todo mi cariño para mi abuela, Amalia Méndez García, luz de la comunidad, ejemplo moral y reconciliación de las familias.

Resumen

Instaurar nuevos centros universitarios es la mejor inversión para el presente y futuro de las comunidades tendientes a envejecer. Destinar recursos para impulsar la creación y el desarrollo de instituciones de educación superior que además de diversificar opciones contemplen las necesidades de su contexto, constituye una iniciativa incuestionable. En éste sentido, actualmente los estudios gerontológicos son un paradigma atractivo y de alta responsabilidad social, a nivel mundial. Según Moragas-Moragas, los programas sobre estudios gerontológicos tendrán que ser adoptados y apoyados por las políticas educativas de cada región, pues sin invertir en la formación de recursos humanos consagrados para atender las diversas necesidades derivadas del envejecimiento poblacional, las incertidumbres sobre las poblaciones envejecidas tendrán un alto costo social¹.

Palabras clave

Gerontólogo, modelo educativo, diseño curricular.

Gestión y creación de la Universidad Estatal del Valle de Toluca (UNEVT)

La educación es un factor determinante para el mejoramiento individual y social de los mexiquenses. La necesidad de resolver la cuestión de la pobreza y dignificar la vida comunitaria en municipios como Ocoyoacac, donde se fundó una institución universitaria que tiene una oferta de licenciaturas innovadoras con alto nivel de preparación teórico-práctica,

¹ Moragas-Moragas, Ricardo (1991). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Herder, Barcelona. Ricardo Moragas es un teórico español entre los más importantes actualmente en cuestiones de planes y programas de estudios gerontológicos.

cuyo perfil educativo encuadra con las condiciones regionales y que además debe proporcionar atención a los diferentes problemas de la comunidad ocoyoaquense en particular y al estado de México en general, son los ejes centrales de la Universidad Estatal del Valle de Toluca (UNEVT)².

Bajo el contexto jurídico de recomendaciones de tipo internacional³, nacional y estatal, nació la Universidad Estatal del Valle de Toluca, ubicada en el municipio de Ocoyoacac, Estado de México. El decreto de su creación fue publicado en la *Gaceta del Gobierno* el 20 de enero de 2009 y que a la letra dice:

“Artículo 1. Se crea la Universidad Estatal del Valle de Toluca como un organismo público descentralizado del Gobierno del Estado de México, con personalidad jurídica y patrimonio propios, con domicilio social en el municipio de Ocoyoacac y sectorizada a la Secretaría de Educación. Artículo 2. La Universidad, tendrá como objeto: I) Impartir educación superior en los niveles de Licenciatura, Especialización, Maestría y Doctorado con validez oficial, para formar de manera integral profesionistas competentes con un amplio sentido ético, humanístico y nacionalista, así como un elevado compromiso social y aptos para generar y aplicar creativamente conocimientos en la solución de problemas; II) Organizar y realizar actividades de investigación en las áreas donde proporcione educación, atendiendo fundamentalmente los problemas estatales, regionales y nacionales, en relación con las necesidades del desarrollo socioeconómico de la entidad; y III) Formar individuos con actitud científica, creativos, con espíritu emprendedor, innovador, orientados al logro y superación personal permanente, solidarios y sensibles con las realidades humanas, integrados efectivamente y comprometidos con el progreso del ser humano, del país y del Estado”⁴.

El decreto en su primer artículo da cuenta del espíritu fundacional del recinto como un espacio de estudios universitarios donde la comunidad no solo ingrese para capacitarse, adquirir conocimientos y competencias, sino que también forme valores éticos y responsabilidad⁵.

Construcción de la licenciatura en gerontología

El proceso constructivo de la nueva licenciatura derivó de un riguroso análisis del mercado educativo a partir de varios estudios: diagnósticos situacionales sobre la educación, tendencias demográficas, estudios socio-económicos, fundamentación teórica de la licenciatura, ubicación de las principales causas epidemiológicas y servicios de salud, entre otros análisis que determinaron la viabilidad del programa de estudios. Cabe destacar que el documento rector CEIFRHS integró los estudios en una carpeta, la que fue modelo para el diseño de programas a nivel federal y en el seminario de actualización sobre la estructuración de planes y programas

² Vid. <http://www.unevt.edu.mx/>

³ Los planes de Acción Internacional sobre el Envejecimiento constituyen una base política a nivel mundial, proponen principios generales y directrices sobre las maneras en que la comunidad internacional, los gobiernos y las sociedades en su conjunto puedan hacer frente a los retos del envejecimiento: a) El derecho a la protección de personas envejecidas en situación de desventaja social y vulnerabilidad relativa a la salud, b) Promover los modelos de envejecimiento activo y productivo.

⁴ *Gaceta del Gobierno del Estado Libre y Soberano del Estado de México* (2009), Martes 9 de Enero, Núm. 12, Toluca de Lerdo, México, pp. 2-3.

⁵ *Ibidem*. pp. 4-5.

de salud (actividad que logró reunir a más de 15 instituciones del sector salud y de educación superior, públicas y privadas).

La licenciatura en gerontología es una carrera profesional basada en aptitudes (conocimientos), habilidades y actitudes, cuya directriz principal es la comprensión del envejecimiento humano⁶. Su objetivo es crear profesionistas con base en una formación interdisciplinaria teórico-metodológica y práctico-humanista de estudio, con la capacidad y competencias para atender las necesidades de tipo social, de salud, psicológicas, ambientales, económicas y jurídicas de los adultos mayores⁷, orientadas a la intervención preventiva, de rehabilitación y que además promueva el envejecimiento activo.

La misión de formar profesionistas exitosos en gerontología, también asume la responsabilidad de capacitar al alumno a partir de los requisitos de la investigación científica. La formación de tipo interdisciplinario del futuro gerontólogo es de suma importancia, pues implica el conocimiento sobre los modelos teóricos de diferentes disciplinas científicas, que lo habilita para intervenir con conocimiento de causa y las herramientas adecuadas, con un óptimo nivel competitivo. Asimismo, multiplica las capacidades y habilidades a fin de encontrar solución a los problemas de los adultos mayores. Saber conjugar la responsabilidad social con la investigación científica constituye la fórmula innovada por la licenciatura en gerontología, a partir de los objetivos contemplados en la misión de la Universidad⁸, los criterios de calidad educativa y el perfil del egresado.

Diseño del Plan de Estudios

La Universidad Estatal del Valle de Toluca, en congruencia con su compromiso por elevar la calidad de la educación superior, conformó un grupo de expertos⁹ cuyo compromiso fue asesorar el diseño del plan y programa de estudios de la licenciatura en gerontología. Durante las reuniones fue analizada la estructura lógica del proyecto, su factibilidad y sustentación (la interrelación de asignaturas, perfil del egresado, estudio de mercado, etcétera). Otro aspecto discutido fue el 'estructural' relativo al proceso formativo: examinaron los antecedentes históricos, científicos, el marco normativo internacional, datos socio-epidemiológicos, infraestructura física, campos clínicos e intervención práctica.

⁶ Moragas-Moragas, Ricardo (1991). *Gerontología social*. Herder, Barcelona.

⁷ Leopold, Luis (1999). *Formación profesional: el caso de la Gerontología. Estudio de necesidades y aportes para un diseño curricular*.

⁸ Vid. http://www.unevt.edu.mx/mision_visionobjetivo

⁹ Agradecemos a los doctores (as): Laura Angélica Basaldúa Merino, representante del Instituto Mexicano del Seguro Social; Benita Soledad Gutiérrez Ramírez, responsable del programa de atención al envejecimiento del Instituto de Salud del Estado de México; Carolina Rayón Rangel, representante del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México; José Carlos García Ramírez, miembro del Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT y Catalina Soriano Reyes, Coordinadora de la Licenciatura en Gerontología de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Por último, fue examinada la composición orgánica de la estructura curricular, análisis horizontal y vertical de las asignaturas (entre materias y semestres), con el propósito de que éstas reflejaran un determinado tipo de conocimiento y un núcleo académico formativo¹⁰ en las áreas médico-biológicas, socio-familiares, económica, jurídica, política, de la conducta y las humanidades.

La experiencia y especialidad de quienes formaron el grupo pionero, significó un respaldo sustantivo para el diseño del Plan y Programa de Estudios de la licenciatura; sin embargo, la experiencia formativa a nivel internacional constituye un marco de referencia indispensable, por ello han colaborado especialistas de varios países¹¹.

Sobre el licenciado en gerontología

El gerontólogo es un profesionista reconocido por diversas instancias educativas de México y con presencia en países de América Latina y el Caribe (como lo son Brasil, Perú, Uruguay, Argentina, Panamá, Colombia, y Venezuela, entre otros). Su conocimiento y quehacer lo definen como el profesionista calificado para atender los problemas derivados del envejecimiento, además de sujeto productor de teoría y (tendiente a lo) práctico, cuya intervención social genera impactos medibles y de beneficio comunitario.

La figura jurídica del Licenciado en Gerontología en México, es de reciente creación. La Secretaría de Educación Pública es la institución responsable de expedir el título y cédula profesional que validan al postulante con el grado de licenciatura, es decir, como alumno que cursó cuatro años que conforman el plan de estudios y cumplió con el 100 % de créditos del programa, el servicio social, acreditación de una lengua extranjera y con el proceso de titulación (vía promedio, tesis, tesina o seminario).

Proceso formativo

En la UNEVT, la gerontología estudia los procesos asociados al envejecimiento a partir de una vertiente holística: de salud, psicológica, afectiva y socio-familiar. El modelo educativo tiene los siguientes objetivos específicos:

- Proporcionar una atención y evaluación integral, instrumentada y metódica con perspectiva humanista.

¹⁰ La información se encuentra en V. Korenchevski, (1951). "The International Association of Gerontology and Rapid Progress of Gerontology". Véase la página web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2022540/?page=1>

¹¹ Agradecemos la orientación brindada por los siguientes expertos: Dr. Ricardo Moragas-Moragas (IMSERSO, Universidad de Barcelona); Dra. Miriam Jessica Bazán Torres, de la Universidad Alas Peruanas; Dra. Rosa Yuka Sato Chubaci, de la Universidad de São Paulo, Brasil; Mtra. Mónica Navarro, de la Universidad Nacional Tres de Febrero de Argentina.

- Orientar al personal de servicios, familiares y cuidadores del adulto mayor, sobre las formas profesionales para su atención.
- Generar proyectos de intervención y estrategias específicas de promoción y prevención de salud que contribuyan al logro del envejecimiento digno¹², saludable¹³ y participativo¹⁴.
- Contribuir en la construcción del envejecimiento saludable y exitoso a fin de elevar la calidad de vida tanto en lo individual como en lo social.
- Maximizar las competencias teórico-prácticas del alumno para encauzarlo en la investigación, la planificación y gestión de paradigmas orientados a resolver problemas de la vida diaria del adulto mayor actual, futuro y de su entorno.

Quien cursa la licenciatura en gerontología, aprende a utilizar metodologías y técnicas de investigación cuantitativas, como cualitativas. El proceso formativo del futuro profesional oscila entre aprender a dominar información crítico-analítica, la conducción tutorial para la intervención práctica en comunidades y clínicas, y la aplicación de conocimientos y técnicas para resolver problemas prácticos¹⁵.

Competencias profesionales

La 'mística' universitaria que anima el área de gerontología, está enfocada a tomar decisiones basadas en la gestión de los conocimientos adquiridos y habilidades desarrolladas, aplicados en áreas público-privadas, la docencia y la investigación. El gerontólogo egresado de la Universidad Estatal del Valle de Toluca, tiene una capacitación multidisciplinaria que le permite detectar necesidades insatisfechas (socio-psicológicas, cuidados, bienestar y salud), analizar causas y consecuencias del envejecimiento poblacional y elaborar modelos de atención-intervención, a fin de contrarrestar situaciones de fragilidad.

Pertinencia del gerontólogo

La gerontología por ser una disciplina abierta a otros campos del saber, colabora con la demografía, las ciencias biomédicas (la geriatría, por ejemplo), las ciencias sociales, la arquitectura y la tecnología biomédica, entre otros. En su intervención construye soluciones integrales para contribuir no solo a entender las dificultades del envejecimiento, sino también

¹² Leopold, Luis (1999). Formación profesional: el caso de la Gerontología. Estudio de necesidades y aportes para un diseño curricular.

¹³ Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2001, 2003, (2004). Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) México.

¹⁴ Villareal Martínez, M. (2006). Mecanismos participativos en el diseño e implementación de leyes, políticas y programas sobre envejecimiento. CEPAL, Santiago de Chile.

¹⁵ Documento directriz de la Licenciatura en Gerontología para aspirar al reconocimiento oficial del CEIFRHS (UNEVT, 2012).

para resolver los problemas específicos de la población de adultos mayores y así promover su desarrollo, el bienestar individual y colectivo. A partir de las cualidades y alcances de la gerontología, y por tanto del gerontólogo, puede afirmarse que representan un capital sustantivo para la región. Concretamente nos referimos a que los alumnos de la licenciatura en gerontología de la UNEVT, pueden coadyuvar en forma eficaz, eficiente y profesional en la elaboración de diagnósticos, evaluar, prevenir e intervenir en los problemas del envejecimiento de la población mexiquense. Sin invertir en la educación y en la investigación es imposible satisfacer las necesidades materiales que se ciernen en toda estructura social.

En síntesis, la participación de los gerontólogos en el entorno social tiene alta utilidad, ya que además del trabajo de campo, apoyarán a las instituciones de salud y asistencia –que así lo requieran– con personal calificado. Menospreciar la educación y la investigación por desinformación o prejuicio, es un obstáculo que impide reconocer sus aportes y beneficios con claridad. La importancia estratégica de ambas áreas donde el gerontólogo demuestra sus conocimientos y habilidades forma parte de un desafío a nivel mundial, pero en el plano local los gerontólogos debemos responder a las necesidades objetivas de la población pre-senecta y adulta mayor mexiquense (véase cuadro 1).

Cuadro 1. Ventajas profesionales del Gerontólogo en el área de Salud Pública.

| Nivel sanitario | Psicogerontológico | Comunitario |
|--|---|---|
| <p>Diseña y evalúa el expediente gerontológico que direcciona el manejo de la salud/enfermedad. Aplica técnicas de rehabilitación en enfermedades crónico- degenerativas.</p> <p>Elabora programas de educación y organiza cursos preventivos para promover la salud y los cuidados.</p> <p>Construye programas de actividades físicas, recreativas y ocupacionales tendientes a elevar la calidad de vida y bienestar del adulto mayor.</p> | <p>Diseña y evalúa el expediente gerontológico que conlleva el plano de la salud mental y propone esquemas de apoyo que contribuyan al empoderamiento de la autonomía del adulto mayor y mejoramiento de su vida diaria. Asimismo, coadyuva en la capacitación del personal de salud que atiende a los adultos mayores, basada en temas como la autoestima, pérdida y fortalecimiento de las capacidades cognitivas, entre otros.</p> | <p>Favorece estilos y calidad de vida del adulto mayor en situaciones no dependientes. También fortalece y mejora la relación intergeneracional e intrafamiliar. Asimismo, posibilita el desarrollo de sus capacidades productivas y recreativas. Finalmente, puede contribuir para que el adulto mayor sea consciente de sí mismo como sujeto de derechos y como actor político capaz de velar por su propio bienestar y desarrollo.</p> |

Fuente: Elaboración propia con base en el documento CEIFRHS de la Licenciatura en Gerontología (UNEVT, 2012).

A modo de conclusión

A seis años de su apertura, la Licenciatura en Gerontología ha concretado entre otras de sus iniciativas innovadoras, impartir Cursos de Actualización. Aunque se han organizado como actividad eventual, se pretende obtener el aval institucional para que los cursos sean permanentes. Atañen al personal docente –como una forma de apoyar el desarrollo de las competencias académicas y de investigación práctica, con incorporación de los estudiantes– y al compromiso de los gerontólogos con la comunidad, en particular de adultos mayores, por

ser los beneficiados más importantes.

A continuación, me permito describir a grandes rasgos cuáles han sido los cursos.

1. En coordinación con la Universidad de Murcia (julio de 2012), fue realizado el “Primer encuentro internacional académico y de investigación en gerontología: México-España”. La principal intervención fue la del destacado investigador Dr. Pedro Sánchez Vera,¹⁶ quien compartió su experiencia sobre política pública, la economía y la implementación de las recomendaciones internacionales hacia un envejecimiento productivo y activo.
2. Con base en la directriz: la actividad física como estrategia para lograr un envejecimiento activo y saludable (OMS, 2015), se llevó a cabo el “Primer curso gerontológico México-Cuba: la actividad física como modelo de intervención gerontológica”. Bajo la conducción del Mtro. Saúl Maximiliano Díaz de los Reyes,¹⁷ especialista en la materia, el curso proporcionó una metodología de ejercicio físico (el diagnóstico, desarrollo y planificación) específica para adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas o alguna discapacidad físico-funcional, a fin de optimizar las oportunidades del bienestar físico, social y mental.
3. Fue impartido el “Curso de actualización académica en intervención psico-gerontológica”. La destacada Mtra. Mónica Navarro,¹⁸ disertó sobre las categorías de la psicogerontología orientadas a la aplicación en problemas de la vida diaria que acompañan al adulto mayor. Asimismo, su curso se apoyó en los resultados encontrados por estudios cuantitativos y de interpretación cualitativa, provenientes de la experiencia argentina que la facilitadora compartió.

¹⁶ Ha desempeñado los cargos de director e investigador del ICE de la Universidad de Murcia y de la Escuela Universitaria de Trabajo Social. Principal investigador del grupo Sociología del bienestar y envejecimiento. Miembro del Resarch Committee on Sociology of Aging (RC11) of International Sociological Association. Integrante de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) y de la Sociedad Murciana de Geriatria y Gerontología (SMGG). Fundador del Grupo 25 (Sociología de la Vejez) de la Federación Española de Sociología. Miembro del consejo editorial de la revista Quehacer Científico (México). Integrante do *Corpo de Redacção de Cadernos de Ciências Sociais, Universidad de Porto, Portugal*. Integrante de Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Brasil). Miembro del consejo de redacción de la revista Multidisciplinar de Gerontología, España. Asesor del V Programa Marco de la Unión Europea: “Envejecimiento de la Población.” Integrante del comité organizador del International Network for the Prevention of Elder Abuse (del INPEA), España, 2006.

¹⁷ Funcionario de la Vicepresidencia de Docencia, Ciencia, Técnica y Medio Ambiente del Instituto Nacional de Deportes, Educación Física y Recreación de Cuba. Profesor del departamento de Cultura Física Terapéutica de la Universidad de las Ciencias de la Cultura Física y el Deporte “Manuel Fajardo” de La Habana. Imparte la cátedra universitaria sobre el adulto mayor, en la Universidad de La Habana, como parte del Programa de “Educación y Promoción de Salud”. Actualmente es profesor-visitante de nuestra licenciatura en Gerontología-UNEVT.

¹⁸ Destacada investigadora argentina y conferencista internacional. Es autora de varios ensayos sobre el envejecimiento. Actualmente dirige la especialidad en intervención y gestión gerontológica de la Universidad Nacional Tres de Febrero, (UNTREF), Buenos Aires, Argentina. Ha sido docente del posgrado en Gerontología por más de 20 años. Sus líneas de trabajo son la intervención clínica y socio-comunitaria en Psicogerontología.

4. La experiencia de trabajo con *idosos*¹⁹ (adultos mayores) brasileiros, es un ejemplo singular de intervención gerontológica, por ese motivo la Dra. Rosa Yuka Sato Chubaci²⁰ nos compartió sus conocimientos basados en el modelo la “*Dança Senior*”. El curso utilizó algunas herramientas de trabajo a partir de músico-terapia, baile, la planificación de ejercicio físico y movimientos corporales de bajo impacto, la socialización intergeneracional y trabajo grupal. La *Dança Senior* como un modelo de trabajo comunitario, produce efectos positivos en el participante que aspira al “*envelhecimento saudável*” (envejecimiento saludable) y eleva la calidad de salud psico-afectiva, (Estatuto do idoso, 2003).
5. La “Primera cátedra maestra: Psicogerontología y envejecimiento activo” a cargo de la Doctora Rocío Fernández-Ballesteros,²¹ es una de las actividades académicas más sobresalientes. Los estudios sobre el envejecimiento realizados por la catedrática, son referentes obligados para la gerontología en Latinoamérica. A partir de dos enfoques, socioepidemiológico y de integración social, la cátedra incorporó varios puntos temáticos en un amplio recorrido: desde la revisión de las estructuras esenciales de la psicología aplicada a la gerontología, con base en las teorías que la conforman, exposición de las técnicas de organización, intervención y evaluación de datos clínicos, técnicas de socialización y psicoterapéuticas, hasta la organización, diseño y aplicación de herramientas de organización comunitaria.

Convenios y movilidad estudiantil

Otro avance no menos importante por destacar, radica en la consolidación de los convenios de colaboración enfocados principalmente a la movilidad estudiantil, lo cual ha sido un logro emprendido por y en virtud de nuestro modelo educativo, con resultados notables.

Los acuerdos han sido el resultado de estrategias específicas a fin de enriquecer los procesos de enseñanza profesional y en ellos tiene prioridad el beneficio puntual de los alumnos. Por tal motivo, el estrechar lazos académicos con distintas universidades y la movilidad estudiantil hacia diferentes países, son clave esencial en el empoderamiento de los perfiles profesionales y científicos de la comunidad universitaria.

En la actualidad el mundo experimenta una transformación demográfica sin precedentes. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015) del Perú, indica que la población

¹⁹ Es obligación de la familia, la comunidad, las instituciones y el poder público asegurar al adulto mayor, con absoluta prioridad, el derecho a las condiciones de vida digna, acceso a la salud, alimentación, educación, trabajo, ciudadanía y libertad. Para más información consultar: *Estatuto do Idoso e marcos normativos complementares* (2003), São Paulo.

²⁰ Vid. <http://lattes.cnpq.br/8045230714750062>

²¹ Científica española, una de las más importantes actualmente en tópicos de Psicogerontología y envejecimiento activo. Catedrática emérita por la Universidad Autónoma de Madrid, España. Vid. http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/rfb/

adulto mayor (con 60 años de edad o más) es de 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9.7% de la población. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53.3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46.6%), son porcentajes que reflejan la tendencia denominada feminización del envejecimiento.

En éste contexto, los trabajos realizados por la Universidad Alas Peruanas (UAP) a través de la Licenciatura en Gerontología²² y a partir de un modelo de intervención comunitaria, fue posible que 26 de nuestros estudiantes obtuvieran información socio-cultural (costumbres, tradiciones) y planificación de diagnósticos en materia de salud; los universitarios conocieron comunidades de las localidades de Lima, Miraflores y Callao. Asimismo, colaboraron con varios espacios de residencia para adultos mayores, geriátricos y casas de día, donde conocieron las condiciones de acceso a ellos, infraestructura física, administración de recursos, estrategias de rehabilitación, nutrición, actividad física, y acciones socio-recreativas, entre otras funciones y áreas.

De acuerdo con la estimación del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE, 2015), en el 2020 la población de adultos mayores en Brasil representará 37.8% del total de la población, lo que sin duda será un desafío para el sector público e institucional. La Universidad de São Paulo (USP) en 2005 comenzó a formar profesionistas en gerontología,²³ con base en un perfil socioeducativo de alto impacto en ámbitos como el familiar, de salud y comunitario. La gerontología en Brasil está direccionada por el lema: “*A gestão do envelhecimento saudável*” (gestar el envejecimiento saludable).

Un acercamiento al trabajo gerontológico en Brasil fue posible para cinco de nuestros estudiantes, quienes fueron enviadas a tomar el curso: “Gerontología y modelos de atención para adultos mayores en Brasil”.

Los estudios sobre el envejecimiento que ha realizado la Unión Europea, en particular España, son fuentes imprescindibles de la gerontología. Por ésta razón tres alumnas tomaron el curso “Neuropsicología y educación: memoria, emociones y aprendizaje,” en la Universidad Complutense de Madrid.

Por otra parte, es necesario fortalecer a los estudiantes con el aprendizaje de un segundo idioma; si además existe la posibilidad de conocerlo en un país que lo posee como su lengua oficial, la oportunidad es invaluable. Con ese propósito dos estudiantes harán una estancia temporal en la Universidad Alberta (U Alberta)²⁴ Canadá, para que perfeccionen su conocimiento del idioma inglés. En relación con la movilidad estudiantil, la UNEVT considera que no solo es una experiencia lúdico-recreativa para el alumno que fue beneficiado, sino también una oportunidad para desarrollar la competencia profesional. En éste sentido, los estudiantes durante su estancia en otro país tienen que gestionar y establecer vínculos con

²² La UAP, es pionera en el Perú, por innovar al implementar el programa de Gerontología. Vid. <http://www.uap.edu.pe/esp/programacionacademica/pregrado/30/Inicio.aspx>

²³ Vid. <https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/listarGradeCurricular?codcg=86&codcur=86300&codhab=203&tipo=N>

²⁴ La U Alberta cuenta con el departamento de especialidades en Geriátrica y Gerontología para mayor información véase: <http://guides.library.ualberta.ca/medicine-medical-specialties/geriatrics-gerontology>

instituciones educativas, grupos colegiados o estudiantiles, involucrados con el estudio de la gerontología. Al retornar mostrarán evidencia de los *modelos sociales de atención para las personas adultas mayores canadienses*, con base en el “protocolo de movilidad estudiantil”. Cabe mencionar que de 2014 al primer semestre de 2016, aproximadamente 33 alumnos(as) han sido los beneficiados²⁵.

La UNEVT ha sido anfitriona de gerontólogos provenientes del Perú, Panamá y Brasil, son profesionales interesados en el trabajo académico-investigativo, clínico-asistencial así como de intervención-atención, realizado por nuestra Universidad en las comunidades, aunque es importante señalar que durante su estancia temporal han desarrollado investigación en la Clínica Integral Universitaria²⁶. La UNEVT deviene referente para la gerontología en el contexto internacional por la asertividad de sus modelos en los terrenos pedagógico, de salud socio-familiar. Por esta atracción, en el periodo de 2014 a Julio de 2016, fueron acogidos 19 gerontólogos (as) de dichos países.²⁷ Asimismo, se han establecido vínculos interinstitucionales con universidades de América Latina, Norteamérica y Europa; cuyos propósitos principales son: fortalecer el perfil científico y profesional de los alumnos y promover estructuras de investigación, entre otros.

Producción editorial

La difusión de la investigación gerontológica, así como la producción editorial en esta materia, son esfuerzos que además de buscar acercar a los estudiantes a una modalidad específica de divulgación, pretenden llegar a lectores interesados en cuestiones sobre el envejecimiento y los adultos mayores. En esta perspectiva la UNETV, a través de la Licenciatura en Gerontología, ha publicado dos libros. El primero: “Envejecimiento mundial y desafío regional, nuevos paradigmas para la investigación, la salud pública y los derechos humanos”, fue galardonado por la LXVII Legislatura del Senado de la República Mexicana, como la mejor obra de investigación sobre Envejecimiento y Derechos humanos, 2015. Coordinado por el Dr. José Carlos García Ramírez²⁸, profesor-investigador de nuestra licenciatura, la publicación galardonada establece un diálogo sobre el tema del envejecimiento humano a nivel mundial. Participaron un total de 35 investigadores

²⁵ En cumplimiento con los convenios celebrados, nuestros estudiantes han realizado estancias con una duración promedio de 20 días.

²⁶ Para mayor información véase: http://www.unevt.edu.mx/clinica_integral_universitaria

²⁷ La información de las estancias en la UNEVT, se encuentra reflejadas en los informes anuales (2014-2016) de la Rectoría. Véase: <http://www.unevt.edu.mx>

²⁸ Es autor de varias obras publicadas: *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), entre otras. Profesor invitado en universidades de países como Alemania, Turquía, Estados Unidos, Argentina, Colombia. En el periodo de 1990-1995, participó en campañas de alfabetización para adultos mayores en la Ciudad de México. De 2007-2008 participó en las jornadas de alfabetización y derechos civiles con mujeres hispanas recluidas en el Federal Detention Center (Cárcel Federal) en Seattle, Washington, USA. Actualmente labora en la Universidad Estatal del Valle de Toluca. Pertenece a la red del Kompetenzzentrum Alter (Centro de Competencias de la Vejez) del Institut für Gerontologie (Instituto de Gerontología) de la Universidad de Heidelberg, Alemania".

de diversos países como Alemania, Portugal, Italia, EUA, Chile, Argentina, España y México.

A partir de diferentes disciplinas y contextos, los especialistas reflexionan de manera crítica sobre la vejez del individuo y el envejecimiento de las poblaciones. En su conjunto, son colaboraciones que fortalecen el andamiaje académico-científico del profesional en gerontología. El libro es también resultado del quehacer científico riguroso, ya que además de aportar información especializada generadora de conocimiento, responde a cuestiones concretas que contribuyen a direccionar todo tipo de iniciativas institucionales en materia de envejecimiento, política pública y derechos humanos²⁹.

En congruencia con las recomendaciones de organismos internacionales como la ONU y la Comisión de Estudios para América Latina (CEPAL), la Asamblea sobre Envejecimiento, Madrid, (2002) y el Plan Gerontológico Iberoamericano (2003), toda institución educativa que imparta la licenciatura en gerontología, deberá producir y promover investigaciones que contribuyan a tener una mejor comprensión del fenómeno del envejecimiento y buscar las medidas prácticas que coadyuven en la solución de problemas de salud-enfermedad, rehabilitación, dependencia, familia, derechos humanos, inserción social, autonomía, tecnologías rehabilitadoras, proyectos productivos, educación, problemas psico-afectivos y políticas sociales.

Bajo esta directriz la estructura de nuestra segunda publicación “Perfiles sobre envejecimiento: estrategias gerontológicas en acción, tomo I” incorpora en tres apartados –estrategias, ensayos e investigaciones de campo– la participación de investigadores latinoamericanos, además de incluir un trabajo autoría de algunas de nuestras alumnas³⁰.

Los programas de estudio en gerontología y su evaluación

Por otra parte, hemos sido convocados consecutivamente durante cuatro años (en particular el director titular de la Licenciatura en Gerontología) por el Comité Estatal Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CEIFRHS), adscrito al Instituto de Salud del Estado de México, organismo encargado de evaluar planes y programas sobre gerontología, a fin de formar parte del comité. Al respecto y en mi calidad de evaluador me permito señalar tres aspectos importantes.

Primero, para las escuelas de educación superior no públicas, sino privadas, el modelo educativo de la licenciatura en gerontología representa una alternativa profesional tan prometedora que de 2012 a 2016 se han presentado tres programas de gerontología para su evaluación.

²⁹ García Ramírez, José Carlos (2012). *Envejecimiento mundial y desafío regional, nuevos paradigmas para la investigación, la salud pública y los derechos humanos*. Plaza y Valdés, México.

Vid. <http://www.plazayvaldes.com.mx/.../envejecimiento-mundi.../1897/>

³⁰ García Ramírez, J. C. y Flores-Cerqueda S., (2015). “Perfiles sobre envejecimiento: estrategias gerontológicas en acción”. UNEVT, México. Vid. <http://www.unevt.edu.mx/publicaciones>

Segundo, al momento de emitir la opinión técnica y derivado del análisis de cada programa, se observaron serias inconsistencias; basta señalar solo algunas: en su estructura lógica presentan mínima factibilidad y escasa sostenibilidad (sin relación del perfil de las asignaturas con el perfil del egresado); en relación con el proceso formativo, estructuralmente no se perciben (antecedentes históricos, científicos, marco normativo internacional, diagnósticos socio-epidemiológicos); respecto a la composición no existe análisis horizontal y vertical entre asignaturas. Los problemas detectados básicamente son una desarticulación entre materias y semestres. Las asignaturas no son monotemáticas, no reflejan ningún tipo de conocimiento y solo son nominales, esto es, que las materias carecen de núcleo académico-formativo. Asimismo, destaca en los proyectos presentados la idea del profesional en gerontología como sujeto que proporciona asistencia (cuidador).

Tercero, una problemática común a las coordinaciones en cada universidad, es la visión parcial de lo que implica la gerontología, lo que deriva en que el cargo de coordinador de la licenciatura lo asume por lo general un psicólogo, enfermera o médico. Actualmente de ocho universidades que imparten esta licenciatura solo una institución es dirigida por un gerontólogo.

Un eje que las instituciones públicas o privadas deberían considerar para la dirección estratégica del modelo educativo, es la designación de un gerontólogo en la conducción.

Las rutas de planeamiento de la gerontología en la UNEVT son:

| Lineas de Acción |
|---|
| 1. Gestión y asesoría |
| 2. Movilidad estudiantil (intercambios y convenios) |
| 3. Cursos de actualización académica |
| 4. Encuentros internacionales |
| 5. Investigación (publicaciones y participaciones en congresos) |

Ante tales circunstancias, el modelo educativo de la UNEVT, constituye una política educativa en acción, puesto que asume con responsabilidad el proyecto de envejecimiento nacional como una tarea fundamental para los próximos años y ante los cuales las instituciones de educación superior tendrán que estar asumiendo también sus responsabilidades propias.

Fuentes de consulta

Estatuto do Idoso e marcos normativos complementares. (2003). São Paulo.

Gaceta del Gobierno del Estado Libre y Soberano del Estado de México (2009). Martes 9 de Enero (12), Toluca de Lerdo, México, 2-5.

García Ramírez, J. C. (2015). *Envejecimiento mundial y desafío regional, nuevos paradigmas para la investigación, la salud pública y los derechos humanos*. México: Plaza y Valdés.

García-Ramírez J. C. y Flores-Cerqueda S. (2015). *Perfiles sobre envejecimiento: estrategias gerontológicas en acción*. UNEVT, México.

IBGE. (2015). Estudios Demográficos. São Paulo.

INEI. (2015). Censo de población. Perú.

Korenchevski, V. (1951). *The International Association of Gerontology and Rapid Progress of Gerontology*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2022540/>

Leopold, L. (1999). *Formación profesional: el caso de la Gerontología. Estudio de necesidades y aportes para un diseño curricular*. Multiplicidades Ediciones, Montevideo.

Moragas-Moragas, R. (1991). *Gerontología social*. Herder, Barcelona.

Moragas–Moragas, R. (1991). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Herder, Barcelona.

Organización de las Naciones Unidas. (2002). *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Madrid, España.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Washington.

Plan Gerontológico Iberoamericano, (2003). Madrid.

Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2004). *Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2001; 2003*. México.

Villareal Martínez, M. (2006), *Mecanismos participativos en el diseño e implementación de leyes, políticas y programas sobre envejecimiento*. CEPAL, Santiago de Chile.

La experiencia de la Universidad Alas Peruanas en la formación de profesionales en gerontología

Miriam Jessica Bazán Torres

Para mi Padre, con amor eterno.

Resumen

La presente contribución tiene como objetivos describir el proceso de gestación y nacimiento de la Escuela Profesional de Gerontología de la Universidad Alas Peruanas, compartir las experiencias clave que inspiraron la creación del modelo educativo, así como los obstáculos que se presentaron durante el proceso. Finalmente, resumir los aportes de dicha escuela en la vida institucional, socioeducativa y en nuestros grupos de interés, a través de actividades de extensión académica, proyección social, movilidad estudiantil, y voluntariado. Puedo señalar que este modelo educativo es pionero y líder en la formación de recursos profesionales en gerontología en el Perú.

Palabras clave

Modelo educativo gerontológico, institución, vinculación académica.

Antecedentes institucionales

La Universidad Alas Peruanas (UAP)¹ fue gestada por iniciativa del doctor Fidel Ramírez Prado², en aquel entonces Presidente del Consejo de Administración de la Cooperativa

¹ La promotora de la UAP es la Cooperativa de Servicios Múltiples Alas Peruanas, fundada en 1968. Está integrada por más de 30 mil socios que pertenecen a las Fuerza Armadas del Perú, incluyendo al personal civil que labora en esta dependencia. El movimiento cooperativo se sustenta en los principios de solidaridad, educación y democracia bajo la máxima de servir a la sociedad peruana. Para mayor información consulte la página institucional <http://www.uap.edu.pe>

² Por acuerdo unánime de la promotora de la UAP, el 8 de febrero del 2000 fue nombrado rector de la Universidad Alas Peruanas, Fidel Ramírez Prado, quien después fue incorporado al pleno de la Asamblea Nacional de Rectores (ANR), desempeñando el cargo hasta la fecha de rector de la UAP. Ramírez Prado tiene estudios de doctorado en Business Administration (Barrington University, Alabama, Estados Unidos). Es también doctor en Educación (Universidad Nacional Mayor de San Marcos) y en Derecho (Universidad Inca Garcilaso de la Vega). Es maestro en Administración (Universidad San Martín de Porres). Cuenta con reconocimientos en materia de seguridad nacional por diversos institutos de países como Estados Unidos, España, Canadá, Inglaterra, Rusia, Panamá, México e Israel). Para mayor información al respecto, consúltese la siguiente dirección electrónica <http://www.uap.edu.pe/Esp/Nosotros/Universidad/Autoridades.aspx>

de Ahorro y Crédito Alas Peruanas. En marzo de 1989, la Asamblea General de Delegados de la Cooperativa Alas Peruanas aprobó por unanimidad el rectorado de Francisco Ramírez Prado, encargándole llevar con éxito la encomienda del proyecto educativo universitario. En 1994 bajo la presidencia del licenciado, Aguilar Bailón de la Cruz, se presentó al Congreso de la República (Congreso Constituyente Democrático-CCD) el proyecto de creación N° 1485/94 de la Universidad Alas Peruanas. En 1995 continúan los trámites siendo Presidente de la Cooperativa el doctor Ricardo Díaz Bazán. Para ese entonces se crea el Consejo Nacional para la Autorización del Funcionamiento de Universidades (CONAFU), único organismo encargado de aprobar o rechazar los proyectos de universidades en Perú.

En 1996 bajo la presidencia del Consejo de Administración de la Cooperativa Alas Peruanas del ciudadano Estanislao Chujutalli Muñoz y del doctor Fidel Ramírez Prado como Gerente General, el CONAFU aprueba con fecha 26 de abril la Resolución N° 102-1996-CONAFU que autoriza el funcionamiento de la Universidad Alas Peruanas³. Desde entonces, la UAP ha seguido todos los pasos legales que formalizan y garantizan su existencia y expansión a nivel nacional e internacional.

La Universidad Alas Peruanas, por su origen y propósitos, se define como una institución humanista, social y cooperante. La UAP practica una formación profesional permanente inspirada en una ética personal, social y profesional, así como también la generación y desarrollo del conocimiento científico, humanístico y tecnológico, claramente expresados en la Visión la cual dice que la UAP es “una institución acreditada y solidaria, relacionada con sus entornos nacional e internacional, congruente con los avances científicos y tecnológicos de punta, para impulsar el desarrollo del país”⁴. Mientras que la Misión también sostiene el compromiso de “formar hombres buenos y sabios que respondan a las innovaciones que se desarrollan en nuestro país, con la participación creativa de todos los estamentos que conforman la Universidad Alas Peruanas”.

Con base a lo señalado en la Misión y Visión de la UAP, se puede deducir que la responsabilidad de la UAP se centra en coadyuvar al desarrollo nacional mediante la generación de conocimientos, de tecnologías y de la ejecución de prácticas que beneficien el contexto general del país y se extiendan a entornos sociales de otros países de la región latinoamericana.

Los inicios de la licenciatura en gerontología

Iniciar una carrera profesional no es cosa fácil, sin embargo, la UAP sensible y atenta a las necesidades educativas de la sociedad, cuando recibió de la Dra. Miriam Jéssica Bazán Torres

³ En el mes de noviembre del año 1999, el CONAFU con resolución N° 656 declara la adecuación de la UAP al régimen de Sociedad Anónima en virtud al Derecho Legislativo N°882 "Ley de promoción de la inversión en educación".

⁴ Para mayor información ver: <http://www.uap.edu.pe/Esp/Nosotros/Universidad/Inicio.aspx>

la propuesta de creación de Escuela Profesional de Gerontología, tuvo a bien apostar por un nuevo modelo educativo en donde el estudio del envejecimiento fuese el eje rector. A dicho estudio se le dominó “modelo educativo gerontológico”⁵, encargándosele a la Dra. Bazán la elaboración de este proyecto único y pionero en el Perú.

Para desarrollar dicho modelo se inició con el estudio de factibilidad, basado en el análisis de mercado, diagnósticos socio-epidemiológicos, tendencias demográficas, fundamentación teórica de la profesión, estructuración de los núcleos gerontológicos formativos, así como la estructuración de una metodología capaz de integrar dichos núcleos y, finalmente, el diseño del mapa curricular.

Cabe destacar que para poner en marcha la carrera profesional de gerontología fue necesario el trabajo multidisciplinario de un equipo de profesionales afines a la gerontología y cuya finalidad era la de construir los consensos requeridos para su validación⁶. La experiencia y especialidad de quienes conformaron el grupo pionero, significó un respaldo sustantivo para el diseño del Programa de Estudios de la carrera profesional. Sin embargo, la experiencia formativa a nivel internacional constituyó un marco de referencia indispensable y para lo cual se tomaron diferentes opiniones de expertos de otros países⁷.

El modelo gerontológico

La Escuela Profesional de Gerontología es pionera y única en Perú por ser líder en la formación de gerontólogos comprometidos con la problemática social de la población adulta mayor. Los alumnos reciben una formación multidisciplinaria que les permite tener una visión holística del proceso de envejecimiento y los hace competentes en el trabajo individual y comunitario a través de su intervención gerontológica. Es una de las nueve carreras profesionales que forman parte de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud.

⁵ Por resolución N° 3919-2006-R-UAP de fecha 26 de mayo de 2006, se aprobó el funcionamiento e implantación de la Escuela Profesional de Gerontología Social adscrita a la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud. Dadas las tendencias regionales y los estudios comparativos realizados por la UAP, emitió la solicitud N° de 093-2012-D-FMHYCS-UAP, con fecha 07 de enero de 2013, el Decano de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud en la cual se justificaba el cambio de denominación de la Escuela Profesional de Gerontología Social. Con base a las facultades jurídico-legales del Rector de la UAP, se emite el dictamen favorable para modificar y actualización las siguientes denominaciones: Escuela Académico Profesional de Gerontología, Carrera profesional de Gerontología; grado académico de “Bachiller en Gerontología” y con el título “Profesional de Gerontólogo”.

⁶ Para desarrollar este proyecto, la Dra. Miriam Bazán, convocó a: Frank Johny Quintana Orihuela (médico), Carlos Hualpayunca Villafuerte (psicólogo) y Juana Consuelo Zavaleta Melgar (nutricionista). Posteriormente se sumaron al equipo pionero los psicólogos Thelma Rita Barbarán Torres y Máximo Augusto Ñiquen Vallejos. Mi profundo agradecimiento al grupo de expertos pioneros, así como a los docentes fundadores: Manuel Jesús Bazán Torres (abogado), Tomás Julián Delgado Arenas (educador), Martha Berrocal (médico), Héctor Víctor Manuel Arana Soto (sociólogo).

⁷ Mi agradecimiento al Lic. Omar Peña Reina, ex-Decano de la Facultad de Gerontología de la Universidad San Buenaventura de Bogotá-Colombia, y al Dr. Enrique Vega García, Director de Envejecimiento para América Latina y el Caribe de la OPS- Washington D.C. quienes aportaron con sus opiniones y experiencia a la formación de esta naciente carrera profesional en el Perú.

Cuadro 1. Plan de estudios de la Licenciatura en Gerontología UAP



Fuente: Elaboración propia.

Al concluir con el plan de estudios (10 semestres académicos) y cumpliendo con los requisitos de titulación, el egresado de la carrera obtiene en primera instancia el grado académico de Bachiller en Gerontología⁸ y posteriormente el Título Profesional de Gerontólogo⁹, los cuales son inscritos en el Registro Nacional de Grados y Títulos de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria¹⁰, que se creó en julio del 2014 en reemplazo de la Asamblea Nacional de Rectores.

Se puede señalar que una experiencia sustantiva la cual le dio mayor asertividad al modelo educativo fue la estancia que tuvo la doctora Miriam Jéssica Bazán Torres en el Centro de Capacitación Golden Meiren Haifa, del programa educativo Mashav-Israel, en el 2004. En esa estancia estudió y analizó los “Servicios para la tercera edad en la familia y la comunidad” que el estado israelí brinda a su población adulta mayor. Como parte de la formación recibida en ese país, logró detectar la importancia que tienen la religión (el judaísmo), la familia, las tradiciones y las redes de apoyo para con la gente mayor. Indudablemente la intervención gerontológica constituye una pieza angular en los servicios de atención.

⁸ Para los egresados con la Ley Universitaria N° 23733, Artículo 22: cumplidos los estudios satisfactoriamente se accederá automáticamente al Bachillerato. En Juliodel 2014 se promulga la nueva Ley Universitaria N° 30220 que señala en su Artículo N°45.1 que para optar el grado de Bachiller, el egresado requiere haber aprobado los estudios de pregrado, así como la aprobación de un trabajo de investigación y el conocimiento de un idioma extranjero, de preferencia el inglés o una lengua nativa.

⁹ Ley Universitaria N° 23733, Artículo 22: El Título Profesional se obtendrá, mediante Tesis, experiencia profesional de tres años, u otra modalidad que estima la universidad. Ley N° 30220, Artículo 45.2: Para optar el Título Profesional se requiere el grado académico de Bachiller y la aprobación de una tesis o trabajo de suficiencia profesional.

¹⁰ Ley N° 30220, Artículo 12: Créase la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU) como organismo público, técnico especializado adscrito al Ministerio de Educación... Artículo 13: La SUNEDU es responsable, en el marco de su competencia, de supervisar la calidad del servicio educativo universitario.

Otra experiencia importante fue el intercambio académico que se tuvo en su momento con la Universidad de San Buenaventura, de Bogotá-Colombia. De esa experiencia se logró identificar la metodología de planeamiento y de aplicación de modelos gerontológicos desde una perspectiva del trabajo social y de apoyo en los servicios de salud.

Ambos acercamientos internacionales, a partir de convenios y de vinculación interinstitucional, también favorecieron el diseño curricular de la carrera profesional de gerontología.

Marco jurídico que fundamentó la formación de la carrera profesional de gerontología

La Escuela Profesional de Gerontología nace teniendo como sustento legal una serie de normas y recomendaciones de nivel nacional e internacional¹¹.

1. DECRETO SUPREMO N° 005-2002-PROMUDEH que aprueba el Plan Nacional Para Las Personas Adultas Mayores 2002 – 2006¹²
2. DECRETO SUPREMO N° 006-2006-MIMDES que aprueba el Plan Nacional de Adulto Mayor 2006 -2010¹³
3. Ley 28803:Ley de las Personas Adultas Mayores del 19 de Julio de 2006¹⁴.

¹¹ Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento 2002- Cuestión 4, en sus Medidas señala: a) Iniciar y promover programas de educación y formación para los profesionales de la salud y de los servicios sociales y de las personas que atienden a otros en un contexto no estructurado respecto de los servicios y la atención para las personas de edad, incluidas la gerontología y geriatría, y apoyar a todos los países, en particular a los países en desarrollo, en estas actividades; b) Instituir programas de educación continuada para los profesionales de la salud y los servicios sociales con miras a aplicar un enfoque integrado de la salud, el bienestar y la atención de las personas de edad, así como de los aspectos sociales y psicológicos del envejecimiento; c) Ampliar la educación profesional en gerontología y geriatría, incluso haciendo esfuerzos especiales para ampliar la matrícula de estudiantes de geriatría y gerontología.

¹² La Medida N° 35, de este D.S. señala: Establecer convenios con universidades y otras organizaciones que desarrollen acciones concertadas de promoción de la salud y envejecimiento saludable, para el diseño e implementación de programas de capacitación, en gerontología y geriatría, dirigido a los profesionales vinculados al tema de las personas adultas mayores, a nivel regional.

¹³ Medida N° 41: Promover programas de capacitación en gerontología y geriatría en educación superior, formando recursos humanos calificados para la atención de personas adultas mayores.

¹⁴ Ley 28803, Ley de las Personas Adultas Mayores: Artículo 17°.- Programas Especializados:*El Estado, en coordinación con las universidades, impulsa la formulación de programas de educación superior y de investigación en las etapas de pre-grado y post-grado en las especialidades de Geriatría y Gerontología*, en todos los niveles de atención en salud, así como de atención integral a las personas adultas mayores, dirigidos a personal técnico asistencial. Recientemente con fecha 30/06/2016 se promulga la nueva Ley de las Personas Adultas Mayores N°30490, que deroga a la anterior, pero que también señala en su Artículo 21 la necesidad de formar recursos humanos en gerontología: *“Las universidades e institutos de Educación Superior impulsan la educación e investigación de la temática de personas adultas mayores”*.

Visión y misión de la Escuela Profesional de Gerontología UAP

Nuestra visión: “Ser la Escuela Profesional líder en el Perú y América Latina en la formación de gerontólogos, reconocidos por su alta calidad humana y profesional y por nuestra contribución a la población adulta mayor”.

Nuestra misión: Formar profesionales en gerontología altamente calificados y reconocidos a nivel nacional e internacional, proactivos, con valores altruistas y trascendencia humanística, con objetivos y metas claras, que generen conocimientos, ejecuten proyectos y desarrollen estrategias de solución a la problemática social de la población adulta mayor.

Perfil del Ingresante a la carrera de gerontología

El perfil del ingresante tiene como función garantizar la calidad del proceso educativo desde sus inicios. Los siguientes son los requisitos deseados en un postulante que desea estudiar la carrera profesional de gerontología:

1. Sensibilidad y compromiso con la persona adulta mayor.
2. Estabilidad emocional y buena salud mental.
3. Vocación de servicio.
4. Capaz de trabajar en equipo.
5. Facilidad para comunicarse en su entorno.
6. Ser solidario(a), justo(a), afable, responsable y puntual.
7. Estar informado sobre la carrera de gerontología.
8. Respeto a las normas y a las líneas de autoridad.
9. Hábitos de lectura.
10. Creatividad e interés por la investigación.

Perfil del graduado en gerontología

El Egresado de la Escuela Profesional de Gerontología UAP, está capacitado para:

1. Organizar, dirigir y administrar todo tipo de instituciones, centros y/o servicios para personas adultas mayores.
2. Tiene una visión holística del proceso de envejecimiento.
3. Conoce las políticas sociales y normatividad de las personas adultas mayores.
4. Aplica y formula la normatividad para el funcionamiento de centros e instituciones gerontológicas y geronto-geriátricas.
5. Aplica los programas de intervención socio-educativa para personas adultas mayores.
6. Aplica técnicas e instrumentos de evaluación gerontológica.

7. Realiza intervención gerontológica utilizando indicadores de evaluación y resultados.
8. Identifica los síndromes y enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes de las personas adultas mayores.
9. Identifica los cambios psicológicos del proceso de envejecimiento y la vejez, y realiza intervención gerontológica no psicoterapéutica.
10. Planifica y dirige dinámicas de desarrollo de participación social.
11. Lidera la articulación e inclusión de las personas adultas mayores en su entorno social y familiar.
12. Planifica y ejecuta programas de promoción de la salud para un envejecimiento activo.
13. Promueve y produce investigaciones y obtiene nuevas teorías del envejecimiento y vejez.
14. Orienta el trabajo multidisciplinario del equipo gerontológico.
15. Capacita y supervisa el trabajo de cuidadores(as) y auxiliares que cuidan a personas adultas mayores.
16. Se actualiza y capacita permanente en el campo gerontológico.

Campo laboral del gerontólogo

Una de las ventajas de esta joven carrera profesional es el amplio y creciente mercado laboral dentro y fuera del país. La población adulta mayor actualmente demanda profesionales especializados, sensibles y comprometidos en la atención de sus necesidades y de su problemática social.

Cuadro 2. Campo laboral del gerontólogo



Fuente: Elaboración propia

Por muchos años, las instituciones para personas adultas mayores han sido y siguen siendo administradas por profesionales de distintas disciplinas que no cuentan con formación en envejecimiento; o peor aún, por persona que no tienen ninguna preparación, como si con el pasar de los años las personas perdieran el derecho de recibir la atención que se merecen. Ante esta realidad problemática, nace la carrera de gerontología como respuesta a una necesidad tangible y creciente, que es común sobre todo en países con realidades semejantes a la nuestra.

El reto para las presentes y futuras generaciones de gerontólogos, es desarrollar las estrategias para conquistar ese potencial mercado laboral gerontológico que requiere con urgencia de su aporte profesional especializado, pero que muchas veces no conoce la existencia de esta carrera profesional.

En el Perú las instituciones donde progresivamente se están insertando laboralmente nuestros egresados de la Escuela Profesional de Gerontología son: Programa Nacional de Vida Digna (PNVD) del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), Centros del Adulto Mayor (CIAM) de las Municipalidades; Casa del Pensionista de la Oficina de Normalización Previsional (ONP); Centros de Atención Residencial para personas adultas mayores (CARPAM) públicos y privados; Programa de Etapa de Vida Adulta Mayor (EVAM) del Ministerio de Salud (MINSA); Centros Gerontogerítricos de Atención Residencial de la Beneficencia Pública de Lima; Centros Geriátricos de las Fuerzas Armadas, Universidad Alas Peruanas (UAP), entre otros.

A las anteriormente descritas se suman otras instituciones que brindan servicios a la población adulta mayor, donde aún falta incorporar al gerontólogo como parte de su equipo multidisciplinario de profesionales que otorguen las prestaciones especializadas mediante el trabajo coordinado e interdisciplinar; entre ellas: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS); Defensoría del Pueblo; Ministerio Público; Centros de Atención Residencial de las Embajadas; Centros de Desarrollo Integral de la Familia (CEDIF) del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF); Gobiernos Regionales; Instituciones religiosas; Administradoras de Fondo de Pensiones (AFP), entre otras.

Vinculación académica internacional

El compromiso de establecer una serie de actividades a través de las cuales la carrera de gerontología pudiese establecer acercamientos entre sí, tuvo su partida de nacimiento en el 1er Congreso internacional de carreras de grado y pregrado en gerontología, organizado por la Universidad Maimónides del 11 al 13 de marzo 2010 en Buenos Aires- Argentina¹⁵. En esta cita académica histórica se congregaron por vez primera nueve universidades de cinco países latinoamericanos (Argentina, Brasil, Colombia, México y Perú).

Posteriormente en el 2012, la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec- UNEVE, fue la encargada de organizar el II Congreso Internacional de Programas y Carreras de grado y

¹⁵ <http://weblog.maimonides.edu/congresogerontologia/>

posgrado en Gerontología, contando con la participación de la Universidad Maimónides de Argentina y la Universidad Alas Peruanas, quien asumió la posta de organizar en el 2014 el siguiente encuentro de programas y/o carreras de gerontología.

Así, el III Congreso Latinoamericano de Universidades con carreras de gerontología, realizado en la Asamblea Nacional de Rectores (ANR), del 21 al 24 de Abril del 2014 se denominó “*GERONTÓLOGO, Garantía de Envejecimiento con Calidad*”, porque tuvo como objetivo resaltar la importancia del rol del Gerontólogo, como el profesional experto en envejecimiento, capacitado, sensible y comprometido con la atención de las demandas sociales de la población adulta mayor; así como su compromiso en la construcción de una Cultura de Envejecimiento en todos los grupos etarios. Se contó con la participación de ponentes nacionales e internacionales (México, Argentina, Brasil, Colombia, Israel, Cuba, Panamá) entre otros.

La importancia de este tercer evento académico fue fundamental, pues logró convocar a doce Directores de Programas y Carreras de Gerontología de seis países de América Latina, (Argentina, Brasil, Colombia, México, Perú y por primera vez Panamá se sumó a esta convocatoria), quienes asumieron importantes acuerdos, los mismos que fueron suscritos en la denominada “Declaración de Lima” que contiene el Plan de Acción, Cooperación Académica, Estudiantil y Profesional de los Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología.

Cuadro 3. Declaración de Lima, 2014



Fuente: Elaboración por Directores de las licenciaturas en gerontología, 2014.

El primer acuerdo de este documento fue conformar la “Red Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología”¹⁶, encargándole a la Dra. Miriam Jéssica Bazán Torres, Directora de la Escuela Profesional de Gerontología de la Universidad Alas Peruanas, emprenda las coordinaciones para la constitución de la Red Panamericana.

Dentro de los objetivos de la constitución de la Red se señalan entre otros: evaluar los diseños curriculares de las carreras de Gerontología a fin de actualizar los programas de estudio, potenciar la movilidad estudiantil y docente, establecer convenios de colaboración

¹⁶ La Red Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología ha sido conformada e inscrita en los Registros Públicos de Lima, Perú.

interinstitucional, estimular la investigación como parte fundamental en la construcción de un marco teórico, metodológico y epistemológico de la gerontología.

Para darle continuidad a los acuerdos de la Red Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología¹⁷, del 24 al 27 de Octubre del 2016, se llevo a cabo del “IV Congreso Latinoamericano de Universitarias con Carreras de Gerontología” en la ciudad de Medellín, organizado por la Universidad Católica del Oriente de Rio negro- Antioquia, Colombia.

Convenios y movilidad estudiantil internacional

Teniendo como fundamento lo establecido en la Declaración de Lima, en el que se indica que toda institución educativa dedicada a la formación de recursos profesionales en gerontología, deberá promover el fortalecimiento académico de la gerontología; la Escuela Profesional de Gerontología de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud de la UAP, y la Licenciatura en Gerontología de la Universidad Estatal del Valle de Toluca (UNEVT-México) a través de sus Directores de Carrera, se sumaron a promover este fortalecimiento inter-institucional, consistente en la primera experiencia latinoamericana de movilidad estudiantil entre alumnos de gerontología.

1. Marzo 2007: La presentación oficial de la Escuela Profesional de Gerontología ante la prensa y la sociedad, se realizó el siete de marzo del 2007 en la Asamblea Nacional de Rectores. Como parte de ese mismo acto protocolar, se firmó el Convenio de cooperación interinstitucional entre la Universidad Alas Peruanas y la Universidad San Buenaventura de Bogotá – Colombia y asistió el Decano de la Facultad de Gerontología de la USB.
2. Noviembre del 2013:
 - Una delegación de dos docentes y diez estudiantes de la Escuela Profesional de Gerontología UAP, asistieron al II Congreso Latinoamericano de Gerontología Comunitaria 2013, realizado en Argentina, del 14 al 16 de noviembre de ese año, donde se aportó con dos ponencias de nuestras docentes y la participación activa de nuestras estudiantes en las diferentes mesas de trabajo.
 - Se firma el Convenio internacional entre la Universidad Alas Peruanas y la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. Para tal fin, recibimos la visita de una delegación de docentes de esta última Universidad.
3. Julio 2014: La Universidad Alas Peruanas (UAP) y la Universidad Estatal del Valle de Toluca (UNEVT), suscriben una importante alianza estratégica.

¹⁷ <https://www.facebook.com/RPUPG/?ref=ts&fref=ts>

- Del 09 al 30 de Agosto del 2014, la Escuela Profesional de Gerontología de la UAP recibe a la primera delegación de becarios mexicanos para realizar el *“I Curso de Especialización Internacional en Gerontología Comunitaria”*. Esta primera delegación estuvo conformada por estudiantes procedentes de la Universidad Autónoma del Estado de México, Universidad Mexiquense del Bicentenario y Universidad Estatal del Valle de Toluca, haciendo un total de 10 becarios.
- 4. Diciembre 2014: La Universidad Sao Paulo de Brasil y la Universidad Alas Peruanas firman un Convenio de cooperación mutua entre ambas casas de estudio.
- 5. Febrero del 2015, dos alumnos de la Escuela de Gerontología UAP, asistieron al *“Curso Internacional de Actualización Académica en Intervención Psicogerontológica”* organizado por la Licenciatura en Gerontología de la Universidad Estatal del Valle de Toluca.
- 6. Agosto 2015, por segunda vez, la Secretaría de Educación del Gobierno del Estado de México, a través de su programa de becas estudiantiles, hace posible una nueva movilidad estudiantil internacional de México a Perú, del 09 al 29 de Agosto del 2015, para realizar el *“Curso internacional en Modelos de Intervención Gerontológica: Comunidad y Envejecimiento”*. En esta oportunidad se recibieron a 15 estudiantes de gerontología y 2 de enfermería de las Universidades Autónoma del Estado de México, Estatal del Valle de Ecatepec y Estatal del Valle de Toluca UNEVT, haciendo un total de 17 becarios.
- 7. Octubre 2015: alumnas de gerontología de la UAP participan del Congreso Iberoamericano de Gerontología organizado por la Universidad Mayor de San Andrés en Bolivia.
- 8. Agosto 2016: Por tercera oportunidad, el Gobierno del Estado de México, a través de la Secretaría de Educación del gobierno mexiquense, brindó la oportunidad para que alumnos destacados realizaran pasantía en la Escuela Profesional de Gerontología UAP. Fueron diecisiete estudiantes que realizaron el *“Curso de Especialización en Modelos de Intervención Gerontológica: Comunidad y Envejecimiento”* de las Universidades Mexiquense del Bicentenario, Nacional Autónoma de México (FES Iztacala), Estatal del Valle de Ecatepec, Tecnológica de México, Autónoma del Estado de México y Estatal del Valle de Toluca.

Voluntariado gerontológico

El proceso educativo debe estar orientado a promover que los estudiantes conozcan e identifiquen en comunidad la problemática integral de sus grupos de interés, reflexionen sobre ella, e intervengan mediante la puesta en práctica de valores que los convierta en los protagonistas de acciones solidarias de sana convivencia.

En este sentido, se crea el Programa de Voluntariado de la Escuela Profesional de Gerontología “*Gerontólogos en acción*”, que tiene carácter intergeneracional y cobra fuerza porque nace como respuesta a las recomendaciones del Plan de Acción Internacional de Madrid 2002¹⁸.

Reconocimientos

En todo este cuadro explicativo del modelo educativo gerontológico de la UAP que me permito compartir, puedo atreverme a señalar el dinamismo permanente de la carrera profesional, ya que la exigencia institucional universitaria está atenta a las mejoras y a las innovaciones educativas. La gerontología en cualquier parte del mundo requiere de procesos administrativos eficientes, competencias académicas solidas e innovadoras, y respaldo de las instituciones públicas y privadas, para que los programas de atención gerontológica puedan ser sólidos y viables.

Debido a su intervención e impacto en la sociedad, la Escuela Profesional de Gerontología ha recibido el reconocimiento del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables en dos oportunidades, dentro de la categoría instituciones privadas, como la mejor institución que se ha destacado por su trabajo y actividades a favor de las personas adultas mayores.

La UAP está convencida de la perspectiva interinstitucional en la cual la gerontología peruana pueda también aprender de otros procesos formativos y aportar a la vez experiencias enriquecedoras por ejemplo, las estancias estudiantiles, los acercamientos académicos y los casos exitosos obtenidos en los impactos a nivel de la sociedad peruana.

Como puede observarse, el equipo académico que compone la Escuela de Gerontología de la UAP, es consciente de que las metas alcanzadas deben de permanecer y mejorarse. Existen otros objetivos de la Declaración de Lima pendientes. Ser autocríticos en cualquier propósito de la vida profesional implica humildad y deseo de seguir aprendiendo. Asumimos la autoevaluación como un valor humano importante, el cual constituye un elemento significativo para emprender tareas futuras; sobre todo en los debates racionales y responsables los cuales deberán desarrollarse en un ambiente respetuoso, multidisciplinario y propositivo.

¹⁸ Plan de Acción de Madrid 2002: “Cuestión 4, Objetivo 2, Medida e) Alentar a las personas de edad que realicen tareas de voluntariado a que aporten sus conocimientos en todas las esferas de actividad, en particular las tecnologías de la información Cuestión 5: Solidaridad intergeneracional. La solidaridad entre las generaciones a todos los niveles -las familias, las comunidades y las naciones- es fundamental para el logro de una sociedad para todas las edades. La solidaridad constituye también un requisito previo primordial de la cohesión social y es el fundamento tanto de la beneficencia pública estructurada como de los sistemas asistenciales no estructurados”.

Fuentes de consulta

Consejo Nacional para la Autorización y Funcionamiento de Universidades. Resolución N° 102-96-CONAFU, (1996). "Funcionamiento de la Universidad Alas Peruanas", Universidad Alas Peruanas, Lima.

Proyecto de Creación de la Escuela de Gerontología Social, (2005), Universidad Alas Peruanas, Lima.

Resolución N° 3919-2006-R-UAP, (2006). "Creación de la Escuela Profesional de Gerontología Social", Universidad Alas Peruanas, Lima.

Resolución N° 10679 – 2013 – R – UAP, (2013). "Cambio de denominación de la Escuela Profesional de Gerontología", Universidad Autónoma Metropolitana, Lima.

Resolución N° 10679 – 2013 – R – UAP, (2013). "Cambio de denominación de Carrera de Gerontología", Universidad Alas Peruanas, Lima.

Resolución N° 10679 – 2013 – R – UAP, (2013). Cambio de denominación de título profesional de Gerontólogo, Universidad, Alas Peruanas, Lima.

Resolución N° 10679 – 2013 – R – UAP, (2013). Cambio de denominación de grado académico de bachiller en Gerontología, Universidad Alas Peruanas, Lima.

Resolución N° 10679 – 2013 – R – UAP, (2013). "Cambio de denominación de la Escuela Profesional de Gerontología", Universidad Alas Peruanas, Lima.

El modelo gerontológico de vivienda: caso de un conjunto habitacional en Brasil

Marisa Silvana Zazzetta, Isabela Thaís Machado de Jesús,
Luzia Cristina Antoniossi Monteiro, Fabiana de Souza Orlandi

Resumen

Con el aumento de la expectativa de vida en Brasil, el derecho a la vivienda digna y accesible para las personas adultas mayores, constituye una de las necesidades básicas que las políticas públicas están obligadas a atender. La vivienda funcional, el entorno adecuado, equipos de profesionales para apoyar a la persona mayor, son características centrales que deben incluirse. En este trabajo realizamos algunas reflexiones sobre la vivienda digna y la importancia de la responsabilidad social de las políticas de gobierno en Brasil (principalmente las políticas de vivienda para el adulto mayor).

Palabras clave

Adulto mayor, vivienda, políticas, modelos de atención.

Introducción

Estudios del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), indican que el 85% de la población brasileña habita en las urbes y la principal determinante que lo corrobora es la migración del campo a la ciudad iniciada a partir de los últimos 20 años (IBGE, 2012). A diferencia del medio rural, la mayoría de las ciudades disfrutan de una mayor riqueza, diversidad económica, ambiental, política y cultural. Empero, todavía existen desigualdades en las condiciones y oportunidades equitativas para sus habitantes (Carta Mundial do Direito às Cidades, 2006). No obstante, fue implementado un programa de urbanización denominado “Diseño Universal”, el cual establece criterios para hacer accesibles los diferentes ambientes para todas las personas.

De acuerdo con el IBGE (2012), la población brasileña es de 190.755.199 millones de habitantes, de los cuales el 51% son mujeres (97 millones) y 49% hombres (93 millones). El contingente formado por adultos mayores –conforme al Estatuto del Adulto Mayor, ubica

en dicho segmento a las personas con 60 años de edad o más– es de 20.590.599 millones, cifra que representa el 10.8% del total de la población. Dentro del mismo segmento, 55.5% (11.434.487) son mujeres y 44.5% (9.156.112) son hombres (Küchemann, 2012). El censo notifica que 3.7 millones de personas mayores viven solas y aumentó su cifra en 20% durante un período de 20 años (1992-2012). El crecimiento poblacional en Brasil es claro e inequívoco. Desde el año 1940, la población de adultos mayores mantiene altas tasas de crecimiento. De acuerdo con el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en un período de diez años (1997-2007), el país presentó un crecimiento relativo en el orden de 21.6% y el conjunto de personas mayores fue de 47.8%. La porción de la población con 80 años de edad o más, alcanzó un valor todavía superior a 86.1% (Ramos, *et. al.*, 2010).

El aumento en la visibilidad social de la persona adulta mayor, fue uno de los factores que movilizaron a los órganos del gobierno y organismos independientes, para dar atención a las nuevas necesidades derivadas por tal incremento en los ámbitos de salud, asistencia y seguridad social. Sin embargo, el envejecimiento poblacional es un desafío para la habilidad de elaborar políticas que respondan a las nuevas necesidades, y a la par, aseguren el proceso de desarrollo económico y social de forma continua (Rodrigues y Rauth, 2007). En ese contexto, se requiere reflexionar sobre la relación entre la demanda de vivienda por parte de las personas mayores y las condiciones de la misma, lo que compete también a la configuración actual del espacio urbano. Dado que surgen necesidades diversas derivadas del envejecimiento, la urbanización adecuada –por ejemplo, la funcionalidad y el entorno ambiental– implica crear estrategias arquitectónicas funcionales y dignas para ellos. Cabe destacar que la vivienda digna no es sólo “un techo para vivir”, sino ante todo debe ser funcional, decorosa y libre de barreras arquitectónicas, que proporcione al adulto mayor sentido de satisfacción, seguridad y confort. La llamada de atención específica va dirigida a garantizar la longevidad en el ámbito domiciliario hasta el final de la vida, con la certeza de que los ancianos recibirán distintas clases de apoyo y tendrán acceso a los diferentes servicios.

Directrices arquitectónicas de la política internacional relativas a la vivienda del adulto mayor y las normas brasileñas

En el ámbito mundial las directrices recomendadas sobre la vivienda para los adultos mayores, encuentran su orientación primera en la agenda internacional de políticas públicas para este tipo de población, registradas en la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena, 1982 (Santos, 2014) así como en el documento sobre Envejecimiento Activo de 2001, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ambos documentos definen que la vivienda segura y apropiada es condición básica para el bienestar del adulto mayor. La ubicación de la casa, el entorno, los servicios y transporte óptimos, son características necesarias para la interacción social y evitar el aislamiento. Asimismo, la Segunda Asamblea Mundial con sede en

Madrid, estableció la vivienda como un principio fundamental en relación con los derechos de accesibilidad y seguridad social, igualmente, el organismo mundial destacó la autonomía del adulto mayor en lo que concierne a la elección del ambiente para residir (Estatuto do Idoso, 2003).

En el ámbito local, es necesario señalar que durante las dos últimas décadas del siglo XX en la historia social de Brasil, el país ha experimentado cambios de gran envergadura, principalmente en el plano de la participación de la sociedad en las elecciones políticas. Este período posiblemente representa un punto de inflexión que obligó al gobierno brasileño a realizar un conjunto de reformas democráticas. Fueron incluidos aspectos sociales anteriormente suprimidos de la política, con el objetivo de mantener un equilibrio entre las prioridades sociales y las dificultades económicas. En ese horizonte fueron garantizados los derechos fundamentales del segmento de la población que nos ocupa, mediante el acceso universal e integral a la salud, los derechos sociales y la vivienda (Constitución Federal Brasileira, 1998: artículo 6°). La Política Nacional del Adulto Mayor (Ley N° 8842/94), reglamenta las áreas de habitación y urbanismo con base en la prescripción de cuatro medidas: destinar unidades bajo régimen de comodato en casas-hogares; generar programas de mejoramiento y adaptación de las instituciones de residencia, considerando la independencia y la locomoción del individuo; garantizar el acceso a la vivienda popular y disminuir las barreras arquitectónicas y urbanas (Política Nacional do Idoso, 1996).

Por otra parte, cabe destacar que en el año 2003 se promulgó en el país la Ley 10.741 relativa al adulto mayor. Se trata de una indicación normativa que abarca un abanico amplio de derechos sociales y políticos sobre la “protección integral” del adulto mayor. Es un marco legal que representa un paso importante, posterior a las recomendaciones del Plan de Madrid (Pasinato, 2013). En relación a la vivienda el artículo 37 del Estatuto do Idoso (2003) especifica: “El adulto mayor tiene derecho a una vida digna, tanto en el seno de su familia natural o sustituta, o desacompañado de sus familiares, cuando así lo desea, o también en institución pública o privada”. El mismo artículo señala que la asistencia integral será otorgada cuando no existe apoyo familiar, en caso de abandono o por carecer de recursos para subsistir. De esta forma todas las instituciones de asistencia y los diseños de construcción habitacional, quedan obligados por ley a cumplir con los servicios y requerimientos mandados. Asimismo, establece la obligación de mantener actualizado el padrón de vivienda y los registros de salud, alimentación, rehabilitación, promoción social y sanitaria.

Por su parte, el artículo 38 del Estatuto do Idoso (2003), también ordena que: “en todos los programas habitacionales, públicos o subsidiados con recursos públicos, el adulto mayor tendrá prioridad en la adquisición del inmueble para residencia propia y deben contar con una reserva destinada al adulto mayor del 3% de las unidades; además, las iniciativas deben contemplar equipamientos urbanos comunitarios, eliminación de barreras arquitectónicas y criterios de financiamiento compatibles con los parámetros de jubilación y pensión, para garantizar el acceso” Por consiguiente, la cuestión de vivienda para el adulto mayor como

derecho básico, es tema central de las prioridades por atender tanto en foros internacionales como en el marco jurídico brasileño.

Modelos de atención gerontológica: opciones para adultos mayores

En Brasil, el Estatuto del Adulto Mayor es un modelo de asistencia social que tiene dos modalidades: asilar y no-asilar¹. Se entiende por modalidad asilar, la atención del individuo en régimen de internación, sin vínculo familiar o sin condiciones de proveerse a sí mismo su propia subsistencia, de modo tal que pueda satisfacer sus necesidades de vivienda, alimentación, salud y convivencia social. Este modelo aplica en los estados y municipios del país (Estatuto do Idoso, 2003). Existen varias modalidades: establecimientos de larga estadía, residencia temporal, casa hogar y república, cuyas características exponemos a continuación.

- Los establecimientos de larga estadía cumplen con diversos objetivos, por ejemplo, ofrecer abrigo, posibilitar asistencia social y de salud al adulto mayor que no tiene condiciones para permanecer con su familia o en su domicilio, entre otros. El resolutivo de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, los ha definido como estancias gubernamentales (o no), con carácter de residencia y son destinados al domicilio colectivo de personas con 60 años de edad o más, con o sin soporte familiar, en condición de libertad, dignidad y ciudadanía (Anvisa, 2005).
- La residencia temporal es un servicio, público o privado, que ofrece un régimen de internación por corto tiempo. Está diseñada para la atención del adulto mayor dependiente que requiere cuidados bio-psico-sociales sistematizados, por un período máximo de 60 días (Estatuto do Idoso, 2003).
- La casa-hogar es una alternativa que proporciona una óptima convivencia de la persona con la comunidad, el modelo promueve la participación, interacción y autonomía del adulto mayor. En éste sentido, se trata de una modalidad que rompe con la práctica tutelar y asistencialista, siempre que sea posible contar con la red de servicios local. Es una opción destinada para quien se encuentra solo o alejado de la convivencia familiar y con renta insuficiente para su sobrevivencia (Estatuto do Idoso, 2003).
- La República es un tipo de residencia para el adulto mayor independiente y está organizada en grupos conforme al número de usuarios.

¹ La palabra “asilar”, según el Diccionario da Lengua Portuguesa, refiere el acogimiento (*acolher*), como acción de caridad o asistencia hacia la gente vulnerable. Para los lectores hispanoparlantes, se entiende por “asilar” el proceso formal de institucionalización de los servicios de atención. Por su parte, la categoría de “no asilar”, aunque no está explicitada en el documento, podría deducirse como todo aquel servicio de apoyo informal brindado por las redes sociales (Nota del coordinador Sergio Flores Cerqueda).

En cuanto al origen de su financiamiento, es obtenido parcialmente por medio de recursos de la jubilación para garantizar la prestación continua, con base en una renta mensual vitalicia y otras formas (Estatuto do Idoso, 2003).

Es importante destacar que las anteriores opciones no descartan la posibilidad de que otras instituciones con formas más específicas de atención, emanen de la propia comunidad o por parte de la iniciativa privada o pública, con el propósito de promover e integrar al adulto mayor con su respectiva familia y la sociedad. En las modalidades de asilo ya descritas, con frecuencia se encuentran algunos adultos mayores que comparten los recursos que les son proporcionados con otros grupos demandantes de servicios (Varoto, 2005).

Retos

El principal reto por enfrentar consiste en hacer de la vivienda un lugar funcional a lo largo del proceso de envejecimiento. Este desafío significa generar condiciones biopsicosociales óptimas, es decir, condiciones dignas que sirvan para empoderar la vida independiente y autónoma. Es obligación de quienes toman las decisiones políticas y sociales, instrumentar medidas efectivas para garantizar el derecho a la vivienda. Sin embargo, estudios al respecto muestran que el adulto mayor no tiene posibilidades de acceso a una casa adecuada para vivir dignamente en nuestra sociedad (Pinheiro, 2012).

En un marco más amplio, las condiciones demográficas de diversos países del mundo, revelan que la cifra de adultos mayores casi supera cualquier posibilidad de atención a todas sus demandas, particularmente, las de servicios residenciales de larga estadía. Ante esa dificultad el estudio cualitativo sobre la vivienda digna debe incluir la dinámica del proceso de envejecimiento y las características de la senectud. Abarcar esos requisitos puede satisfacer algunas necesidades como las de apoyo y cuidados, pues las condiciones de habitabilidad de la vivienda, por lo general, son insuficientes para atender la complejidad de vivir la vejez en el domicilio hasta el final de la vida.

Por otra parte, la búsqueda de residencia unipersonal viene aumentando en el contexto brasileño. En apariencia la residencia unipersonal es una opción para el adulto mayor que quiere vivir de manera independiente, ya que es consecuencia de una disyuntiva entre la independencia o la posibilidad de vivir solo al no encontrar otras personas que puedan cohabitar con él (Camargos *et al.*, 2009).

Existe una opción de residencia cuasi-individual para personas con mayor o menor grado de dependencia y para quienes requieran ser asistidos de manera integral; representa una opción a pesar de tener espacios de uso colectivo, por ejemplo, cuartos, baños, comedores, entre otras áreas. Ante la ausencia de apoyo por parte de la familia del anciano, algunas modalidades de asistencia asumen la responsabilidad de atender las necesidades derivadas de esa carencia (Varoto, 2005). Empero, si el individuo requiere atención integral, la mayoría de

las instituciones de asilo solo proporcionan servicios temporales y no tienen personal de apoyo profesional. Si existe en Brasil una política nacional y un estatuto que establecen el derecho de la persona mayor a ejercer su autonomía, entonces la persona podría elegir y decidir dónde envejecer, independientemente de su estado funcional. Además, cuando el individuo envejece en situación de dependencia, los ambientes deberían adaptarse a sus necesidades de soporte y cuidados. Esto significa que el medio y los servicios deberían brindar múltiples apoyos a ese tipo de población (Perracini, 2011).

En un país con pronunciada desigualdad social y económica, como lo es Brasil, la política de vivienda para el adulto mayor debería comprender diversos servicios, infraestructura adecuada y opciones de financiamiento (Born y Boechat, 2011). Pese a contar con una política nacional de atención al envejecimiento y una ley del adulto mayor² que establecen las responsabilidades de la familia, la comunidad y el Estado, aún subsisten carencias sustanciales; por ejemplo, existen asilos que no se apegan a las Normas de Funcionamiento de Servicios de Atención al Adulto Mayor y otros sin personal calificado, ni espacios físicos adecuados.

Para Varoto (2005), las propuestas innovadoras para atenuar dependencias funcionales, sociales y psicológicas, deben priorizar y estimular la interacción social. Direccionar la atención y cuidados en esa perspectiva, permite prevenir y retardar la institucionalización del anciano, porque lo mantiene con su familia, en su hogar y con los servicios básicos de cuidados. Los geriátricos deben seguir la legislación vigente y ofrecer amparo en condiciones de habitabilidad y accesibilidad (Boas, 2011). Las iniciativas del diseño de vivienda que promueven la inclusión del adulto mayor en el medio social, son indispensables. Las viviendas no deben ser albergues temporales para quienes viven en situación de abandono y pobreza, sino espacios habitables, adecuados y objetivamente planificados (Monteiro; Monteiro, 2013). La vivienda representa un reto donde confluyen varios aspectos determinantes, como el urbanístico, cultural, político y económico, entre otros.

La presente reflexión pretende hacer hincapié en el concepto de vivienda accesible, digna y segura. La vivienda digna conlleva la posibilidad de articular los diversos servicios y adecuarlos a las necesidades específicas de la senectud. Resulta de vital importancia fortalecer el hecho de que el adulto mayor viva en su hogar hasta el fin de sus días y rechace habitar en instituciones de larga estadía disfuncionales e inadecuados.

Descripción del caso: características del conjunto habitacional para adultos mayores

Por medio de la extensión universitaria en un conjunto habitacional para adultos mayores, en São Paulo, Brasil, fue posible conocer las características del conjunto y a los residentes adultos mayores.

² Art. 3º da Política Nacional do Idoso (Lei Federal núm. 8.842 de 04/01/1994). Cfr. *Estatuto do Idoso. E marcos Normativos Complementares* (Nota del coordinador, Sergio Flores Cerqueda).

El acercamiento de los universitarios responde al propósito de fortalecer y ampliar la red de interlocutores integrados a la singular iniciativa. Diseñado por la Secretaría Municipal de Habitación bajo el compromiso de ofrecer condiciones adecuadas de vivienda, la propuesta urbana contempla fortalecer los vínculos familiares del adulto mayor y con los residentes, facilitar la socialización y proporcionar servicios públicos y privados. Para que las personas mayores puedan vivir en ese núcleo habitacional, precisan inscribirse en el catastro implementado por la Secretaría Municipal de Habitación y mediante lista de espera, son seleccionados. La unidad habitacional cuenta con 32 casas, dos de ellas fueron adaptadas para personas con necesidades especiales y cada una cuenta con cuatro cuartos. Dos profesionistas del área social prestan sus servicios a los residentes en el transcurso del día, durante cinco días a la semana; la gestión para que envíen a los trabajadores sociales es a través de la Secretaría Municipal de Asistencia y Desarrollo Social.

Imagen 1. Conjunto Habitacional Recanto Feliz “Maria Antonia Salinas Fortes”, Araraquara.



Fuente: Machado, i. t. j. (2013).

Los residentes tienen 70 años de edad. Son personas autónomas que viven solas cuyos vínculos familiares están deteriorados. Las actividades desarrolladas por estas personas son enfocadas hacia la cultura, tiempo libre, educación física y ambiental. Cabe señalar que el conjunto de casas también recibe colaboración de diversos organismos y otras instituciones interlocutoras.

A partir de los rasgos del núcleo habitacional, es posible reconocer en ella algunas características del modelo de casa-hogar. Sin embargo, no corresponden a ninguno de los modelos socio-asistenciales previstos y estipulados por la ley. En el ejemplo descrito, la ausencia de profesionistas que auxilien en tiempo integral y directamente en el cuidado de las personas con pérdidas funcionales, lo diferencia de los modelos ya establecidos. Asimismo, fue posible verificar que los residentes con edad avanzada, tienen por lo menos una enfermedad crónica y viven solos.

Ante ese panorama resulta previsible que los ancianos cuya enfermedad progrese, perderán a corto plazo la capacidad para continuar viviendo solos; en consecuencia necesitarán atención especializada en otro lugar por fuera de su casa, y en algunos casos, requerirán de

cuidados continuos. Sin duda nuevas demandas de cuidado integral y prolongado surgirán si se pretende que ellos cuenten con el usufructo de sus viviendas hasta el final de su vida.

La tendencia actual muestra que los adultos mayores pasan temporalmente parte de su vida en ese tipo de espacios, sin embargo, cuando ya no pueden contar con este servicio, ellos son canalizados hacia instituciones de larga estadía. Brasil será en los próximos diez años, el sexto país del mundo con mayor número de ancianos. La proyección significa que la tendencia precisa ser repensada en el presente porque en los próximos años y en términos estructurales, la capacidad de atención de las diferentes modalidades de asilo será rebasada e insuficiente, no podrá responder a la demanda de cuidados continuos.

Consideración final

Según la Constitución Federal de Brasil, los derechos sociales son derechos fundamentales. Los preceptos definen el quehacer de las políticas públicas, pues éstas instrumentan las medidas necesarias a fin de concretizar los derechos, entre otros, el de vivienda. Inherente al ser humano, la vivienda representa la expresión mínima del derecho a la vida. En éste sentido, la carencia de vivienda adecuada para atender las necesidades del adulto mayor hasta el fin de la vida, constituye un reto que tendrá que confrontar la sociedad.

La Política Nacional sobre el Adulto Mayor y el Estatuto del Adulto Mayor, son los dos grandes marcos legales brasileños que trazan directrices y contribuyen a tener acceso a la vivienda digna. El marco jurídico obliga a cualquier modalidad de residencia a mantener padrones de habitación compatible. Por ende, no existen argumentos válidos para que las diferentes modalidades y políticas, en materia de vivienda, no atiendan las adecuaciones imprescindibles e integrales. La prestación de cuidados básicos en los diseños de vivienda para adultos mayores, tiene que cubrir las distintas necesidades en su conjunto para alcanzar mayores estándares de calidad y bienestar hasta el final de la vida. Aunque todavía existen dificultades que obstaculizan acceder a una vivienda y frente al incremento del envejecimiento poblacional, estos espacios domiciliarios se tornan absolutamente necesarios para un significativo segmento de la población: los adultos mayores.

Fuentes de consulta

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (2005). Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html
- Boas, M. A. V. (2011). *Estatuto do Idoso Comentado*. Rio de Janeiro: Editora Forense.
- Born, T., Y Boechat, N. S. (2011). A Qualidade dos Cuidados ao Idoso Institucionalizado. Em E. V. Freitas *et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Carta Mundial do Direito à Cidade. (2006). Recuperado de http://5cidade.files.wordpress.com/2008/04/carta_mundial_direito_cidade.pdf
- Camargos, M. C. A., Rodrigues, C. J. M. y Machado, J. C. (2009). *Percepção entre a solidão de idosos residentes em domicílios unipessoais no município de Belo Horizonte*. Recuperado de <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20377.pdf>
- Camarano, A. A. y Pasinato, M. T. (2013). *O envelhecimento da população na agenda das políticas públicas*. Recuperado de http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_16_Cap_08.pdf
- Constituição Federal do Brasil. (1988). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Estatuto do Idoso. (2003). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm
- IBGE. (2012). Recuperado de <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>
- Küchemann, B. A. (2012). Envelhecimento da população, os cuidados e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade e Estado*, 27(1), 165-180. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo>.
- Monteiro, L. C. A. y Monteiro, J. C. (2013). Políticas públicas de habitação para idosos: Dignidade Aldeia Programa O Estado de São Paulo. *Anpur*, 15, 1-16. Recuperado de <http://www.anpur.org.br/revista/rbeur/index.php/anais/article/view/4509/4378>
- OMS. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- Perracini, M. (2011). Planejamento e Adaptação do Ambiente para Pessoas Idosas. Em E. V. Freitas *et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pinheiro, N. M. (2012). *Estatuto do Idoso Comentado*. Campinas: Servanda.
- Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. (2002). Recuperado de http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf
- Política Nacional do Idoso. Sección I (1996). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm

- Ramos, J. L. C., Menezes, M. R. y Meire, E. C. (2010). Idosos que moram sozinhos: desafios e potencialidades do cotidiano. *Baiana de Enfermagem*, 24(1), 43-54. Recuperado de <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewArticle/5527>
- Rodrigues, N. C. y Rauth, J. (2007). Os Desafios do Envelhecimento no Brasil. En E. V. Freitas *et al.* *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Santos, C. T. B. (2014). Envelhecimento no Brasil: a formulação de políticas para a estruturação dos serviços de saúde abrangentes. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 8(1), 51-55. Recuperado de <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1454>
- Varoto, V. A. G. (2005). E quando a dependência chegar? Um estudo das organizações disponíveis para idosos em uma cidade média do interior. (Tesis inédita para el título de doctor). Universidad Federal de São Carlos. Recuperado de http://www.bdt.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_arquivos/neto@200.136.241.56/1/TDE-2005-05-19T12:22:53Z-671/Publico/TeseVAGR.pdf

Institucionalización y curso de vida en adultos mayores

Blanca De Lima, Evelyn Colina, Iveili Flores, Mariela Morillo

Resumen

Se exploró el curso de vida de algunos ancianos institucionalizados con el propósito de detectar los factores que condujeron al internamiento. La cuestión fue abordada como un estudio de casos múltiples, exploratorio y descriptivo. Participaron seis ancianos residentes en instituciones de asilo, ubicados en el estado Falcón, Venezuela. La exploración del proceso reveló dos tiempos: el primero caracterizado por la no generación o desestructuración de la familia de destino; en el segundo momento, la enfermedad fue detectada como detonante del proceso de internación. Los parámetros que subyacen a lo largo del curso de la vida y que desembocaron en la internación, fueron encontrados en la dinámica familiar hasta culminar con la vida en soledad. Las diferencias de las trayectorias individuales son anuladas a partir de la institucionalización.

Palabras clave

Trabajo, familia, educación, salud, vejez.

Introducción

El estudio articula dos cuestiones, cada una en distinto nivel de conocimiento para la gerontología social: una es la teoría social sobre el envejecimiento y la otra, el proceso que conduce a la internación gerontológica. El proceso que deviene en la institucionalización, probablemente constituye la experiencia personal de mayor impacto debido a su carácter pluridimensional y a las pérdidas que comporta. El anciano que culmina su vida en una institución de larga estancia, cede derechos y deberes a cambio de un bienestar básico que nunca alcanza a sustituir la vida en familia y comunidad.

Para examinar el tema hemos utilizado como fundamento la teoría del curso de la vida. El objetivo fue analizar el decurso de vida en varios ancianos residentes en instituciones geriátricas, para encontrar los posibles enlaces entre la trayectoria de vida con el proceso de internación. La investigación gerontológica en Venezuela, muestra a la familia como factor determinante del ingreso de los adultos mayores en los centros geriátricos. Sin embargo, frecuentemente

la decisión es antecedida por un cuadro clínico, motivo por el que suelen asociarse las enfermedades con el ingreso al geriátrico. El objetivo principal del presente estudio es develar la trama social que conduce al evento denominado institucionalización del anciano, a partir de un recorrido por el curso de su vida a través de las trayectorias educativa, laboral, de salud y familiar.

Participaron seis ancianos de los siguientes centros geriátricos: Casa Alivio Padre Pío, Centro de Servicio Social Residencial “Doctor José Dolores Beaujón” (en Coro, estado Falcón) y Casa Hogar “Dios es Amor” (sita en Cumarebo, estado Falcón). Tres participantes son hombres y tres mujeres: un chofer (92 años), un jornalero (81 años), un pequeño comerciante (88 años), una médica (68 años), una asistente doméstica (83 años) y una nana y asistente doméstica (80 años). Se analizó el relato autobiográfico el cual fue obtenido mediante una entrevista abierta que además integró acotaciones micro-sociológicas de contexto. Por una cuestión ética sus identidades permanecieron anónimas. Fueron identificados mediante la abreviatura AM (adulto mayor), seguida de un número asignado –en secuencia ordenada del uno al seis– los números pares corresponden a sujetos femeninos y los impares a sujetos masculinos. Se realizó un seguimiento periódico de los participantes. El AM 3 y la AM 6 fallecieron en el año 2012, después de presentar cuadros depresivos, el deceso del AM 1 ocurrió en el año 2013. Los tres murieron en la institución geriátrica. La AM 4 y el AM 5 continúan institucionalizados en condiciones de salud agravadas: AM 4 perdió totalmente la vista y AM 5 de apoyarse en muletas pasó a silla de ruedas. Solamente la AM 2, quien es la más joven del grupo, conserva las mismas condiciones de salud y continúa viviendo en la misma institución.

Teoría del curso de vida

La teoría del curso de vida adopta un punto de visto macro y sociológico, enfatiza los cambios históricos y los vínculos en las trayectorias evolutivas, entre y dentro de cada generación, como factores importantes para entender el desarrollo desde que la persona nace hasta su muerte. En su inicio, la teoría destacó los aspectos psicológicos y socio-culturales del transcurso de vida y mostró poco interés por factores de tipo biológico. Sin embargo, en la medida que se ha desarrollado el examen de las distintas dimensiones (biológica, psicológica y social), analizar el curso de vida es cada vez más complejo. Por ejemplo, estudios de psicología han demostrado que mientras algunas capacidades continúan desarrollándose hasta edades avanzadas, otras declinan tempranamente. En investigaciones biológicas descubrieron que los individuos compensan la disminución neurobiológica con el manejo de recursos socioculturales, lo que da como resultado cierto balance, un estado de compensación a lo largo del curso de vida que sólo se pierde en la vejez muy avanzada (Gastrón y Lacasa, 2009).

Glen Elder Jr., con base en una investigación (1974), publicó “Children of the Great Depression: social change in life experience”, en la que estableció los principios teóricos

del curso de la vida¹, mismos que exponemos a continuación:

- Principio del desarrollo a lo largo del curso de la vida (*lifelong processes*): el desarrollo y envejecimiento humano son procesos que inician al nacer y culminan con la muerte. La vida es organizada conforme a los tiempos biológico, histórico y social; el resultado de su interacción es un patrón que afecta la forma de pensar, sentir y actuar del individuo. Interactúan porque nacer, crecer y morir, aunque son hechos biológicos, su significado es una construcción social o hechos. Por otra parte, existe una perspectiva sociocultural que subraya la edad y su significado en la organización social. Sin embargo, el desarrollo está incrustado en el transcurso de la vida, y por tanto, forma parte del tiempo histórico; en ese sentido un estudio adecuado de los cambios en el curso de vida, necesita incluir todas las etapas y generaciones, desde la infancia hasta la vejez. El principio del desarrollo humano, a lo largo del curso de vida, se deslinda de la teoría del ciclo vital (*life span*) porque el ciclo refiere al individuo sin contexto, es decir, sin historia social ni cultural. Asimismo, se desmarca del ciclo de vida (*life cycle*) ya que este enfoque remite a secuencias de eventos centrados y limitados al ciclo de reproducción biológica, de una generación a otra, aunque no todos los individuos procrean descendencia. Frente a esas teorías es que se propone el principio del “desarrollo a lo largo del curso de la vida”, porque permite visualizar al individuo en relación dinámica con su contexto.
- Principio de la acción humana (*agency*): los individuos construyen su propio curso de vida al hacer elecciones y llevar a cabo acciones dentro de los límites y oportunidades impuestos por la historia y sus circunstancias sociales. Las fuerzas históricas son determinantes sobre el decurso de las trayectorias de la familia, la escuela y el trabajo; las trayectorias a su vez, influyen en el comportamiento y las líneas de desarrollo individual. A partir del contexto las personas son capaces de seleccionar caminos a seguir por sus propias elecciones. Por consiguiente, no existe un curso de vida predeterminado y totalizante en sentido estricto. Por otra parte, Gastrón y Lacasa (2009) se apoyan en el concepto de “negociación” a fin de explicar las acciones de cada individuo para construir su curso de vida, por medio de modelos sociales. Blanco y Pacheco (2003) destacan el libre albedrío o libertad de acción del individuo, aunque siempre limitado e inevitablemente atado a las fuerzas económicas y sociales.
- Principio del tiempo histórico y lugar (*time and place*): el curso de vida de la persona varía según los acontecimientos y tiempos que involuntariamente vive. Las trayectorias pueden tener retrasos, retrocesos o avances que dependen de las circunstancias políticas, económicas, etcétera, por ejemplo, las guerras, depresión económica, bonanzas económicas, entre otras. Significa que los tiempos históricos son incorporados en el desarrollo de vida de las personas y que las etapas no pueden estudiarse de manera aislada, ya que la experiencia de cada individuo influirá en los procesos y relaciones posteriores. Es decir, que nuestras vidas son procesos continuos y no simples eventos capturados o entendidos como si fuesen fotografías instantáneas (Gastrón y Lacasa, 2009).
- Principio del tiempo en la vida (*timing*): el efecto producido por las transiciones y sucesos en el desarrollo del curso de vida, depende de cuándo ocurren.

¹ Los principios referidos se encuentran en las obras: “*The Life Course as Developmental Theory*” (1998) y “*The Emergence and Development of Life Course Theory*” (2004), de Glen Elder.

Las expectativas en cada edad, incluyen ideas sobre cuándo y en qué orden deben seguirse los acontecimientos y transiciones. Cuando el acontecimiento se produce y no cumple las expectativas convencionales, sus efectos pueden ser adversos, como en casos de viudez, retiro laboral imprevisto, matrimonio tardío, embarazo precoz, orfandad, etcétera. El tiempo de vida es entendido como la consecuencia de un suceso específico sobre el desarrollo o en la transición de una etapa de vida a otra; el efecto dependerá de la edad específica del individuo en el momento de ocurrir el acontecimiento y las consecuencias son distintas en cada persona. Gastrón y Lacasa (2009) sugieren tres posibles formas de estudiar el curso de vida a partir del tiempo: 1) el tiempo entendido como edad individual; 2) el tiempo en relación al conjunto de individuos organizados a partir de la edad (cohorte), y 3) el tiempo entendido como historia.

- Principio de vidas relacionadas, vinculadas o enlazadas (*linked lives*): la vida se desarrolla con base en la interdependencia y las influencias sociales e históricas son expresadas a través de la red construida por vidas enlazadas. Los lazos con otras personas importantes, son convertidos en formas de control que restringen y canalizan las decisiones y acciones individuales. La interdependencia permite entender la importancia de la familia y los otros grupos sociales donde transcurre la vida de una persona. Así, el principio de vidas vinculadas establece que el adulto mayor no puede verse sino inserto en un contexto social, particularmente la familia, cuyas redes parentales afectivas transmiten elementos de una generación a otra. Las vidas vinculadas forman redes de apoyo que funcionan en la práctica asegurando el bienestar del individuo a lo largo de su vida. Tienen además un papel normativo sobre qué y qué no hacer. La mecánica del funcionamiento de la red varía según factores de cultura y otros.

La operatividad de los principios ya expuestos, utiliza tres conceptos básicos: a) trayectoria; b) transición y c) punto de inflexión (*turning point*). Son conceptos cuya función es captar el movimiento del contexto histórico y de la biografía como parte del mismo:

- a) La trayectoria es la línea de vida altamente variable y sin un modelo que la predetermine. Todos los escenarios presentes en la vida de un individuo (familia, trabajo, acción política, por ejemplo) tienen su propia trayectoria.
- b) La transición hace referencia a cambios de estatus que pueden o no estar planificados, pero que siempre implican un ajuste del individuo al interior de una institución o grupo de pertenencia. Los ritos de paso, por ejemplo, marcan transiciones y nuevos estatus. Las transiciones ocurren en cada escenario de la vida de un individuo.
- c) El punto de inflexión o *turning point*, remite a las vivencias cruciales que implican cambios profundos en el transcurso de la vida y no asociadas forzosamente con lo negativo. La muerte de un familiar o la viudez sirven de ejemplo, pero también un nuevo matrimonio o un proceso migratorio.

Análisis de los casos

a) Trayectoria educativa

En la trayectoria educativa de los participantes, fue posible identificar dos líneas relacionadas con la procedencia rural o urbana, en combinación con un componente socioeconómico. Durante el seguimiento fue evidente una relación directa entre la procedencia rural y casi nulo acceso a la educación formal, lo que puede explicarse por el contexto de un aparato educativo precario durante los años de la infancia. La educación de la mayoría de los participantes, tuvo su base en la transmisión oral de conocimientos de mayores a menores. La alfabetización y el aprendizaje de oficios dependieron, en gran medida, del entorno familiar. En relación a la posibilidad de realizar una trayectoria educativa formal, en el medio rural estuvo ausente, aunque presente en el entorno urbano, situación combinada con pobreza en el caso rural y con mejor posicionamiento socioeconómico para quienes vivieron en las urbes. Fue evidente la articulación de características geográficas, económicas y sociales, como factores que determinaron los límites y alcances del nivel escolar de los adultos mayores.

A partir del principio teórico de la acción humana, puede sostenerse que cada uno de los individuos participantes manejó su vida y actuaron en función de las oportunidades y limitaciones del medio social donde se desarrollaron.

Las diferencias de género en el medio rural fueron importantes en la transición del escenario laboral: las mujeres recibieron una educación limitada a los oficios del hogar y que reproduce un patrón cultural que impidió su acceso al mercado de trabajo, a diferencia de los hombres. Ellos lograron salir del medio rural para su incorporación al mercado de trabajo urbano, adquiriendo así nuevas competencias que les permitieron mantener una vida pública en ambos entornos. Por otra parte, ambos géneros tuvieron la experiencia del trabajo infantil como un acontecimiento que marcó sus respectivas vidas y fueron detectables sentimientos negativos y positivos al respecto. Por ejemplo, en la AM 4, su rostro reflejó tristeza y dolor al relatar esa etapa de vida. Por el contrario, el AM 1, expresó alegría al evocar su experiencia de trabajo durante la adolescencia e incluso recordó a las personas que conoció y sus relaciones interpersonales.

Este rasgo de transición no corresponde al caso de la AM 2, pues ella sí tuvo acceso a la educación formal y permaneció en el sistema educativo. Su avanzada formación hizo posible su salida del ámbito de lo doméstico para incorporarse al mercado de trabajo y asumir un nuevo estatus y otros roles. Similar panorama fue encontrado en el AM 3, un comerciante del medio urbano. En ambos casos fue observable la satisfacción experimentada al narrar de manera alegre y orgullosa su desarrollo escolar.

En otro orden de ideas, es importante referir que la edad de cada uno de los participantes –en relación con el tiempo histórico– permitió ver con mayor claridad el principio de lugar y tiempo vinculado con la trayectoria educativa, pues la mayoría de los adultos mayores participantes pertenecen a cohortes nacidas en Venezuela durante el periodo de la dictadura

del General Juan Vicente Gómez (1908-1935). Época principalmente rural, sin un aparato educativo plenamente consolidado y con un índice elevado de analfabetismo. Las condiciones de lugar y tiempo, fueron determinantes en la vida de los adultos mayores, entonces niños o jóvenes, pues impidieron que recibieran una formación escolar o académica que hiciera posible la mejora social y económica de sus respectivas vidas.

El caso de la AM 2 fue distinto ya que nació en las condiciones posteriores a la dictadura, cuando la economía petrolera favoreció además de la movilidad social (emerge la clase media profesional), la trayectoria laboral de AM 2. Durante la presidencia de Eleazar López Contreras (1935-1941), la cantidad de escuelas e instituciones de cultura creadas supera toda la historia republicana de Venezuela; el presupuesto destinado a la educación fue incrementado en 82%, fue creado el Instituto Pedagógico Nacional y otras instituciones de cultura. Sin duda la época destaca por una política en materia educativa muy amplia y continuada por los gobiernos posteriores (Vilda, 1997). Las nuevas condiciones de tiempo histórico facilitaron a la AM 2 –la más joven del grupo- recibir una formación académica, oportunidad inexistente para los otros adultos mayores pertenecientes a cohortes anteriores.

Por otra parte, cabe mencionar la importancia de encontrar similitud con otras experiencias de Latinoamérica como el caso de México. Blanco y Pacheco (2003) en su estudio sobre cohortes femeninas nacidas en la década de los años 30' del siglo XX en México, encontraron el modelo social predominante que limitó el papel de las mujeres al hogar, es decir, el rol que las obligaba a privilegiar a la familia frente al trabajo extra doméstico, y por otro lado, aunque en menor proporción, también detectaron el caso de las mujeres que trabajaron toda su vida en forma asalariada. La trayectoria de algunas mujeres pertenecientes a la sub-cohorte de los años 50', en Venezuela, muestra cómo la ubicación en otro tiempo histórico puede ser favorable pues accedieron a una educación formal y lograron estudiar una profesión. Los cambios de contexto modificaron los roles de las mujeres, entre otras características diferentes que en su conjunto son inherentes al surgimiento de la clase social media-media y media-alta, como en el caso de la AM 2. La trayectoria educativa fue relacionada con la del ámbito laboral, el resultado mostró escenarios heterogéneos a partir de la capacidad individual, incluidas las ventajas sociales que tuvieron (o no) para contrarrestar el rezago educativo predominante en el grupo.

b) Trayectoria laboral

En la trayectoria laboral de los AM se encontró un rasgo en común: la presencia del trabajo infantil, con excepción de la AM 2. Siendo niños(as) todos trabajaron (para una tercera persona), por un salario o pago en especie, destinado al sustento de sus respectivas familias. Sin duda alguna trabajar durante su niñez fue la causa que cercenó la posibilidad de recibir educación formal, lo que afectó más a las niñas a diferencia de los niños. Esta situación confirmó la relación directa entre el acceso a una educación formal y el trabajo de los menores de edad. La trayectoria

lineal en secuencia es: medio rural (deserción escolar), trabajo en la niñez (bajos ingresos). Sin embargo, dentro del escenario adverso los hombres tuvieron la opción de aprender oficios de mayor remuneración, con movilidad laboral y posibilidades de mejoras económicas y sociales, oportunidades que les fueron negadas a las AM 4 y AM 6, pues ellas fueron cedidas bajo la condición de “concertadas” desde su niñez². No obstante, en el conjunto de participantes existen dos excepciones, la AM 2 realizó estudios universitarios y el AM 3, luego de desempeñar varios cargos, logró hacerse de un capital que le permitió obtener su independencia económica y posteriormente tener su propio negocio comercial.

En el panorama expuesto el principio teórico del lugar y tiempo fue identificado nuevamente, ya que los adultos mayores que se capacitaron en oficios laboraron en las urbes, además de la mujer que se profesionalizó, aportaron a la seguridad social y en la actualidad gozan de una pensión y/o jubilación. Escenario distinto para el AM 5, quien no salió del medio rural y también para las mujeres cedidas, quienes representan una experiencia singular. El resultado del estudio sobre las trayectorias laborales, son escenarios individuales disimiles. Pese a las diferentes rutas todos culminaron en una institución geriátrica, lo que requiere investigarse con otros casos para encontrar el punto que unifica esta diversidad en la vejez.

c) Trayectoria de salud

La trayectoria de salud de los adultos mayores participantes, reveló que la etapa de su niñez estuvo marcada por las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias comunes a la demografía en países con múltiples adversidades como Venezuela. Las campañas de vacunación apenas comenzaban en este país y no tenían un alto impacto en el territorio nacional, lo que destaca la importancia del tiempo y lugar histórico que unificó a estos adultos mayores en su trayectoria de salud. Por otra parte, es en el tránsito hacia la vejez cuando fueron detectadas diferencias de salud entre los participantes, con excepción de uno que aseveró estar sano. En su actual vida en el centro geriátrico, la mayoría manifestó padecer dolencias asociadas a los oficios y labores desempeñados en el pasado o la presencia de enfermedades crónicas. Asimismo, el retiro laboral fue debido a problemas de salud. Otro rasgo observable fue el mayor deterioro físico de los participantes que realizaron labores u oficios de baja calificación. Cabe destacar que el AM 5 fue mordido por serpientes venenosas tres veces y en momentos distintos, estos episodios culminaron con la amputación del miembro inferior derecho; mientras que la AM 2 narró con profunda tristeza que el deterioro de su salud la obligó a abandonar su profesión médica.

² La concertación como fenómeno sociocultural fue común en Venezuela. Mediante la concertación un menor de edad era dado al cuidado de otros para su crianza, por lo general a una familia de mejor nivel social y económico que la de procedencia. El menor concertado era destinado a las labores que los señores de la casa de acogida consideraran conveniente para su formación, generalmente oficios domésticos. La familia de origen se desprendía del menor con la confianza en que tendría un mejor futuro, iría a la escuela y aprendería algún oficio; aunque esto quedaba a discreción de la familia que lo tenía concertado.

Con excepción del AM 3, todos los ancianos externaron que fue un problema de salud la causa determinante de su institucionalización. Sin embargo la internación gerontológica está vinculada con la ausencia de una familia; el vacío es resultado de la viudez, divorcio, hijos que emigraron o murieron, hijos que nunca tuvieron, etcétera. Son vidas sin lazos con un núcleo familiar lo que constituye un factor común entre los participantes. El principio de vidas enlazadas no aplica en estos casos y a partir de la ausencia de una familia cualquier enfermedad puede llegar a ser crucial. El arribo a la condición de dependencia sin tener apoyo familiar o de alguna red social, representa el punto de inflexión que marca un cambio radical en la vida. Son personas que al ingresar a una institución geriátrica son vistas por igual o de modo uniforme porque sus distintas trayectorias fueron moldeadas por un mismo acontecimiento en su vejez.

Una característica compartida fue el incremento de las patologías manifestadas después de la internación gerontológica. Todos los adultos mayores participantes en el estudio desarrollaron nuevos problemas de salud por deterioro biológico que limita su autonomía. Por ende, pleno sentido tiene la tesis de Morillo (2000) al sostener que la institucionalización del adulto mayor genera en él problemas de salud y de orden psicosocial.

d) Trayectoria familiar

El primer elemento que destacó en la trayectoria familiar es la ausencia de uno o ambos progenitores durante la infancia. Por esta carencia, excepto el caso de la AM 2, la crianza fue responsabilidad de un progenitor, de las abuelas o madrinas. La notoria ausencia del padre revela que el cuidado recae por lo general en las figuras femeninas, tendencia que remite a la propuesta explicativa sobre la familia popular venezolana de Moreno (1997). La investigación plantea el predominio de un tipo de familia centrado en el matriarcado con base en la díada madre-hijos y el padre ausente o de presencia débil, lo que se denomina un ausente sociológico.

Del conjunto de casos, la AM 2 fue la más favorecida en términos de trayectoria familiar pues creció cuidada por ambos progenitores -situación que evocó con mucha alegría- hasta que formó su familia de destino. Tuvo una educación formal completa y una vida desarrollada en el medio urbano, con una familia nuclear. Su trayectoria configura un caso representativo de individualidad favorecida por las mejoras sustanciales de los años 50' y 60' del siglo XX, en Venezuela. Las familias de clase media durante esas décadas disfrutaron de cierta bonanza y son los años en que esta adulta mayor convivió con sus padres.

En alto contraste la AM 4 y la AM 6, representan el extremo más vulnerable y débil de las estructuras matriarcales en situación de pobreza. Fueron niñas dadas en concertación por su madre o madrina respectivamente, decisión originada por la inopia. Al crecer, son mujeres que ocuparon el más bajo escalón social, y aún más al extremo una de ellas, sin opción alguna para superar esta condición. Es el caso de la AM 6, quien narró con lágrimas en su rostro la pérdida de su madre, así como una trayectoria de vida dura, sobrecargada de trabajo y responsabilidades,

circunstancias por las que no logró formar una familia de destino. Al proseguir con su relato, dejó traslucir una ira contenida al recordar el maltrato general que recibió por parte de su madre de crianza, expresando con profundo dolor que hasta su nombre de pila le había sido cambiado.

También en esta categoría se observó que la mayoría de los participantes tuvieron la opción -y lo hicieron- de formar una familia de destino, exceptuando el caso que no procreó descendencia. Sin embargo, la familia no permaneció a lo largo del tiempo, su desaparición fue producida por diversas causas; el divorcio de la AM 2 por ejemplo, quien al recordar lo acontecido expresó rabia y frustración, ya que su vida en pareja estuvo caracterizada por la violencia doméstica. En otros casos, la desintegración familiar fue resultado de una mala relación con parientes políticos (el yerno), la viudez o migración de los hijos. Esta última situación marcó la vida del AM 5, pues relató la separación de sus descendientes con lágrimas en su rostro y haciendo pausas.

Respecto a los motivos del ingreso al geriátrico, las palabras vejez, soledad –entendida como la carencia voluntaria o involuntaria de compañía– y enfermedad, se revelaron como los conceptos descriptivos en la respuesta de los participantes. Cada uno de ellos vislumbró su futuro y visualizaron la posibilidad del geriátrico conforme envejecían o estaban solos y/o enfermos, pero ninguno relaciona la ausencia de familiares con la institucionalización. Pese a lo anterior, el centro de larga estadía llega a ser una sustitución de la familia, de la compañía perdida, de la familia desintegrada o ausente. La institución geriátrica representa también un sitio de cuidados ante la vulnerabilidad que impone la enfermedad en un individuo incapacitado para cuidar de sí mismo. De manera dolorosa, el sinsentido que parece significar la institución geriátrica se diluye y emerge una lógica, la racionalidad que explica y justifica su función y perdurabilidad en el tiempo y que rebasa todas las teorías e ideas en contra de su pertinencia.

Retomando la cuestión de si vislumbraron o no la posibilidad de vivir en asilo, destaca poderosamente la respuesta de las niñas concertadas, actuales adultas mayores. Son mujeres que nunca pensaron la posibilidad de ser institucionalizadas, sólo sometidas a presión aceptaron, así lo explicitaron cuando narraron su vida. Fue observable cuán profundo impactó el acontecimiento en la AM 6, pues exteriorizó mucho resentimiento al momento de relatarlo. Todo indica que ambas mujeres confiaban en la red familiar donde estaban insertas, creyeron en ser retenidas y amparadas por la red social hasta el fin de sus días, bajo la idea: yo te cuidé, tú me cuidarás. La AM 6 realizó sus cálculos y supuso que de 13 niños que cuidó, alguno de ellos al crecer se haría cargo de la AM 6, pero sus expectativas fallaron. La institucionalización aconteció de manera inesperada para ella y hasta el presente lo externa, pero quizás la familia de concertación ya había decidido con mucha anticipación que –llegado el término de vida útil para el trabajo de esta mujer– el asilo geriátrico fuera su destino conveniente. La AM 6 puede encontrarse en la categoría de “desaparecido social” acuñada por Goffman (1973), para explicar la situación de individuos que aunque existen, han sido cosificados, perdiendo así su condición humana.

En el caso de la AM 4, a partir de que enfermó le ofrecieron la opción de ser institucionalizada, aceptó hacer la solicitud, aunque superado el cuadro clínico y mejorar, mostró resistencia para ingresar pero su rechazo no fue aceptado. La ausencia de una familia de destino, la enfermedad y la pérdida de función social son detonantes de los procesos de institucionalización (De Lima y Chirino, (2006).

En otro orden de ideas, la ausencia de redes femeninas como elementos que pueden evitar la institucionalización, fue notoria (De Lima y Sánchez, 2008). Este vacío tiene su lógica porque el núcleo familiar había desaparecido o no se formó familia de destino, y es al interior de la familia, donde surgen las redes femeninas que dan apoyo al adulto mayor. Por otra parte, es importante el factor vivienda en la vida de los ancianos, sobre todo si ellos son los propietarios porque impide el internamiento gerontológico según Sívoli (1994). Cuando el adulto mayor es el titular de la vivienda, la propiedad se torna un recurso de poder a su favor y por negociar en su beneficio. La vivienda es objeto de intercambio por parte de la persona mayor con sus descendientes para recibir a cambio alimentación, cuidados, compañía y otros elementos; los descendientes por su parte obtienen alojamiento y otros aportes adicionales como el cuidado de los nietos. Los intercambios son tratos implícitos con una elevada eficacia social, afectiva y económica, ya que cohesionan a los miembros de la familia, impiden la institucionalización y retienen al anciano en su comunidad. Pero en los casos aquí estudiados, la vivienda pese a tenerla, no fue elemento de retención. Fue evidente que la propiedad de una casa, en ausencia de familia de destino, le resta sentido a la propiedad como recurso de intercambio, es decir, lo que puede ser un recurso de poder requiere un núcleo familiar que lo active, que le dé sentido. El ejemplo más representativo es el AM 3, quien ante el hecho de quedar viudo decidió vender no sólo la vivienda sino todos sus activos para institucionalizarse. Sin hijos, por haberlos perdido y fallecida su esposa, ninguno de sus recursos materiales promovió el deseo de vivir con la comunidad. En un acto voluntario el AM 3 cambió su destino de vida en soledad por la compañía en una institución geriátrica; invirtió parte de sus activos –como último gesto amoroso– en la construcción del túmulo de su esposa.

Paulatinamente la heterogeneidad de trayectorias se fue diluyendo porque en la trayectoria de vida fueron sembrados una serie de parámetros invisibles, como los denomina Hidalgo (2001); son características que lentamente aproximaron todas estas vidas bajo un común denominador: la carencia de una familia de destino. Sin embargo, los adultos mayores no visualizaron que esta carencia sería el detonante que los conduciría a una vejez en institucionalización. La palabra familia no es pronunciada por ellos en su respectivo relato, ni tampoco al explicar las razones que direccionaron su vida hacia la institucionalización. La referencia a la familia subyace en palabras como solo, soledad y enfermedad.

El panorama hasta aquí expuesto necesita destacar el principio del tiempo en la vida puesto que fue observable ante diversos momentos de la trayectoria familiar: primero en los casos de viudez temprana o inesperada (AM 1, AM 3, AM 4 y AM 5). En el caso de la AM 2,

un accidente inesperado que dejó secuelas de salud derivó en la internación geriátrica; para la AM 6 su institucionalización fue un hecho inesperado. Los acontecimientos que salieron o rompieron con el orden esperado, provocaron efectos adversos en cada uno de ellos, sus emociones enfatizadas por el lenguaje gestual lo denotan y su respectiva trayectoria de vida al ingresar en el centro de larga estadía culminó equiparada, nivelada en un solo plano.

En resumen, podemos aseverar que no fue la pobreza, ni el nivel de estudios alcanzado o el monto de los ingresos, lo que condujo a los adultos mayores a la institucionalización. En la familia, en la erosión o carencia de un núcleo familiar se ubica la clave para comprender estas historias de vida y sugiere la importancia de hacer investigaciones cualitativas o cuantitativas de mayor envergadura, para dar seguimiento a este proceso. Sobre la base de una familia inexistente, y por lo tanto con ausencia de redes familiares de apoyo, el adulto mayor es retenido por el medio social sólo mientras se muestra auto-válido y sin requerir de cuidados especiales. Con base en un diagnóstico puntual y un cuadro de enfermedad –que puede o no ser superado– se concretó el ingreso a la vida en un centro geriátrico. A partir de este punto el adulto mayor se encuentra obligado a ceder deberes y derechos a cambio de que la institución le proporcione seguridad. De esta forma el anciano está sometido a la dinámica de intercambio referida por Goffman (1973).

El panorama descubierto confirma lo encontrado por otros estudios afines en Venezuela (Ramos, *et. al*, 2003). Al ingresar a la institución cerrada, todos los participantes sufrieron rupturas de diferente orden, abandonaron sus pertenencias, su posición social, sus afectos, algunos voluntariamente, otros no. Por ejemplo, la AM 6 experimentó la pérdida de quienes consideraba sus nietos, ocasionándole una ruptura afectiva. Para el AM 1 y el AM 3, implicó pérdidas de tipo material pues tuvieron que vender su respectiva casa y en el caso de la AM 2, perdió su estatus como profesionista en medicina. El culmen final a partir de trayectorias de vida muy diferentes entre sí, es la equiparación o uniformidad que impone la institución como mecanismo de control ante la diversidad de sujetos por ser normados (Goffman, 1973).

Queremos cerrar el análisis profundizando sobre el principio de desarrollo a lo largo del curso de la vida. Desde la infancia se van adicionando elementos que advierten o anticipan lo que será el curso de vida hasta llegar a la vejez; por ejemplo, la pobreza, la falta de educación y la ausencia de seguridad social, generan una vejez vulnerable o de alta fragilidad. Los parámetros invisibles se comienzan a desarrollar, casi siempre, alrededor de la cuarta década de vida (por viudez, pérdida de los hijos, divorcios, etcétera) y se suman hasta culminar en la institucionalización. Como excepción existen otros indicios que emergen desde la juventud cuando no se logra procrear o no se forma la familia de destino. En las trayectorias de familia examinadas, factores diversos no tuvieron el curso socialmente esperado, es decir, salieron de la secuencia lógica de la familia de destino: el hombre suele ser mayor que la mujer, procrean hijos -especialmente hijas-, existen nietos, vida en familia extensa hasta la muerte, el esposo muere antes que la esposa, etcétera. Se trata de un modelo cultural que cuenta con redes

femeninas de apoyo, son familias extensas y conglomeradas, con una línea de cuidados de mujeres a mujeres y un paradigma que por encima de todo retiene al adulto mayor en su núcleo familiar. Sin embargo, en los casos estudiados se perdieron uno o más de los descriptores de la familia venezolana.

Consideraciones finales

La respuesta a la interrogante sobre cuáles son los factores del curso de la vida que se sumaron para culminar en la institucionalización de los seis adultos mayores, la encontramos en la desestructuración de la familia de destino o su creación, en una primera instancia y la enfermedad como segundo detonante. Factores que han sido observados por su orden de aparición durante el estudio, pero no en el enfoque de los profesionistas y personal involucrado con los ancianos; la trayectoria familiar y después la historia de salud fueron determinantes en la internación geriátrica.

El resultado del estudio representa una alerta en contra de la estereotipia que sostiene la causalidad de la institucionalización del adulto mayor por medio del binomio salud-enfermedad combinado con la pobreza. La tendencia proviene de una perspectiva biomédica reduccionista que omite la dimensión histórica, social y cultural del proceso. Las características que fueron asociadas con su vida por los propios ancianos, como residentes en la “internación gerontológica”, revelan un escenario multidimensional donde puede advertirse como guía la vejez, mas no cualquier vejez, sino la que relacionaron con la soledad –aspecto que conduce de manera directa a la familia de destino– y los problemas de salud en soledad. El trasfondo que subyace en el estereotipo que asocia la institucionalización sólo o primordialmente con enfermedad, proviene del discurso biomédico anclado en las estructuras del discurso gerontológico.

La explicación biomédica niega el principio del desarrollo en el curso de vida, donde se van adicionando elementos de diverso origen y donde el ámbito social antecede a los problemas de salud, que pueden culminar en la internación gerontológica. Parece inverosímil que esta perspectiva médica de la vejez, creada en el siglo XIX, se encuentre aplicada en la actualidad. Estamos ante un paradigma en el que la ancianidad queda centrada y atada a patologías, etiologías y declinaciones biológicas (De Lima y Jaber, 2009). Ni la trayectoria familiar, ni laboral ni otro aspecto fuera de la esfera biomédica pueden incorporarse en este tipo de estudio. El anclaje del discurso gerontológico en el enfoque biomédico constituye un obstáculo de conocimiento que impide ver las distintas dimensiones que han marcado a ese cuerpo y a la categoría social de adultos mayores. La visión biomédica de la senectud es parte de la mentalidad occidental y su imaginario, por ende, se ha generalizado la idea de la vejez como sinónimo de enfermedad y enfermedad implica recluir en un geriátrico. Bajo esta perspectiva no existe desarrollo del curso de la vida a partir de trayectorias, sino solo dos grandes díadas: juventud-salud y vejez-enfermedad. Este enfoque –como acertadamente señala Elder– está relacionado o parece emular con la concepción del ciclo vital que distorsiona el análisis e impide comprender los

procesos (el desarrollo) con raíces sociales, pues ignora la historia y el marco socio-cultural.

El principio del desarrollo a lo largo de la vida sostiene que la existencia está organizada socialmente en los tiempos biológico, histórico y social. En el grupo estudiado el tiempo histórico permitió explicar y comprender la diversidad de las trayectorias educativa y laboral, así como las similitudes en el historial de salud de la infancia. No obstante, es necesario advertir que el tiempo histórico debe ser valorado con mucho cuidado, pues los mismos sucesos tuvieron efectos diferentes en el desarrollo de vida en cada adulto mayor; el impacto dependió del género, el nivel socioeconómico y otros factores fuera de los alcances de este estudio. El tiempo social fue clave explicativa para comprender la institucionalización de los participantes. Los parámetros invisibles sembrados a lo largo del desarrollo de la vida y que finalmente desembocaron en la internación gerontológica, fueron encontrados en la dinámica de conformación de la familia de destino y cuya cima es la vida en soledad. El tiempo biológico –plasmado en los casos donde hubo una enfermedad de coyuntura–, encubre lo que en realidad constituye un drama social: la ausencia de familia. Fue clara la relación del tiempo biológico con el principio de tiempo en la vida porque la enfermedad aparece en un momento específico: cuando no existe familia. La enfermedad es un hecho biológico e incluso preciso –pues el cuadro clínico puede o no ser superado– pero es posible que modifique radicalmente el curso de vida en el plano de lo social cuando se carece de una estructura familiar.

Por consiguiente, debe combatirse el estereotipo que sitúa la enfermedad como causa exclusiva o máxima de la institucionalización. El internamiento del adulto mayor en un geriátrico requiere examinarse desde una perspectiva sociocultural, porque con la pérdida de la familia de destino el principio de vidas relacionadas o enlazadas se diluye, se pierden los lazos sociales que retienen al anciano en su comunidad. En consecuencia, no existe red de apoyo y solidaridad que asegura el bienestar y permite el cuidado durante la enfermedad. En los casos estudiados fue a partir de esas pérdidas que el principio de la acción humana fue vulnerado. En una visión de conjunto: fue encontrada una gama de escenarios observables que van desde la decisión autónoma de enrumbar su propia vida hacia una residencia de larga estadía, hasta el extremo de quienes tomaron una decisión por otro sin consultarlo, vulneraron así la condición humana y determinaron el destino de una persona en situación de extrema indefensión. En apariencia, la institucionalización es un acontecimiento brusco, inesperado, pero luego de examinar el desarrollo del curso de la vida, en realidad se advierte que la percepción del evento es resultado de una suma de parámetros invisibles al lego, pero detectables por un gerontólogo si aplica las estrategias adecuadas.

En términos gerontológicos la institucionalización puede ser calificada de indeseada, mas no como un evento sorpresivo o inesperado. Por otra parte, aunque encontramos escenarios heterogéneos, con diferentes rutas educativas, laborales, de salud y familiares, asociadas al género, contexto geográfico y nivel socio-educativo, las diferencias individuales son prácticamente anuladas por el culmen de la institucionalización. Sin embargo, también

fue posible entrever rasgos comunes sobre la trayectoria familiar, imperceptibles a los propios ancianos. Asimismo, conforme los participantes fueron envejeciendo, se detectó una importante coincidencia –por encima de cualquier otra trayectoria– que devino en hilo conductor: la ausencia de familia de destino, y por consiguiente, de la red familiar de cuidados y apoyo. Este hallazgo aproximó la investigación con la reciente propuesta sobre el envejecimiento social: la perspectiva de análisis a partir de las redes sociales (Hidalgo, 2001).

Para cada uno de los participantes llegar a la vejez significó transformarse en un ser expuesto a la discriminación, tratados como si fuesen desviados sociales por ser ante todo diferentes. Las características del desviado social lo colocan en una situación de vulnerabilidad frente al conjunto social e inevitablemente vive subordinado, dependiente y propenso a sufrir represión en sus expresiones más descarnadas. La internación gerontológica representa una acción coercitiva sobre las personas desacreditadas, sujetadas al control y vigilancia permanente mientras se cierra su curso de vida. En éste sentido, confinar a los ancianos en el geriátrico adquiere una connotación social incriminatoria, son individuos marcados por el resto de sus días, lo que es posible explicar con base en el concepto de estigma y el proceso desacreditador planteado por Goffman (1970). En el grupo de los seis adultos mayores la desacreditación no tiene como base los cambios corporales o estigmas físicos, sino por la carencia de familia, es decir, por un estigma social.

Por último, consideramos que el estudio cualitativo a partir de los principios y conceptos de la teoría sobre el curso de vida, fue exitoso. En el marco de las teorías del desarrollo, adoptar este enfoque permitió visualizar el envejecimiento a través de varias dimensiones. Su aplicación a todas las etapas de la vida no la descalifica como propuesta teórica sobre el envejecimiento; al contrario, una de sus fortalezas radica en su visión longitudinal y diacrónica pues permite comprender el presente a partir del pasado. En futuras investigaciones y como profesionistas en ejercicio de la gerontología, nos será imposible avanzar sin concebir al adulto mayor como un ser social donde su pasado es tan importante como el presente. Definitivamente el diseño de proyectos, programas de trabajo y aplicación de políticas construidos desde la gerontología, dependerán del éxito de los estudios donde el adulto mayor, por sobre todo, sea visto como un ser social en desarrollo.

Fuentes de consulta

- Blanco, M. y Pacheco, E. (2003). Trabajo y familia desde el enfoque del curso de vida: dos subcohortes de mujeres mexicanas. *Papeles de Población*, 9 (38). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11203805>
- De Lima, B. y Jaber, J. (2009). La mirada inocente: una reflexión sobre el estudio de la gerontología en Venezuela. *Altepepaktli*, 5(10), 11-18.
- De Lima, B. y Chirino, C. (2006). Vulnerabilidad Social e Institucionalización del Adulto Mayor en Venezuela. En M. Ribeiro y L. López (Eds.). *Tópicos Selectos en Políticas de Bienestar Social. Grupos Vulnerables, Género, Juventud y Salud*. México, Gernika.
- De Lima, B. y Sánchez, Y. (2008). Redes femeninas, familia popular y ancianidad en Venezuela. *Perspectivas Sociales*, 10(1), 53-84.
- Elder Jr., G., Kirkpatrick, M. y Crosnoe, R. (2004). The Emergence and development of Life Course Theory. En J. Mortimer y M. Shanahan. (Eds.). *Handbook of the Life Course*. Recuperado de <http://books.google.co.ve/books>
- Elder Jr., G. (1998). The Life Course as developmental theory. *Child Development*, 69(1). Recuperado de [cgs.unc.edu/CCHD/S2010/02-22/ELDER%20\(1998\).pdf](http://cgs.unc.edu/CCHD/S2010/02-22/ELDER%20(1998).pdf)
- Gastrón, L. y Lacasa, D. (2009). La percepción de cambios en la vida de hombres y mujeres, según la edad. *Población y Sociedad*, 16(1), 3-28. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3265089>
- Goffman, E. (1970). *Estigma*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Goffman, E. (1973). *Internados*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Hidalgo, J. (2001). *El envejecimiento: Aspectos Sociales*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Moreno, A. (1997). *La Familia Popular Venezolana*. Caracas: Fundación Centro Gumilla.
- Morillo, M. (2000). Estudio Evaluativo de la Casa Hogar Dios es Amor, Cumarebo estado Falcón. (Tesis inédita de técnico superior universitario). Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Coro, Venezuela.
- Ramos, P., Larios, O., Martínez, S., López, M. y Pinto, J. (2006). Prevención y Promoción de la Salud en el Anciano Institucionalizado (La Residencia como Espacio para la Convivencia y la Salud). *Comunidad de Madrid*. Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/>
- Sívoli, L. (1994). Modelo Social de Envejecimiento, Barrio Pueblo Nuevo, Santa Ana de Coro, Estado Falcón. (Tesis inédita de técnico superior universitario). Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Coro, Venezuela.
- Vilda, C. (1997). *Proceso de la cultura en Venezuela III. Siglo XX*. Caracas: Fundación Centro Gumilla.

Afectividad y memoria de las personas mayores en torno a la migración: sentimientos por la partida hacia Estados Unidos

Júpiter Ramos Esquivel, Adriana Marcela Meza Calleja, Ulises Hermilo Ávila Sotomayor

Resumen

El presente trabajo plantea una reflexión sobre el impacto que produce la migración en el plano afectivo de las personas mayores. Nuestro objetivo es analizar y mostrar el modo en que la vejez experimenta la migración, desde la afectividad y la memoria compartida. Para cumplir con el objetivo recuperamos las entrevistas provenientes de diversos trabajos de investigación, realizados entre los años 2007-2012, en el estado de Michoacán, México.

Palabras clave

vejez, afectividad, memoria compartida, transnacionalización.

La vejez, los afectos y la migración

Inicio con una breve reflexión sobre la situación de las personas mayores en el contexto de la migración internacional y en particular hacia los Estados Unidos de Norteamérica (EUA). En el acercamiento al tema de la migración destaca la importancia del terreno de los afectos, la memoria y la identidad. El objetivo de la disertación es aportar algunas características que permitan trazar posibles líneas de investigación por ahondar en el futuro próximo. Con ese propósito analizamos las formas mediante las cuales se relaciona la vejez con la migración. Los abuelos y padres de familia, son quienes sienten la partida de sus hijos e hijas del hogar –y del país de origen– rumbo a los EUA, por distintas razones. El desplazamiento de los hijos o nietos modifica las condiciones de vida de ambos abuelos, padres o familiares y la de los propios migrantes. El fenómeno de la migración constituye una experiencia donde los integrantes del núcleo familiar son imbricados simbólicamente y afectivamente, pese a la distancia geográfica y el tiempo transcurrido.

El eje que recorre y articula el análisis, está ubicado en el plano de los afectos y las emociones. Ambos aspectos serán considerados desde un punto de vista psicosocial y estarán comprendidos dentro del concepto de *afectividad*, entendida principalmente como interacción. Es decir, la afectividad es interacción expresada con afectos y emociones –que las personas construyen– sobre acontecimientos específicos o alguna situación, a partir de significados

compartidos. Asimismo, la afectividad permite referir a la vejez y el envejecimiento en una perspectiva social más que individual. En éste sentido la vejez es una situación y experiencia social, que forma parte de la cultura –con sus representaciones y significados– en los diferentes grupos de la sociedad, aunque también se asocia con cambios físicos y psicológicos cuando se estudia de manera individual. De igual forma, la migración¹ es considerada una situación y experiencia cuyo sentido principal es construido a partir de condicionantes sociales. Según Sassen (2007) la migración por ser un resultado social conforma afectos y sentimientos en torno suyo que no pueden ser definidos sólo como experiencia individual, puesto que se encuentran dentro del conjunto de significados y representaciones sociales sobre la migración.

Por otra parte, la vejez puede ser conceptualizada como la etapa o edad cuya naturaleza es la memoria. El tiempo (pasado, presente y futuro) adquiere un sentido diferente al establecido en anteriores etapas y es resultado del conflicto de identidad propiciado por las condiciones adversas a la senectud. Los ancianos inmersos en una situación crucial pueden re-significar las experiencias del pasado con un sentido diferente, sobre todo por el modelo de familia predominante en México, donde sus características son clave en la construcción de la identidad. La memoria es uno de los aspectos esenciales del envejecimiento actual desde el punto de vista social. La identidad tiene su base esencial en los recuerdos de acontecimientos que la conformaron y donde fueron construidos los principales propósitos de vida, por ende, la vejez se sostiene en la memoria compartida. La persona se esfuerza por encontrarle sentido a la vejez en una sociedad cambiante, anhela proseguir con las representaciones y significados construidos en épocas anteriores y deposita sus expectativas sobre la inclusión social en la familia y el trabajo. Relacionar la vejez con la memoria y la afectividad, es motivo de una reflexión que pretende mostrar las formas en que los adultos mayores sienten la partida de sus familiares. Por un lado, la vejez es una situación social donde la memoria juega un papel importante para mantener los recuerdos que dan sentido a la identidad del anciano que busca la continuidad y la inclusión. Por otro, la memoria es inherente al plano afectivo y elemento vital de los recuerdos acerca de hechos o acontecimientos; por lo general son recuerdos donde mujeres y hombres son protagonistas, pero que también forman parte del segmento poblacional de adultos mayores. No existe una vejez sin memoria y ni memoria sin afectividad, su relación es siempre dialéctica.

Implicaciones de la migración: sentimientos y recuerdos allende las fronteras

El problema de la migración por sí mismo genera múltiples discusiones y análisis en torno a sus consecuencias en el plano social. Es una cuestión donde todos estamos implicados como ciudadanos del mundo, ya que cada día más personas emigran hacia otras latitudes en búsqueda de trabajo y alternativas de vida. En el contexto global las migraciones crecen a

¹ Para el presente trabajo, el uso del concepto de migración se refiere al fenómeno internacional, específicamente de México hacia Estados Unidos de Norteamérica.

medida que aumenta su complejidad; los motivos que la propician y las posibilidades -legales e ilegales- para lograrlo se agudizan ya que la internacionalización de la producción y el trabajo (cuyo desarrollo va a la par de la transnacionalización) incide en la reconfiguración de la familia en contextos de migración. Según Sassen (2003; 2007), el problema no solo puede ser explicado a partir de cuestiones como la expulsión y atracción (la pobreza y desempleo), sino que también es necesario examinar otros factores contextuales y subjetivos. La migración es un proceso mundial intrincado y en su evolución han surgido ideas para explicarla. Por ejemplo, la *transnacionalización* es entendida como un flujo que no refiere solamente la movilidad geográfica de las personas, sino que en su curso incorpora relaciones de intercambio de recursos económicos, objetuales y simbólicos, mercancías y valores culturales (Guarnizo y Smith, 2009)².

Los migrantes son los constructores de una realidad transnacional donde las relaciones y las redes sociales de contacto -creadas por migrantes que son parte de ellas- son flujos sociales y psicológicos. A través de los flujos son dinamizados los afectos y expectativas en torno a un destino y vinculan a los artífices de esa realidad: comunidades, pueblos, grupos, etcétera. La realidad transnacional remite a la construcción de enlaces o 'puentes' que incorporan formas de intercambio de las y los implicados en la migración: los que se marchan y los que no. Con base en la transnacionalización se ha propuesto el concepto (polémico) de "hogares transnacionales" que significa la forma de unidad simbólica de los migrantes con sus familiares, de modo tal que el núcleo familiar puede existir en ambos puntos geográficos. El hogar existe en la mente de las personas migrantes como imagen de unidad (Mummert, 1999). En la vida del migrante los valores, las tradiciones y las identidades, son características importantes que perviven fluyendo de un lado a otro de la geografía con su carga simbólica; son construidas y reconstruidas en función del intercambio que da paso a nuevas percepciones y representaciones sobre la vida familiar³. Asimismo, la realidad transnacional extiende los límites de las relaciones afectivas, las identidades son reconstruidas e incorporan el episodio de la migración y las formas de intercambio, para dar lugar y sentido a la experiencia cotidiana de "estar lejos". La transfiguración: "ocurre en múltiples niveles (desde arriba y desde abajo). El nivel local son las colectividades, los hogares, las redes familiares, entre otros grupos que crean y reproducen otro tipo de espacio social, transnacional" (Guarnizo y Smith, 2009: 67).

Por consiguiente, el problema trasciende la reflexión sobre un simple origen y destino puesto que es una realidad donde los grupos sociales, las comunidades o personas,

²Portes (2004) entiende por transnacionalización: el conjunto de relaciones de índole material y simbólico que conectan a través de las fronteras nacionales y son construidas "desde abajo", principalmente por los migrantes y sus bases.

³ En el flujo existe intercambio de elementos que hacen posible la continuidad y mantenimiento de identidades, tradiciones y valores. Pueden ser objetos personales, comida, bebidas, ropa, música, fotografías, etcétera. Cosas que dan sentido y nuevos sentidos a la vida del migrante. En este tipo de intercambios, afectos y significados están en constante movimiento, permiten construir formas de sentir y percibir la vida transnacional. En éste sentido, sugerimos ver el trabajo de Martínez, *et al.*, 2010, sobre el imaginario que se construye en torno a la comida y su intercambio en algunas familias transnacionales del estado de Michoacán, México.

mantienen sus lazos pese a la distancia geográfica. En la realidad o flujo transnacional la familia y los abuelos con sus inherentes principios, percepciones, representaciones y afectos, están implicados. La migración genera situaciones cruciales para quienes decidieron marchar, pero también en los que no partieron. Para quienes se van, la migración significa enfrentar –según sus posibilidades– riesgos y peligros para llegar a un destino y abandonar el grupo de pertenencia y la comunidad; los que no emigran se ven obligados a construir un sentido y significado de la migración, adecuarse a la ausencia con los recursos más cercanos (discursos, prácticas, afectos, fotografías, etcétera). En los adultos mayores la percepción de la migración es diferente de la que tienen las y los hijos. El sentido es distinto para quienes emigran (pues tal vez no son afectados como cónyuge, hijo o hija), pero sí los conduce a tomar un giro distinto respecto a su lugar en la familia, a la cual tendrán que responder por su ausencia. Para quienes emigran, el acto de partir puede agudizar los conflictos (previos) en relación a su rol en familia y la sociedad, produce momentos críticos para quienes son padres o madres. En la mayoría de los casos existe implicación afectiva como integrantes del núcleo familiar, mientras que en otros el conflicto puede ser mucho más profundo por las responsabilidades que conlleva ser padre o madre. Ante los peligros para una migrante hija o hijo, tienen la idea que él o la migrante “siempre será hijo de un padre o de una madre”, según lo expresa una persona mayor de Michoacán.

Cuando afirmamos que en las relaciones transnacionales están implícitos los valores, las percepciones, representaciones e incluso identidades de las personas mayores, nos referimos a que la migración de las y los hijos hacia los EUA, con frecuencia la partida los obliga a reconfigurar sus expectativas de vida en las nuevas circunstancias; el cambio implica re-significar el sentido de las relaciones con su familia pues trastoca las representaciones y significados de padre o madre, abuelo o abuela, para replantearse su respectivo rol dentro de la familia⁴. En el siguiente fragmento, pueden percibirse algunos rasgos al respecto. La persona piensa en lo complejo y difícil que es ser padre a la distancia⁵: *DA*:

“(…), yo (sic), me da mucho pendiente cuando no tienen trabajo, simplemente ahora no hace mucho a un hijo me lo descansaron donde estaba trabajando, en una fábrica (en Estados Unidos), ya me agarraron los nervios. Por eso digo que sí es feo comerse uno los nervios, uno solito porque, porque yo me ponía a pensar y ‘taba en el rancho y me ponía a pensar’ ¡ay qué va a hacer mi hijo! ‘taba pagando una casa, taba pagando unos carros y con su familia’, ¿que irá a hacer mi muchacho? yo batallaba piense y piense (...)”.

⁴En nuestra experiencia de trabajo con personas mayores, esto es parte de lo que hemos observado. La representación sobre la migración que ellos tienen, parece involucrar este tipo de condiciones, de reconfiguraciones integradas como una totalidad en la forma en que representan esta situación. De cualquier manera, debemos reconocer que nuestro punto de vista es limitado y ante todo invitamos a reflexionar críticamente nuestros planteamientos.

⁵ Los fragmentos de entrevistas que a continuación se incluyen, son una recuperación del material entresacado de tres trabajos de investigación en los que participamos con personas mayores de 65 años de edad, del estado de Michoacán, entre los años 2007-2012. En los trabajos fue incorporado el tema de la migración hacia los EUA o ha sido un tema revelado en las distintas entrevistas.

Para las personas mayores que sienten la partida de sus hijos con destino a los EUA, son de vital importancia estos aspectos de su vida. Las consecuencias de esta situación para ellas y ellos, se encuentran relacionadas con ámbitos individuales, pero igualmente con aspectos sociales. Con la migración algunos intercambios, ciertas prácticas, adquieren un sentido diferente debido a la distancia geográfica e involucran afectos y sentimientos, que en el plano social, han sido construidos en familia y por la comunidad de pertenencia. La dimensión afectiva es cuestionada al marcharse a otro país, sin embargo, el migrante busca reafirmar sus emociones y afectos a pesar de saberse en una situación complicada. Los grupos y comunidades en general, construyen una “cultura material” a partir de un universo de objetos a los que atribuye significado(s) por medio de relaciones afectivas. Esta forma de afectividad e interacción se encuentra “(...) cargada de prácticas culturales, por ejemplo los objetos utilizados como recuerdos que facilitan crear continuidades, permiten asociarse con personas y lugares geográficamente distantes y que apoyan los relatos, por medio de los cuales se pueden adquirir y expresar conocimientos compartidos acerca de lugares lejanos y sus habitantes” (Boruchoff, 2009: 357).

En consecuencia, diversos estudios reconocen este tipo de efectos de la migración sobre las relaciones intrafamiliares, su estructura y roles. Al respecto Mummert (1988)⁶ estudió la manera en que la familia –que envía a uno de sus integrantes a los EUA– enfrentó una serie de cambios y ajustes originados por la separación no tan prolongada; asimismo observó que en situaciones similares es la mujer quien retoma un rol central dentro del núcleo familiar. Igualmente, Alarcón (1988: 346)⁷ examina las consecuencias de la migración y aborda el período en que el hombre se ausenta por trabajar en los EUA; la investigación mostró que durante ese tiempo la familia experimenta la fase más crítica, sobre todo cuando tienen niños pequeños y que las consecuencias tienen connotaciones afectivas que irrumpen en la vida familiar.

En la misma tesitura Fonseca y Moreno (1988) analizaron tres generaciones de migrantes de Michoacán, México. El estudio permite entrever las consecuencias afectivas de las y los migrantes por el hecho de ser protagonistas y buscar un mejor futuro para ellos y su familia. Espinosa (1998)⁸ reflexiona sobre el dilema al que se enfrentan la mayoría de los migrantes: el retorno o la transnacionalización. Los migrantes hacen proyectos con independencia de los límites fronterizos, aunque es frecuente que suscitan conflicto por discrepar con los proyectos de su familia, o con los planes de su pareja, por motivos de educación, economía, etcétera.

⁶ En su artículo “Mujeres de migrantes y mujeres migrantes de Michoacán: nuevos papeles para los que se quedan y para las que se van”, coordinado por Thomas Calvo y Gustavo López, en *Movimientos de población en el Occidente de México*, publicado por Centre d’Etudes Mexicaines et Centraméricaines y El Colegio de Michoacán.

⁷ En su artículo “El proceso de norteamericanización: Impacto de la migración internacional en Chavinda, Michoacán”, coordinado por Thomas Calvo y Gustavo López, en *Movimientos de población en el Occidente de México*, publicado por Centre d’Etudes Mexicaines et Centraméricaines y El Colegio de Michoacán.

⁸ En su libro *El dilema del retorno. Migración, género y pertenencia en un contexto transnacional*, publicado por El Colegio de Michoacán y El Colegio de Jalisco.

En la migración se experimentan todo un conjunto de sentimientos, no solo por quienes se encuentran esperando sino igualmente en quien anhela regresar. Hernández (2002) analiza los efectos en el ámbito de las identidades y cuestiones religiosas, además de reflexionar sobre las consecuencias en ambas dimensiones. Leco (2009) a partir de un estudio sobre una comunidad michoacana, elucida sobre las consecuencias de la migración, más allá del origen y un destino, engarzando factores tales como la participación política, la economía, la arquitectura, los sentimientos, la cultura, la familia, entre muchos otros. Mientras que López-Castro (1988, 2003), destaca el problema de la migración desde sus motivaciones hasta la forma y características del complejo trayecto hacia los EUA, en el caso particular de los mexicanos. El estudio refiere cuestiones como las ideas, las costumbres, las víctimas olvidadas, la salud y la religión, en el plano individual, familiar y colectivo. El amplio abanico de observaciones del referido estudio muestran el conjunto de sentimientos que son fruto de la migración.

Algunos trabajos recientes incluyen tanto los efectos psicológicos y sociales de la migración, así como la dimensión afectiva. Por ejemplo, Salgado (2006: 53-59) aborda un conjunto de problemas relacionados con el estrés generado a partir de los conflictos de adaptación y aculturación, además de las responsabilidades de la familia que espera el retorno, en particular la de mantener la estabilidad, la salud y la unidad familiar. Vivir con la presión de la ausencia, sobre todo del cónyuge o quien es jefe de familia, produce sentimientos de aislamiento y marginación y existe la percepción de vacío o falta de apoyo emocional. La salud psicológica es afectada por la desintegración familiar, la falta de apoyo por parte de los hijos y la incapacidad para controlar la violencia intrafamiliar.⁹ Otro estudio importante en este mismo sentido es el de Marroni (2009),¹⁰ quien diserta sobre las fracturas y costos (moral y emotivo) producidos por la migración. Dedicar particular atención al tipo psicológico manifestado por quien emigra (el síndrome de Ulises en los hombres), como en la persona que espera el retorno (el síndrome de Penélope en las mujeres), así como las dificultades para mantener el equilibrio marital. El estudio referido sostiene que en las fracturas y los efectos emocionales es donde se forjan los sentimientos del individuo y los de grupo. Finalmente, remitimos la investigación de Ramos (2012), quien analiza la importancia de emociones y sentimientos como el dolor, la tristeza, la nostalgia, angustia y esperanza, entre otros, como ejemplos de las emociones experimentadas por los migrantes.

La reflexión hasta aquí expuesta pretende mostrar que la migración trasciende fronteras por medio de la afectividad. Por consiguiente, es posible aseverar que existe una “afectividad transnacional” que supera distancias y extiende los límites en el plano de lo simbólico.

⁹ Salgado, V. (2006), Problemas psicosociales de la migración internacional. En *Salud Mental*, V. 19, Suplemento de abril, México. Leco (2009) resalta diversos efectos de la migración en el seno familiar para quienes se quedan, como las y los hijos, o los que se quedan al cuidado de abuelos, tíos o hermanos y hermanas.

¹⁰ En su libro *Fronteras perversas, familias fracturadas. Los indocumentados mexicanos y el sueño americano*, publicado por el Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades “Alfonso Vélaz Pliego” de la BUAP y el Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza, A. C.

Emigrar hacia otra latitud geográfica, modifica la vida de la persona que sale de su país y la vida de su familia. Sus respectivos sentimientos y emociones están entrelazados, y ante la migración, son reconstruidos gracias a la memoria compartida y la profunda afectividad que fluye hasta sincronizar con los logros personales y familiares. Asimismo, tiene la capacidad de responder ante las situaciones críticas confirmando la unidad del migrante con su familia. La memoria compartida, los recuerdos, son dinamizados y fluyen incorporándose al complejo escenario. Ante la migración hacia los EUA la memoria es ancla sumergida en la profundidad de las costumbres, el paisaje y los amigos, es decir, son recuerdos que unen al individuo con su grupo de pertenencia y la comunidad. Las y los migrantes se esfuerzan por conservar su identidad para resistir la lejanía y mantener los lazos con la familia y la comunidad que los espera¹¹. En éste sentido la memoria y la afectividad son *colectivas*¹² puesto que son construidas mediante los significados, representaciones y prácticas compartidas. La “evidencia” de cómo las y los migrantes *sienten* la partida, se encuentra en las diversas formas de expresar sus emociones y afectos, o sea, a través de la afectividad y memoria construida sobre tal acontecimiento. En los ancianos ambas tienen una marcada presencia ya que se conjugan con su etapa de vida, a fin de continuar con su rol en la familia y la sociedad. Para ellos la afectividad está presente en los recuerdos que reconfiguran la partida de las y los hijos. Ellas y ellos tienen una particular forma de sentir la partida. Por ejemplo, *Sra. SN*:

“(...) ¿cómo le diré?, que aunque yo esté sola, pero digo, gracias a Dios tengo una pura mujer y ésta ya tiene más de 20 años, pero yo digo, bueno, si aquí no pudo hacer nada ella y allá Dios la socorrió, que sea feliz, no le hace que esté lejos de mí, me habla si, a ella Diosito la socorrió y ella le hizo la lucha, ¡qué bueno! (...)”.

La vejez como una situación hecha de memoria y afectividad

La vejez puede pensarse como una situación eminentemente social puesto que es construida por medio de significados, representaciones y prácticas sociales¹³. Es edificada con base en experiencias, imágenes y percepciones que impregnan el sentido común y con frecuencia son

¹¹ Un ejemplo se expresa en la relación entre la migración y la religión, que permite mantener lazos transnacionales con la comunidad de origen y con las familias. Portes y Rumbaut (2010) dan cuenta de cómo en diversos grupos y organizaciones de migrantes se establece esta relación transnacional con la religión. En la relación se expresan no solo valores y creencias, también permite mantener la memoria de la comunidad, establecer lazos constantes y lograr unión como grupo social. Lo mismo ocurre con muchas otras formas de relacionarse con la comunidad y la familia, donde la memoria constituye un elemento clave para mantenerlas. El deseo de no olvidar el origen, pero más el anhelo por recordarlo de diversas maneras, a la distancia.

¹² Cuando se menciona en este trabajo a la *memoria*, ésta es entendida como un proceso social, construida como memoria compartida y colectiva.

¹³ No es objetivo del presente trabajo definir a la vejez o analizar las discusiones al respecto. Nos interesa solamente resaltar nuestra posición en la que damos un peso importante a la forma social en que se construye la vejez. Nosotros partimos de reconocer a la vejez como una situación social, más que una etapa del desarrollo humano o del ciclo vital.

incorporadas por los adultos mayores en su propia definición (Ramos, 2009). En perspectiva psicosocial, la vejez se constituye por representaciones, memoria compartida, afectos, objetos, ritmos, lugares, etcétera. Por ende, la vejez es entendida como situación social y el envejecimiento como su proceso. Si bien el envejecimiento presenta diferencias individuales, como grupo social la vejez comparte significados y representaciones construidas por y en la cultura, en especial por la memoria colectiva, las tradiciones y el imaginario social. Las personas comparten ciertas experiencias y prácticas sociales que los definen como grupo y que son elementos constitutivos de identidad (Ramos *et al.*, 2008). En el grupo social de adultos mayores se desarrolla un particular vínculo con el pasado y con la forma en que la cultura y la sociedad cambian a través del tiempo.

Las diversas características que forman la vejez la sitúan envuelta en el tiempo. A diferencia de las generaciones más jóvenes, las personas mayores desarrollan raíces profundas con las tradiciones, valores y normas, con la memoria colectiva y con una estructura simbólica mantenida aun con el paso de los años. Entonces, la vejez sintetiza estas características e ineludiblemente remite a formas específicas de vivir y de pensar la experiencia del tiempo. En éste sentido, la vejez representa la voz y el rostro del “tiempo acumulado,” compendia acontecimientos, recrea las maneras de narrar y de esta forma propicia la subsistencia de las identidades¹⁴. Por otra parte, con frecuencia la “edad” es definida como “tiempo acumulado”, cuyo sentido y significado sintetiza y unifica los acontecimientos y experiencias del individuo y los grupos¹⁵. En términos generales el punto de vista científico explica el envejecimiento por medio de acontecimientos y cambios que suceden en el cuerpo, la mente y las relaciones de los individuos. Existen varios conceptos relacionados con el envejecimiento, por ejemplo cambio y evolución, que son formas diferentes de sintetizar acontecimientos, según el enfoque de cada teoría¹⁶.

Para la sociedad contemporánea, el tiempo no es sólo un parámetro, también es una forma de sintetizar los acontecimientos, momentos, ritmos, etapas, fechas, etcétera, experiencias que son expresadas así por sentido práctico (Elias, 1984; 2010). La memoria y la afectividad son síntesis de acontecimientos que analizadas a detalle son relativas al tiempo. Las emociones y afectos son acontecimientos (de tiempo), que se reviven y experimentan por medio de significados “importantes” para las personas.

¹⁴ No sostenemos la idea de vejez como experiencia homogénea, sino que las personas mayores que la experimentan, pese a las variaciones de grupos e historias, por lo general tienen en común esta característica por diversos condicionamientos sociales.

¹⁵ Como señala Elias (1984, 2010), la noción de tiempo y sus formas de síntesis han cambiado en el paso de sociedades primitivas a otras mucho más complejas y desarrolladas. La misma noción de tiempo ha cambiado en el proceso histórico. Entonces es importante considerar la relación de los términos con la historia y la cultura de una sociedad. No es lo mismo la edad y la vejez ahora que en otros momentos de la historia, pues los acontecimientos que sintetizan y su mismo proceso de construcción son diferentes.

¹⁶ Diversas disciplinas analizan la vejez desde este punto de vista. En el caso de la psicología, es común resaltar los períodos, las etapas e incluso los acontecimientos importantes en cada edad. Es notorio el énfasis en delimitar el tiempo en fases o momentos críticos, donde se distingue la edad de una persona en términos biológicos, psicológicos o sociales. No dejan de ser formas de sintetizar las experiencias sociales con las que podemos estar o no de acuerdo.

Estas formas de síntesis y el tiempo, son construcciones sociales (Elias, 1984, 2010). Por ende, resulta inevitable que al compartir el recuerdo sobre los acontecimientos, refieren de modo implícito una narrativa particular sobre su construcción y el tiempo. En función de cada perspectiva son construidas narrativas diferentes sobre un tema o suceso, lo que también aplica a la vejez pues es entendida con distintos enfoques. Como señala Fernández-Christlieb (2002), los acontecimientos están hechos de significados y al mismo tiempo producen unidad. Los significados sintetizan el tiempo y expresan la situación porque son una unidad con sentido. Si el tiempo tiene algún significado, lo tiene para la persona, es un significado simbólico en el lenguaje de una sociedad (Elias, 1984, 2010). Desde éste punto de vista la vejez unifica y sintetiza memoria y afectividad. Unifica significados, representaciones, experiencias, prácticas, tradiciones, valores, relaciones e instituciones¹⁷. Por ende tiene sentido afirmar que entre vejez, memoria y afectividad existe interrelación, sobre todo porque se configuran a partir de acontecimientos de tiempo.

Gergen (1996) sostiene que las expresiones emotivas son significativas sólo cuando están insertas en secuencias particulares temporales de intercambio, esto es, las emociones son constitutivas de la narración, el relato y la conversación. Si la vejez es una situación social donde la memoria tiene una función importante, es porque se forma a partir de cambios y nuevos sentidos que este momento plantea para las personas y la sociedad. Referir cambios es remitir al tiempo y la memoria. Cuando las personas se preguntan a sí mismas quiénes son, tienen que “mirar hacia atrás” y descubrir en el pasado cuáles son los acontecimientos que dan sentido a su experiencia, a su identidad.

En la vejez se presta mayor atención al pasado y se tiene una aguda necesidad de encontrar sentido al presente y al futuro. Como dimensiones equiparables, es posible pensar que la vejez es identidad y la identidad memoria, triada formada por las experiencias (individual, grupal o colectiva), así como de los momentos fundacionales de la personalidad y la cultura, lo que da sentido al yo. Los periodos o momentos de crisis interpelan la identidad, son acontecimientos que la ponen a prueba configurándose tanto para sí como para las demás personas¹⁸. A diferencia del énfasis puesto en los cambios del ciclo vital, nuestra reflexión destaca la memoria y la afectividad como procesos sociales de la vejez. Según Fernández Christlieb (2002), entre el nacimiento y la madurez las vicisitudes de los años imprimen arrugas cual huellas en la piel, pero entre los albores de una vida y la última experiencia transitan los recuerdos.

¹⁷ Esto podría afirmarse en sí de la “edad,” como también de las “etapas”, los “ciclos”, los “períodos,” o según Fernández Christlieb (2002), de las épocas que también constituyen acontecimientos. Sin embargo, la “acumulación de tiempo” no es suma de acontecimientos, pues el tiempo es en sí mismo unidad simbólica sintetizada que integra las experiencias sociales. Si el tiempo sintetiza tales experiencias, no es que las acumule, sino que las configura, las integra a través del lenguaje y la cultura. La edad significa algo porque para nosotros tiene significado o sentido, por ejemplo, el tiempo en relación con la muerte, Elias (1984, 2010). Se puede decir que la cultura es tiempo como el tiempo es espacio, memoria y afectividad.

¹⁸ Dubar (2002) señala esta doble dimensión de la identidad, tanto para sí como para los otros.

En el devenir -del primer al último de los acontecimientos- los recuerdos colman a la persona con afectividad colectiva. El último acontecimiento en la vida de una persona lleva los vestigios del trayecto, sobre todo los recuerdos que conforman la identidad. Cuando una persona recuerda, *re- memora*, significa que evoca los acontecimientos pasados y es “invadido” por la nostalgia que no es sino afectividad. La nostalgia por lo acontecido es tan profunda a medida que ha transcurrido más tiempo desde que ocurrió el acontecimiento y el momento en que es recordado. La nostalgia, puede ser identificada en la expresión: “ahora no es como antes...antes era...” para dar a entender que antes (el pasado) era distinto, cambió. La nostalgia es un sentimiento que por ser parte de la dimensión afectiva, es social. Es imposible experimentar emociones o sentimientos sin un lenguaje y sus significados, como tampoco es posible tener recuerdos sin relación alguna con los grupos, la colectividad y la sociedad¹⁹. Según Hepworth (1998), las emociones²⁰ para ser comprensibles por otros, requieren compartirse y ser transmitidas por el lenguaje en común u otras formas de comunicación (por ejemplo, los símbolos no verbales). La afectividad tiene la forma de las cosas que no es otra que las del espacio y tiempo al igual que la vejez. Por ende, en la migración o circunstancias relacionadas con la familia, los ancianos tienen vínculos profundos con la memoria y la afectividad para darle sentido a su presente. Una persona mayor al evocar su experiencia como migrante expresa lo siguiente:

“(...) pues mire, en aquellos años estaba más pacífico porque a uno lo llevaban contratado, yo fui cuando iba contratado de Monterrey o de acá del lado de California, cuando se contrataba en la frontera y...yo nunca vi migración²¹ por allí que anduviera apañando, agarrando a alguien o correteando a alguien ¿por qué? porque todo estaba más pacífico(...)”.

Para los adultos mayores, su pasado está integrado por acontecimientos fundacionales o por momentos cruciales. Por ejemplo, el momento inicial de su experiencia como trabajadores o como amas de casa, el comienzo de la vida matrimonial o en pareja, los momentos críticos de la relación entre padres e hijos, y por supuesto, la experiencia de emigrar hacia otro país. Asimismo, para la mayoría de los ancianos la familia tiene un lugar central. El núcleo familiar mantiene las tradiciones, normas y valores que apuntalan el deber ser, y por consiguiente, establece cómo se debe corresponder en el plano de los apoyos.

De esta manera, si la familia fue formada bajo la orientación de brindar apoyo material y emocional a sus integrantes, el envejecimiento tiene expectativas mucho más positivas que

¹⁹ Diversos autores sostienen que las emociones y los afectos son construidos socialmente en relación con diversos significados, los discursos sociales y en función del contexto social. Así lo plantean autores como Hepworth (1998), Fernández-Christlieb (2002), Harré (2003), Belli (2009), Belli e Iñiguez-Rueda (2008) y Ovejero (2011) entre otros.

²⁰ En este caso, el término emoción se relaciona con lo que denominamos afectividad. El término en inglés no es muy utilizado pero si el de emoción (*emotion*); no obstante, como señala Fernández-Christlieb (2002, 2007), ambos se refieren a un punto de vista colectivo o social. En español y específicamente en la psicología general, afectividad y emoción no son equiparables, se refieren a dos puntos de vista, el de lo colectivo o social y el de lo individual, respectivamente.

²¹ El entrevistado se refiere a la policía fronteriza y anti-inmigrante de los EUA.

cuando no se dan apoyos²². En el pasado reconstruido por la memoria, la familia ocupa un lugar central y constituye uno de sus principales marcos sociales²³.

Sentir la partida: ¿Por qué se van los hijos “al otro lado”?

La vejez no está constituida solo por el pasado, pues no refiere al pasado como tal cuando aseveramos que está hecha de memoria. Memoria no es pasado, sino una forma de reconstituirlo (Halbwachs, 2004b). Esto no significa que el tiempo pasado fue mejor o peor; ni tampoco es verdadero que el adulto mayor vive del pasado. Lo que realmente denota es la incorporación de sentido a la identidad (individual y social), para lograrlo el individuo tiene que mirar hacia el pasado, hacer memoria para confirmar el sentido de sí mismo, el yo en contexto y las cosas que lo definen²⁴. Aunque nunca se ve el pasado de la misma forma ni es igual en cada persona, lo mismo sucede con la afectividad. Afirmar que la vejez es afectividad no significa un estado de sentimentalismos y depresiones, sino que se trata de una situación en la cual los afectos y acontecimientos toman un sentido distinto por la necesidad de darle continuidad a la identidad²⁵.

Las personas mayores recuerdan experiencias que permitan continuar con su identidad en momentos de incertidumbre, inseguridad y falta de apoyo. Pero sobre todo porque el *continuum* del tiempo, la sucesión de los acontecimientos, parece imponer la necesidad de mirar hacia el pasado, revisar el camino recorrido para enfrentar situaciones cruciales, como la migración o el abandono. Para los ancianos en el pasado se encuentran los acontecimientos importantes de un gran trayecto de vida, en el que formar una familia es fundamental y a partir de ella han construido su identidad como padres o madres. La migración pone en riesgo su rol y son cuestionadas las expectativas forjadas hasta ese momento, de ahí que la difícil experiencia es construida como un acontecimiento afectivo. Al ver a los hijos(as) partir se esforzarán por encontrarle sentido a su ausencia y la distancia; esperan encontrar respuestas a cómo organizar su familia y las relaciones de padre e hijos. Los adultos mayores que emigraron en su juventud piensan desde su experiencia la marcha de las y los hijos; quienes no lo fueron, recuperarán los valores, las normas de familia y el papel de padres proveedores y fuentes de apoyo. Solo así pueden justificar el por qué se van los(as) hijos “al otro lado”, como posibilidad de mejorar la vida. Sr. FA:

“(…) Yo no me pude ir en aquél tiempo, porque pus, cómo dejaba a mis hijos aquí, si no yo también me hubiera ido (...) sí, yo no me podía ir porque tenía mis hijos y tenía que estar al pendiente

²² En algunos adultos mayores hemos reconocido estas cuestiones. Generalmente la familia es el espacio básico de relaciones de las personas mayores o donde se espera recibir el apoyo en caso de necesitarlo. Cuando no ocurre así, los efectos emocionales son muy fuertes (Ramos, 2009).

²³ Halbwachs (2004a) sostiene que la memoria es experimentada por los grupos en continuidad, los cuales son circunscritos en espacio y tiempo.

²⁴ Fentress y Wickham (2003) señalan que al recordar nos representamos a nosotros mismos y nuestro entorno. En la medida en que nos descubrimos, somos lo que recordamos.

²⁵ Así como el tiempo es un *continuum*, según Elías (1984, 2010) también es una identidad, lo que desde nuestro punto de vista no deja de ser integración de acontecimientos vitales, de situaciones vitales que constituyen un *continuum*.

de ellos para darles de comer y saber si comían o no. ¿Cómo me iba? (...)

Marroni (2009) señala cómo la migración coloca a las abuelas y abuelos en una situación distinta a la establecida, antes del partir de los nietos. La circunstancia es diferente dependiendo del género. El género masculino atraviesa por mayores conflictos porque ellos suelen ser desplazados de su rol paterno. En cambio las mujeres asumirán roles de mayor participación con los hijos de las y los que se van: Sra. CM:

“(...) Como cuando se fue mi hija, pues, ella se fue con su esposo y la más chiquita nada más y me dejaron aquí los niños, que eran dos niñas y un niño, siempre yo los tenía al pendiente (...) pues yo digo que está mal, pues ¿veda?, porque la familia esta acá y ellos allá (...)

En los relatos de las personas mayores sobre este fenómeno global, aparecen reflejadas formas en que la memoria recupera sentidos y significados tradicionales en torno a la familia, son historias en las que ellos están inmersos afectivamente. Los adultos mayores tienen expectativas cifradas sobre las hijas y los hijos, pues ellos constituyen su principal apoyo o por lo menos de los que más esperanzas tienen. La representación de la vejez se vincula con otras como las de la familia o el trabajo, para entender el por qué tienen o no apoyo de las y los hijos. Si la migración se interpone entre las expectativas, la forma de comprenderla será recuperando los contenidos de sus representaciones (Ramos, 2009; Ávila y Torres, 2010). Además, serán vinculadas con la identidad y los roles familiares para reafirmarse: Sr. AB:

“(...) en ese sentido yo digo una cosa, aunque se case un hijo no deja de ser hijo de un padre y si lo tiene debe de ver por él hasta el fin. Si está en Estados Unidos quiere decir que esta allá en mejor para la vida y forma de que, tiene más forma para ayudar a aquella persona y primeramente Dios ayudando a sus padres (...) la familia debe de vigilar que (el padre) ande limpiecito, bien comido, su pelo bien cortado, que ande afeitadito (...)

La narración ejemplifica cómo construyen la vejez y su representación vinculada con la experiencia, otros significados y el sentido común. Reflejan la idea que tienen sobre la migración. Asimismo, muestran diferencias de género y roles, al tiempo que evidencia la importancia del apoyo de las(os) hijos y la función del cuidado. El punto de vista del entrevistado, también es ejemplo del crisol que es la vejez y cómo la familia y la migración son incorporadas a la representación de la edad. En los relatos aparece una respuesta al por qué emigran los hijos e hijas hacia los EUA y cuál es su relación con las expectativas.

A partir de la narración que nos compartieron los adultos mayores de Michoacán pueden asumirse algunas consideraciones. Por ejemplo, la migración es una situación que modifica e incide sobre las expectativas de apoyo, impacta las relaciones intrafamiliares y conlleva afectividad. Para la mayoría de las personas mayores, la posibilidad de no recibir apoyo de los hijos(as), nietos(as) o quedarse solos está fuertemente relacionada con el abandono. Para ellos es muy próxima la posibilidad entre envejecer y ser abandonado, con mayor preocupación

si se considera la percepción que tienen de la migración; ésta es vista como un acontecimiento que trastoca las condiciones de vida y con la incertidumbre de perder el contacto con las y los hijos, quienes dan sentido de identidad a los padres. *Sra. NV: “los padres se están quedando solos, a veces hasta con la familia que dejaron (los hijos)...No hacen nada ni aquí ni allá y olvidan a la familia”.*

Así como la familia está construida por acontecimientos fundacionales y de memoria compartida, la falta de contacto y apoyo también impactan la dimensión afectiva, pueden originar experiencias como el olvido, el abandono, la soledad, la tristeza, entre otras. El “olvido” precisa ser analizado relativo a la continuidad y la identidad. Un padre (o madre) abandonado por los hijos, es un padre olvidado al igual que los hijos que se quedan, son hijos(as) olvidados. El olvido es una forma de ruptura con el continuum o por lo menos una reconfiguración. Cuando se olvida es porque ya no se recuerda, no se reconstituye con el mismo sentido que tuvo en el pasado. Al esforzarse por recordar ‘algo’ éste es movilizado desde donde está, quizás implicado en la identidad o en la memoria compartida. Para Fernández-Christlieb (2002), el olvido aparece cuando la rapidez deviene objeto por derecho propio, por la rapidez se comienza a dejar todo atrás. Halbwachs (2004a) sostiene que el olvido tiene lugar cuando los vínculos afectivos de grupo se pierden y para evocar es necesario que los recuerdos estén vinculados a los grupos o comunidad que son el marco contextual. Si la identidad de ambos (madre y padre) es vulnerada en momentos críticos –como lo es la migración de sus hijos– entonces ellos buscan una explicación de lo que está sucediendo. Recurren a palabras, símbolos, afectos, emociones y sentimientos que circulan en el medio social y parecieran explicarla.

Las razones aducidas por lo general son de tipo afectivo, la afectividad es entonces foco referente ante circunstancias incomprensibles. Vinculada a los acontecimientos y con el tiempo, la afectividad es más observable cuando ambos padres perciben una mayor distancia y tienen menor contacto con las y los hijos. La migración no es clara para algunas de las personas entrevistadas y la idea que tienen al respecto, es resultado del sentido común o de las opiniones que escucharon en el espacio público como las calles, el mercado, la tienda, en las reuniones familiares e incluso son ideas basadas en los relatos de quienes han emigrado y regresaron. Estas ideas vagas están presentes cuando se ven obligados a enfrentar la partida, luego el acontecimiento es confuso, no se encuentran las respuestas. A partir de entonces la afectividad se despliega y comienza a incorporarse.

Los distintos sentimientos y emociones originados por la partida son el sufrimiento, la tristeza y la soledad, entre otros, pero su intensidad se produce en la medida que cambia las expectativas de la familia y los hijos, además de las diferencias de género. Para las mujeres la migración puede ser un acontecimiento casi inexplicable, pero sus emociones son más evidentes; en los hombres puede observarse una mayor aceptación por la posibilidad del empleo y por ser hijos que a su vez son padres, vinculada al rol de principales proveedores de

la familia²⁶.

La relación entre vejez, memoria y afectividad, en el contexto de la migración, es construida y articulada a partir de la familia por ser la principal afectada. Si la vejez está constituida de memoria compartida, se debe en gran medida porque mantiene en curso la construcción de la familia. Por lo general la vejez es considerada una etapa donde las emociones y sentimientos como la tristeza, depresión y soledad, son más pronunciados. Sin embargo, es una idea errónea porque ante situaciones críticas, cualquier respuesta individual conlleva emociones, sentimientos y afectos. Todos estamos hechos de afectividad, como todos estamos hechos de memoria. Cuando se vive una situación donde existe incertidumbre y desconfianza sobre el estado presente y la vida futura, surge el temor que afecta la estabilidad y calidad de vida de los ancianos. Con base en nuestra experiencia de trabajo con adultos mayores, pensamos que la migración de los hijos(as) es una situación donde las emociones son enfocadas en la travesía y sus peligros –lo que genera sentimientos de angustia y sufrimiento– así como en la inminente falta de contacto directo con los hijos, principalmente. La posibilidad de no volver a ver a sus hijos significa perder apoyo, afloran sentimientos de tristeza y soledad. Sra. DA:

“Como él (hijo) que se me fue, yo no quería que se fuera, porque él ya me había comentado que se quería ir, pero pues como yo no lo dejé, o sea que yo le dije a su papá que no le consiguiera dinero, que no, porque yo no quería que se fuera. Por lo que me platicaban, pues, los peligros que corren al irse para allá y él de todos modos agarró y se fue y ni avisó siquiera (...).”

Es una realidad que los migrantes establecidos en los EUA construyen redes sociales de apoyo –donde fluye además del apoyo material, lo afectivo– aunque también es real que para las personas mayores no significa lo mismo estar lejos que cerca, ya que prevén la posibilidad de necesitar de las hijas e hijos ausentes en momentos críticos, por ejemplo, padecer alguna enfermedad (Meza y Ramos, 2012; Meza *et. al*, 2013). Los que tienen posibilidades de viajar a los EUA lo hacen principalmente por ver a sus hijos, por la necesidad del contacto directo y no por querer ir a un país que, pese a los esfuerzos para impedirlo, les ha quitado a las hijas e hijos, quienes son los que dan sentido a su rol de padres o madres. Sra. NV:

“(...) yo el ir, más que nada el ir es por uno (un hijo) que no tiene papeles y él tiene como, ¿qué? 9 años que se fue y por eso he ido también. Los otros, mire, todos tienen papeles, todos trabajan, si quieren me vienen a ver y el que no tiene, ese sí, hasta que tenga papeles, si Dios le da licencia que le den pues bueno, ya no hay tanta urgencia, pero mientras él no tenga pus tendré que ir, pero para mí no es bonito allá (...).”

²⁶ Para profundizar al respecto, véase el trabajo de Ávila y Torres (2010). La representación social del abandono en la vejez y las percepciones sobre la falta de apoyo social muestran diferencias en relación con el género. Las mujeres suelen expresar más los afectos y sentimientos implicados en el abandono que los hombres. Ellos pueden justificar la falta de apoyo de las y los hijos, por las obligaciones familiares y laborales (Ramos, 2009). De igual forma en otros estudios en los que hemos colaborado, se ha identificado la diferencia entre las representaciones sobre la migración y sus consecuencias, en función del género (Meza et al., 2013).

¿Qué es la migración sino un acontecimiento crucial en la vida de las familias y de las identidades? El migrar lleva consigo la posibilidad del olvido. Contra ese riesgo la gente que emigra hacia los EUA se esfuerza por no perder sus lazos, sentir la cercanía de su familia, acortar distancia, trata de seguir compartiendo un mismo idioma y los mismos sentimientos. El migrante no deja de ser hijo o hija, padre o madre, es vecino o un amigo, por esos vínculos es inevitable sentir su partida. Sin embargo, ser una persona olvidada es el peor de los escenarios posibles para los adultos mayores, es sentir soledad, significa la imposibilidad de ser padre o madre para un hijo, el apoyo, la compañía, dejar de ser. No importa si los hijos e hijas tienen que partir pero que no se olviden de ellas y ellos. Si los hijos(as) están ausentes, a pesar de la distancia permanecen los sentimientos de su partida. La forma más dramática de sentir la partida sería ser olvidados y olvidar. No obstante, para los entrevistados quedan muy claros los límites y las distancias. Si las hijas e hijos emigran no importa tanto la distancia geográfica como los significados y sentido de las cosas. Si todo sigue igual, si continúan siendo familia, si los roles de género se reafirman, si el contacto permanece, si las expectativas se mantienen, por más corta que sea la distancia la memoria es distinta. Las fechas significativas, el nacimiento de los nietos, los logros compartidos, todo va incorporándose en la memoria de la partida y constituye una de las formas de continuidad. Así puede ser más fácil justificar el partir hacia otro país, es decir, cuando existen motivos para emigrar y un sentido compartido. Sra. MSA:

“Pues hay veces que se van porque no tienen trabajo, que a ver si hacen algo mejor que aquí, se compran un lotecito o hacen su casita, porque bueno, al menos el mío (hijo) quería terminar su casita y ya a ver si se viene (...)”.

Aunque es inminente la reestructuración de la familia como uno de los impactos de la migración, ésta consecuencia no elimina todo lo expuesto hasta aquí. Las personas mayores serán afectadas y tendrán que apoyar a la nuera y a los nietos, pero la nueva configuración los sitúa como protectores y proveedores. Es verdad que por el mismo fenómeno mundial con frecuencia las mujeres se quedan solas, pero también lo es que las abuelas y abuelos son el apoyo fundamental (Marroni, 2009). Si la memoria y la afectividad no son construidas en tiempo presente sino configurando el pasado, cualquier reconfiguración de la familia no puede ser una alternativa ni logra restituir la configuración anterior. Por otra parte, un simple ajuste no despertaría sentimientos tan profundos ni es parte de la memoria; empero, como acontecimiento es integrado en la historia de vida en cada uno de los afectados, forma parte de la historia familiar y es incluida en su identidad.

Si la memoria es un resultado social, lo es porque es construida en función de los demás y el mismo razonamiento aplica a los recuerdos. Las personas mayores guardan en la memoria este tipo de acontecimientos como momentos cruciales de su vida y de sus respectivas familias, son recuerdos reconfigurados ante cada suceso, bueno o malo que la migración conlleva. Muchos abuelos (as) atesoran cartas, fotografías, monedas, telegramas, objetos e imágenes

que dan cuenta del acontecimiento, memorizan las fechas y recuerdan las condiciones en que sus hijos partieron de su tierra natal. Ellos construyen una perspectiva específica del suceso como padres o madres; compartirán con la nuera, el yerno y los nietos, los recuerdos del partir y el avatar, pero no será el proceso fidedigno.

Para las mujeres que ven partir a su pareja, la experiencia es distinta que la de madres y padres: “Como sea, ellas y ellos nunca dejan de ser padres, ellas y ellos nunca dejan de ser hijas e hijos”. Algunas parejas se divorcian por no compartir la decisión de emigrar, la relación se diluye. Por lo general son las mujeres quienes al ser abandonadas tienen que reconfigurar su vida y el sentido de la misma, superar la decisión crucial. Pero ser padre o madre o ser hijo, es un vínculo que no se rompe por una decisión. Esta idea es común en los adultos mayores lo que produce una perspectiva singular del acontecimiento. Existe una trayectoria de vida compuesta por recuerdos y afectos compartidos, construida a partir del significado social de la familia. Se trata de un proceso que ninguna persona mayor decide sino que está determinado por el contexto social. Por ende, la gente recuerda hechos y personas vinculadas con su identidad y cultura generacional (Middleton y Edwards, 1992a).

A modo de conclusión: “dicen que la distancia es el olvido”

Para finalizar es necesario destacar que los recuerdos y la memoria remiten a un mundo integrado que se extiende más allá del sí mismo (Middleton y Edwards, 1992a). El significado atribuido a los objetos y fechas, los afectos experimentados por la migración y su reconfiguración, son procesos relativos a los grupos sociales y la identidad. En éste sentido, desglosamos las formas específicas que vinculan a los adultos mayores con sus hijos ausentes-migrantes por medio de la afectividad y la memoria. No sabemos si este objetivo fue cubierto satisfactoriamente, esperamos que el lector logre enfocarlo así. Debemos admitir que nuestro objetivo pretendió nutrirse de las experiencias que algunas personas mayores nos compartieron por medio de pláticas y escuchar sus relatos. Son personas insertas en un contexto social determinado y por lo tanto, no representan todo el segmento poblacional de adultos mayores.

Entrever en su historia y relatos las formas mediante las cuales algunas personas mayores de Michoacán, incorporaron la experiencia de la migración de sus hijos(as) en su vida y cómo la construyen a partir de la afectividad y la memoria, fue un acercamiento interesante para plantear varios puntos de análisis. No sabemos si el alcance de esta reflexión los refleja o por lo menos aporta un punto de vista, pero sí destaca la importancia del tema. El acercamiento con los ancianos(as) facilitó encontrarnos con su realidad, observar desde su horizonte y emociones cómo se encuentra el problema de la migración en su pensamiento, cómo sintieron el partir de las y los hijos, cómo la recuerdan y la reconstruyen. Si la vejez está compuesta de memoria y afectividad, es muy probable que en ella no tenga cabida el olvido. Creemos que los adultos mayores, aun cuando son los olvidados de las ciencias sociales en México, ellos no

viven en el olvido. Las personas mayores no son tema de moda dentro de los estudios sobre la migración, no representan una experiencia tan “significativa” como la que tienen las mujeres o los hijos(as) de los migrantes. Sin embargo, ellos existen y nos dan señales de ser uno de los pilares de la memoria compartida, a pesar de las distancias y los espacios, porque también son una red de apoyo para las hijas e hijos que se van.

Ellas y ellos, personas mayores, no están hechos de olvido. Si así fuera y sin importar las distancias, ya hubieran olvidado quiénes son sus hijos, de quiénes son padres, pero no lo hacen porque las generaciones que ahora viven la vejez son portadoras de sentido y significados arraigados sobre la familia, sus roles y normas; a su manera, se esfuerzan por darles continuidad. Si no lo hicieran ¿qué sería de ellos? ¿Olvido? Aun cuando los hijos migrantes puedan olvidarlos, ellas y ellos los siguen sintiendo, los refieren puesto que su identidad como padre o madre depende de ellos. ¿Qué haría un padre o una madre si estuviera en la posición de los entrevistados? Por lo general son personas que no tienen una elevada escolaridad, viven en situación de pobreza, con necesidad apremiante de obtener ingresos, la mayoría sin seguridad social, sin apoyo social, sin muchas redes de apoyo. ¿Qué harían si olvidan a sus hijos que se fueron a los EUA? Dejarían de sentir, dejarían de tener gran parte de su memoria. No sabemos si la distancia implica olvido –como reza la canción popular– lo que sí sabemos es que la lejanía implica afectividad y memoria: cuanto más grande es la distancia se produce una mayor necesidad de recordar. Entre más lejos necesiten mirar para reconocer el camino andado o para visualizarlo hacia adelante, la necesidad de las personas mayores por recordar y hacer memoria es muy grande. Más que recordar como un acto en soledad es un ejercicio de conversación. Desde éste punto de vista podríamos considerar que la reflexión ya expuesta ha estado inmersa en la práctica socrática del diálogo y la filosofía del lenguaje.

La memoria está hecha de conversaciones, los recuerdos son conversaciones con otros, es el territorio donde se reconstituyen y tienen sentido las identidades²⁷. Si no fuera por el diálogo ¿Cómo se recordaría?, ¿A quién o qué se recordaría? ¿Puede recordarse ‘algo’ que no esté relacionado con los demás? Incluso olvidar es una cuestión de grupos, es una cuestión social. Los significados y las prácticas mantienen la memoria de las tradiciones y las costumbres. Cuando son olvidadas significa que la memoria se perdió. Por ello iniciamos nuestra reflexión resaltando la transnacionalización a fin de subrayar que la migración trasciende fronteras e incluye aspectos simbólicos y culturales, en virtud de los cuales se tiene contacto con el país de origen, la familia y la comunidad. El migrante es resultado de la cultura y portador de ella. En tal perspectiva y contexto, las personas mayores juegan un papel importante porque en la familia reestructurada ellos son quienes la cuidan, son una red de apoyo, un contacto permanente y son las figuras que mantienen los recuerdos, la memoria de la familia y la comunidad.

No obstante, la migración de los hijos confronta a las personas mayores con su propia

²⁷ Middleton y Edwards (1992) sostienen que los recuerdos son conversacionales y que los hablantes participan de una conversación a partir de lo que entienden y recuerdan. El hablar viene modificado muchas veces por la memoria colectiva. Fernández-Christlieb (2002) relaciona de igual forma los recuerdos y la memoria con el lenguaje.

situación, los expone a la necesidad de entender la vida de *ser migrante* y construir formas que permitan dar continuidad a su rol y mantener a la distancia la tradición. Los adultos mayores son auténticos “guardianes de la tradición familiar” (para evocar a Giddens). Ellos en mucho contribuyen al mantener viva la memoria, la que permite acortar distancias, borrar los límites y para lograrlo la afectividad es un flujo o “correa de transmisión”. Cuando ‘algo’ no se puede decir, es inefable pero se siente. Sentir es ‘algo’ que no siempre logra expresarse con palabras, solo se siente y ya. Lo mismo pasa con la migración, es un acontecimiento que invade con sentimientos, pareciera imposible hacer algo más, solo esperar a que los migrantes recuerden y no olviden. Sr. AT:

“(…), cuando se van, ya me da tristeza, porque digo, ya se van, ¿cuándo voy a volverlo a ver otra vez? y piensa uno, pues de todos modos, este (...) (pausa) en ellos, porque uno de todos modos, eh, yo digo que el padre no deja de pensar en ellos aunque ellos ya estén unos hombres ya de edad, también de todos modos uno sigue siendo así, su padre de ellos y le da a uno el mismo pendiente de cuando están grandes que cuando están chicos (...)”.

Fuentes de consulta

- Belli, S., Iñiguez-Rueda, L. (2008). El estudio psicosocial de las emociones: una revisión y discusión de la investigación actual. *Revista de Psico*, 39, (2), Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/issue/current> pp. 139-151.
- Belli, S. (2009). La construcción de una emoción y su relación con el lenguaje: revisión y discusión de un área importante de las ciencias sociales. *Revista Theoria*, 18(2), 15-42. Recuperado de <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/194/v/v18-2/03.pdf>
- Dubar, C. (2002). *La crisis de las identidades. La interpretación de una mutación*. Madrid: Bellaterra.
- Elias, N. (1984, 2014). *Sobre el tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fentress, J. y Wickham, C. (2003). *Memoria Social, Frónesis*. Universitat de Valencia.
- Fernández-Christlieb, P. (2002). Psicología colectiva e historia y memoria. En Flores (Coord.). *Senderos del pensamiento social*, (pp. 37-54) México: Ediciones Coyoacán.
- Fernández-Christlieb, P. (2007). La hechura de los sentimientos. En M. Aguilar y A. Reid. (Coords.). *Tratado de Psicología Social*, (pp. 281-298). Barcelona: Anthropos-UAM.
- Gergen, K. (1996). La emoción como relación. *Realidades y Relaciones*. Barcelona: Paidós, 259-288.
- Halbwachs, Maurice (2004^a). *La memoria colectiva*. Zaragoza: Prensas Universitarias.
- Halbwachs, M. (2004^b). *Los marcos sociales de la memoria*. Barcelona: Anthropos.

- Harré, R. (2003). The social construction of emotion. En M. Gergen y K. Gergen. *Social construction, a reader* (pp. 146-148). Londres: SAGE.
- Hepworth, M. (1998). Ageing and emotions. En G. Bendelow y W. Simon. *Emotions in social life, critical themes and contemporary issues*. Nueva York: Routledge.
- Leco, C. (2009). *Migración indígena a Estados Unidos. Purhépechas en Burnsville, Norte Carolina*. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Martínez, T., Ramos, J., Navarro, G. y Meza, A. (2010). La comida como puente imaginario entre México y Estados Unidos de Norteamérica. En S. Rivera, R. Díaz, I. Reyes, R. Sánchez y L. M. Cruz (Coords.). *La Psicología social en México, Vol. XIII* (pp. 89-94). México: AMEPSO.
- Meza, A., Magallán, I., Ramos, J., Luna, F., Ávila, U., Avelino, I. y Martínez, G. (2013). Calidad de vida: percepciones y representaciones en personas mayores del Estado de Michoacán, México. *Revista educación y desarrollo*, Guadalajara: Universidad de Guadalajara, (24), 29-36.
- Meza, A. y Ramos, J. (2012). La situación de los adultos mayores del Estado de Michoacán: condiciones de salud, socioeconómicas, materiales, apoyos sociales y percepciones sobre su calidad de vida. En Martínez, Diana (Coord.), *Caleidoscopio Migratorio*, Morelia, México: UMSNH-UAZ-CONACYT-COECYT.
- Middleton, D. y Edwards, D. (1992^a) Introducción. En D. Middleton y D. Edwards. *Memoria compartida, la naturaleza social del recuerdo* (pp. 17-37). Barcelona: Paidós.
- Middleton, D. y Edwards, D. (1992^b). Recuerdo conversacional, un enfoque sociológico. En D. Middleton y D. Edwards. *Memoria compartida, la naturaleza social del recuerdo*, (pp. 17-37). Barcelona: Paidós.
- Mummert, G. (1999). Juntos o despartados: migración internacional y fundación del hogar. En G. Mummert. *Fronteras fragmentadas*. México: El Colegio de Michoacán-CIDEM.
- Portes, A. y Rumbaut, R. (2010). Religión, la presencia duradera. En A. Portes y R. Rumbaut. *América inmigrante* (pp.239-272), Sevilla.
- Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, P. y Hernández, T. (2011). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista educación y desarrollo*, Guadalajara: Universidad de Guadalajara, (11), 47-56.
- Ramos, J, Meza, A. y Ortega, P. (2008). Una perspectiva de la Vejez. Experiencia de aprendizaje desde un programa de atención. *Revista Educación y Desarrollo*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, (12) 47-55.
- Ramos, J. (2009). *El abandono y la vejez: un estudio de representaciones sociales en personas mayores de 60 años de la ciudad de Morelia*. (Tesis inédita de Maestría en Psicología Social). Universidad Autónoma de Querétaro.
- Ramos, E. (2012). Dolor y gozo: la estructura psíquica de las familias transnacionales. *Revista migración y desarrollo*. Red Internacional de Migración y Desarrollo, 10(18), 165-185.
- Sassen, S. (2003). *Los espectros de la globalización*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Sassen, S. (2007). *Una sociología de la globalización*. Buenos Aires: Katz Editores.

Marco jurídico del maltrato en adultos mayores en México

Torres Castro Sara, Ruiz Espíndola Juan Carlos,
Mena Montes Beatriz, Torres Carrillo Nora Magdalena

Resumen

El proceso de envejecimiento de la sociedad ha propiciado un nuevo enfoque al respecto para su atención. La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002), incorpora y reconoce el principio de la equidad que implica el trato proporcional y justo de hombres y mujeres, sin hacer distinciones para el bienestar, la corresponsabilidad y la atención preferente. Esta ley pone énfasis en la integridad, dignidad y preferencia orientadas hacia una vida de calidad, es respetuosa de la integridad física, socioemocional y sexual, además de mandar protección ante toda forma de explotación, violencia, discriminación, por ser un problema que requiere ser atendido por la familia, la sociedad y las autoridades de todo nivel político. Este trabajo tiene como objetivo revisar el marco jurídico actual sobre el maltrato a las personas adultas mayores en México, bajo la expectativa de incorporar a la agenda pública: la erradicación y prevención del maltrato a los adultos mayores, con la finalidad de evitar la violación de sus derechos humanos.

Palabras Clave

Maltrato, adulto mayor, legislación.

Introducción

El proceso de envejecimiento de la sociedad ha propiciado un nuevo enfoque acerca del adulto mayor. En la actualidad hacer referencia al maltrato en adultos mayores y la necesidad de revisar el marco jurídico sobre sus derechos parece contradictorio, ya que muchos de ellos son personas activas: algunos desempeñan una actividad en la economía informal (INEGI, 2005: 96) o son jubilados, otros tienen expectativas de educación, o se ejercitan en gimnasios y se encuentran empoderados dentro de su hogar. Sin embargo, el maltrato frecuentemente no es reconocido, quizás porque existe un deficiente registro e incomprensión del problema (Giraldo, 2010: 86).

Históricamente el maltrato del adulto mayor fue identificado clínicamente por un médico británico, quien lo dio a conocer por medio de su publicación en 1975, con la denominación de abuela apaleada, granny bashing (Burston, 1975). Durante las últimas cuatro décadas –finales del siglo XX y primeros años del XXI– organismos nacionales e internacionales han hecho esfuerzos para que sea reconocido como un problema que afecta la salud física y mental de las víctimas (OMS/INPEA, 2002). El interés que el problema ha suscitado cada día aumenta más entre antropólogos, sociólogos y abogados, aunque frente al problema se tiene la convicción de que la sociedad desde sus diversos ámbitos de competencia debe aportar soluciones. El presente trabajo se propone como objetivo revisar el marco jurídico del maltrato a personas adultas mayores en México y aportar algunas consideraciones.

I. Definición de maltrato en adultos mayores

La Declaración de Toronto en 2002, acordó la definición del “Maltrato de personas mayores como acción única o repetida, o falta de respuesta apropiada que ocurre en cualquier relación donde existe una expectativa de confianza y la cual produce daño o angustia a una persona anciana”(OMS, 2002:3).

Tipos de maltrato en personas adultas mayores

Existen varios tipos de maltrato: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente los que reflejan un acto de negligencia intencional o por omisión.

Maltrato físico

Se trata del “Daño corporal, dolor o deterioro físico, producidos por fuerza física o violencia no accidental” (Moya y Barbero, 2005: 25). Algunas formas del maltrato físico son: mediante empujones, golpes, forzar a la persona a comer o beber algo, obligarlo a estar en una postura física inapropiada, sujetar o atar, pellizcar, quemar con cigarrillos o líquidos, jalonear el cabello, zarandear, derramarle comida o agua encima y abuso sexual.

Este tipo de abuso puede ser identificado por cualquier lesión incompatible con el relato testimonial o porque no fue tratada correctamente, las lesiones pueden ser observadas como laceraciones, cortes, heridas punzantes, magulladuras simétricas, fracturas, hematomas en la piel con distintos estadios de evolución, lesiones en áreas escondidas del cuerpo, déficit de higiene cutánea, ropa o cama sucia, pérdida de peso inexplicable, quemaduras con cigarrillos, estufas, cáusticos, por fricción, así como errores reiterados en el suministro de la medicación, cambios inesperados del comportamiento, entre otros (Moya y Barbero, 2005).

Maltrato psicológico

Consiste en verbalizaciones denigrantes contra los adultos mayores o conductas que atentan contra su dignidad (De la Cuesta, 2001), por ejemplo, provocarles angustia emocional, estrés, o generar situaciones en detrimento de su identidad y autoestima. El maltrato “supone la negación del valor personal del mayor, ignorar o contrariar de modo expreso sus deseos, no respetar su intimidad y obstaculizar el contacto con sus referentes afectivos” (De la Cuesta, 2001:30).

Maltrato económico

Es la “utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de los fondos, propiedades o recursos materiales de una persona mayor” (Moya y Barbero, 2005: 25). Algunos rasgos que lo indican son: pérdida inexplicable de dinero o cheques, firmas en documentos que no se parecen a la suya (justificadas aduciendo que ya no puede escribir bien) cambios repentinos en las disposiciones del testamento, transmisión de poderes cuando el anciano no es capaz de tomar decisiones, desconocimiento acerca del estado financiero de su cuenta o preocupación por el mismo, inusitado interés del cuidador por hacerse cargo de la persona mayor, queja de la persona mayor por tocar sus efectos personales sin autorización, desaparición de joyas, falta de confort que no corresponde a su nivel socioeconómico, principalmente (Moya y Barbero, 2005).

Maltrato Sexual

Son todos los comportamientos (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etcétera) o cualquier forma de contacto sexual, intentado o consumado y no consentido, o con personas incapaces de dar consentimiento. Puede detectarse a partir de algunos signos: hematomas en las mamas o en áreas genitales, infecciones genitales o venéreas inexplicables, sangrados vaginales o anales inexplicables, manchas de sangre en la ropa interior, queja de asalto sexual o violación (Moya y Barbero, 2005).

Negligencia, prevalencias y factores asociados al maltrato

La negligencia es el “rechazo, negativa o fallo para iniciar, continuar o completar la atención de las necesidades del cuidado de una persona mayor, ya sea voluntaria o involuntariamente, por parte del responsable (de forma implícita o acordada) de su cuidado” (Moya y Barbero, 2005: 25). En estudios sobre la prevalencia del maltrato en personas adultas mayores a nivel mundial (Cooper *et. al.*, 2008), los resultados oscilan de 3% a 27.5%. Según datos de la Encuesta del Maltrato a Personas Adultas Mayores en México, la prevalencia es de 16.2 % (Giraldo, 2006).

Entre los factores relevantes fueron encontrados, el género (femenino), la edad mayor a 70 años, el estado civil divorciado o separado, el bajo nivel de escolaridad y en ocupación quienes se dedican al hogar (Lach, 1997; Dyer, 2000; Campbell, 2001; Shugarman, 2003; Iborra, 2008; y Ruelas, 2009). Los factores relativos a la salud física y mental fueron hallados

principalmente asociados con la comorbilidad (Shugarman, 2003; Ruelas, 2009), discapacidad, dependencias física y mental (Giraldo, 2014; Pérez, 2008), lesiones evidentes (Ruelas, 2009), alcoholismo, incontinencia, (Shugarman, 2003), depresión y demencia (Iborra, 2008; Pérez, 2008 Dyer, 2000). Otros factores detectados están relacionados con el perfil del cuidador asociados con estrés, ansiedad, sobrecarga, depresión (Pérez, 2008; Iborra, 2008) expresión de ira, abuso de sustancias adictivas y de alcohol (Iborra, 2008), además de otros factores no menos importantes del ambiente como la cultura de la violencia (Iborra, 2008), escaso apoyo social y baja calidad de las relaciones (Ruelas, 2009; Pérez, 2008).

II. Leyes federales y Leyes de la Ciudad de México que protegen a las personas adultas mayores víctimas de maltrato (1917-2002)

México cuenta con más de 40 leyes que protegen a las personas adultas mayores víctimas del maltrato. Son identificadas cinco Leyes federales: La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917); Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar (1996); Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007); Ley General de Salud (1984); Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002).

2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Gaceta Oficial de la Federación. 5 de Febrero, 1917.

“Artículo 1. [...] queda prohibida toda discriminación motivada por el origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. Con esta disposición se protegen los derechos humanos de todos los miembros de la sociedad mexicana”.

2.2 Ley de Asistencia y Prevención. Ley de la Violencia Familiar. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 8 de julio de 1996. Diario Oficial de la Federación, 9 de julio de 1996

Aunque se trata de una ley local, exclusiva para la Ciudad de México, es bastante ilustrativa y define lo que debe entenderse por maltrato.

“Artículo 3. Para los efectos de esta Ley se entiende por:

I. Generadores de violencia familiar: Quienes realizan actos de maltrato físico, verbal, psico-emocional o sexual hacia las personas con las que tengan o hayan tenido algún vínculo familiar;

II. Receptores de violencia familiar: Los grupos o individuos que sufren el maltrato físico, verbal, psicoemocional o sexual en su esfera biopsicosocial; y

III. Violencia familiar: Aquel acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier integrante de la familia, dentro o fuera del domicilio familiar, que tengan parentesco o lo hayan tenido por afinidad civil; matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho, y que tiene por efecto causar daño, que puede ser de cualquiera de las siguientes clases:

- A) Maltrato físico.- Todo acto de agresión intencional en el que se utilice alguna parte del cuerpo, al.3gún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento y control;
- B) Maltrato psicoemocional.- Al patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos, cuyas formas de expresión son: prohibiciones, coacciones, condicionamientos, amenazas, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoquen en quien las recibe, deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad. Todo acto que se compruebe que ha sido realizado con la intención de causar un daño moral a un menor de edad, será considerado maltrato emocional en los términos de este artículo, aunque se argumente como justificación la educación y formación del menor.
- C) Maltrato sexual.- Al patrón de conducta consistente en actos u omisiones reiteradas y cuyas formas de expresión son: inducir a las personas mencionadas en la fracción III del presente Artículo, a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja que generen un daño. Así como los delitos a que se refiere el Libro Segundo, Parte Especial, Título Décimo Quinto del Código Penal para el Distrito Federal, es decir, delitos contra la libertad y la Seguridad Sexuales y el Normal Desarrollo Psicosexual, respecto a los cuales la presente Ley sólo surte efectos en el ámbito asistencial y preventivo”.

2.3 Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia. Diario Oficial de la Federación. 1 De Febrero De 2007

Orientada a la protección y defensa de las mujeres, es una ley que por supuesto incorpora a la adulta mayor, contiene dispositivos que pueden ser considerados e incorporados en otros ordenamientos a fin extenderla al gremio masculino.

“Artículo 5.- Para los efectos de la presente ley se entenderá por:

(...) VI. Víctima: La mujer de cualquier edad a quien se le inflige algún tipo de violencia;

(...) Artículo 12.- Constituye violencia docente: las conductas que dañen la autoestima de alumnas mediante actos de discriminación por sexo, edad, condición social, académica,

limitaciones y/o características físicas, que les infligen maestras o maestros”.

2.4 Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984

“Artículo 171. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud, deberán dar atención preferente e inmediata a menores de edad y ancianos sometidos a cualquier forma de maltrato que ponga en peligro su salud física y mental.

Asimismo, proporcionarán atención a quienes hayan sido sujetos pasivos de la comisión de delitos que atenten contra la integridad física o mental o el normal desarrollo psicosomático de los individuos.

En estos casos, las instituciones de salud podrán tomar las medidas que sean necesarias para la protección de la salud de los menores y ancianos, sin perjuicio de dar intervención a las autoridades competentes”.

2.5 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Diario Oficial de la Federación. 25 de junio de 2002

“Artículo 22. Corresponde al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, garantizar a las personas adultas mayores:

...

VI. La denuncia ante las autoridades competentes, cuando sea procedente, de cualquier caso de maltrato, lesiones, abuso físico o psíquico, sexual, abandono, descuido o negligencia, explotación, y en general cualquier acto que perjudique a las personas adultas mayores;

...

Artículo 50. Cualquier persona que tenga conocimiento del maltrato o violencia contra las personas adultas mayores deberá denunciarlo ante las autoridades competentes”.

Leyes de la Ciudad de México (2000-2009)

Para la Ciudad de México de 2000 a 2009, se publicaron 6 leyes que contemplan la protección de adultos mayores y las principales son: Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Distrito Federal (2000); Ley de Acceso para las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal (2008) y el Acuerdo A/009/2010 del Procurador General de Justicia del Distrito Federal, por el cual fue instaurada la Agencia Especializada en Atención a Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar (2010”).

2.6 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 7 de marzo del 2000.

“Artículo 28.- Corresponde al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal, en materia de personas adultas mayores:

...

VII. Hacer la denuncia ante las autoridades competentes, cuando así proceda, por casos de maltrato, lesiones, abuso físico o psíquico, sexual, abandono, descuido o negligencia, explotación, y en general, todo acto que dañe a las personas adultas mayores”.

2.7 Código Penal del Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal. 16 de julio de 2002

“Capítulo VI. Explotación Laboral de Menores, Personas con Discapacidad Física o Mental y Adultos Mayores.

Artículo 299 Bis.- Se impondrán de cuatro a dieciséis años de prisión y de cien a seiscientos días de multa, al servidor público que no imponga una medida cautelar cuando se encuentre en peligro la víctima u ofendido del delito de violencia familiar, delitos contra la mujer, lesiones o se trate de la protección de niñas, niños o miembros de comunidades indígenas, discapacitados o adultos mayores”.

2.8 Ley de Atención y Apoyo a las Víctimas del Delito para el Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal. 22 de abril de 2003.

“Artículo 15. La Procuraduría y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, en el ámbito de su competencia respectiva, proporcionarán asesoría y protección a menores, personas adultas mayores y personas discapacitadas en situación de víctimas u ofendidos.”

2.9 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal (LGAMVLV). Gaceta Oficial del Distrito Federal. 29 de enero de 2008.

“Artículo 3. Para efectos de la presente Ley se entenderá por:

IV. Discriminación contra las mujeres: Toda distinción, exclusión o restricción de las mujeres por cuestiones de género, edad, salud, características físicas, posición social, económica, condición étnica, nacional, religiosa, opinión, identidad u orientación sexual, estado civil, o cualquier otro que atente contra su dignidad humana, a fin de menoscabar o anular el ejercicio de sus derechos;

X. Mujeres en condición de vulnerabilidad: Aquellas en situación de mayor riesgo de ser víctimas de violencia por su raza, origen étnico, edad, discapacidad, condición social,

económica, de salud, embarazo, lengua, idioma, religión, opiniones, orientación sexual, estado civil; cuando tengan la calidad de migrante, refugiada, desplazada o privada de la libertad por mandato judicial; por ser víctima del delito de trata de personas, turismo sexual, prostitución, pornografía, privación de la libertad o cualquier otra condición que anule o menoscabe su derecho a una vida libre de violencia;

XIX. Víctima: La mujer de cualquier edad que sufra algún tipo de violencia”.

III. Acuerdo número A/009/2010 del Procurador General de Justicia del Distrito Federal, por el que se crea la Agencia Especializada para la Atención de las Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 9 de abril del 2010

“Primero.- Se crea la Agencia Especializada para la Atención de Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar, adscrita a la Fiscalía de Procesos en Juzgados Familiares.

...

Tercero.- La Agencia Especializada conocerá de los hechos de violencia familiar en los que se encuentren involucradas personas adultas mayores como víctimas u ofendidos, iniciando, integrando y determinando las indagatorias correspondientes

...

Quinto.- La Agencia Especializada para la Atención de Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar, proporcionará asesoría jurídica en asuntos del orden familiar a las personas adultas mayores que lo soliciten, y en su caso, las canalizará a las instituciones correspondientes”.

3.1 Ley del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal. Comité Coordinador para la Elaboración del Diagnóstico y Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal agosto de 2009

“Artículo 4.- Toda persona o grupo de personas que habiten o transiten en el Distrito Federal son titulares de los derechos humanos reconocidos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los tratados internacionales firmados y ratificados por México y las leyes aplicables al Distrito Federal. Su ejercicio implica deberes correlativos de respeto a los derechos de los demás”.

3.2 Leyes estatales en México (1999-2015)

En México están contempladas 30 leyes vigentes en 30 entidades del país (anexo 1), por orden cronológico la primera corresponde al estado de Yucatán: Ley para la Protección

Social de las Personas en Edad Senescente, cuya publicación fue el 13 de agosto de 1999; mientras que la ley estatal más reciente, publicada el 9 de diciembre de 2015, es la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores de Nayarit. Con base en esta información puede afirmarse que en México existe una cobertura territorial amplia en materia de derechos de los adultos mayores. Sin embargo, es necesario profundizar sobre cada una de estas leyes, ya que algunas son muy generales y otras muy particulares; por ejemplo, la Ley de Desarrollo, Protección, Integración Social y Económica del Adulto Mayor del estado de Jalisco, reconoce el derecho de las personas mayores de setenta años de edad que no tengan ingresos y se encuentren sin la protección de los sistemas de seguridad social del estado o de la federación, a ser beneficiados con una pensión alimenticia. Cabe destacar que cada ordenamiento de las 30 leyes locales, es representativo de la protección y los mecanismos que garantizan los derechos de las personas adultas mayores, cuya confección está orientada hacia ese objetivo. No obstante, algunas leyes hacen referencia precisa a la integración social y económica de los adultos mayores y otras enfatizan sólo la atención, por ejemplo, la Ley de Atención a las Personas Adultas Mayores del estado de Tlaxcala, 2006.

3.3 Ámbito de aplicación de las leyes que protegen a las personas adultas mayores víctimas de maltrato

En relación con las disposiciones federales contenidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Artículo 1º indica que está prohibida toda discriminación motivada por la edad o cualquier otro motivo que atente contra la dignidad y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades. Esta disposición constituye el sustento jurídico que garantiza las condiciones materiales y legales para proteger los derechos humanos, a favor de los adultos mayores que sean víctimas del maltrato.

En la Ciudad de México existen leyes como: la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar, publicada el 8 de julio de 1996 en la Gaceta Oficial del Distrito Federal y en el Diario Oficial de la Federación el 9 de julio del mismo año, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1º de febrero de 2007, entre otras.

Es necesario analizar la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002), que de conformidad con su artículo primero, es una ley de orden público, interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos, esto es, que tiene carácter federal a fin de garantizar los derechos de los adultos mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento mediante la regulación de:

- a) La política pública nacional para la observancia de los derechos de las personas adultas mayores;
- b) Los principios, objetivos, programas, responsabilidades e instrumentos que la administración pública federal, las entidades federativas y los municipios deberán

- observar en relación con la planeación y aplicación de la política pública nacional, y
- c) El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Asimismo, en el Artículo 22, fracción VI, dispone y especifica que corresponde al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) hacer la denuncia ante las autoridades competentes, si es procedente, del caso de maltrato, lesiones, abuso físico o psicológico, sexual, abandono, descuido, negligencia, explotación, y en general, cualquier acto que perjudique a las personas adultas mayores. Por lo tanto, la ley secundaria determina que es el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el organismo público que debe brindar atención ya que tiene la atribución de solicitar la intervención de las autoridades competentes a fin de garantizar los derechos de las personas adultas mayores en caso de maltrato. El mandato es expreso, sin embargo, la cuestión de fondo que está pendiente, es investigar si se está acatando la orden de manera cabal y en la medida necesaria, es decir, si este sistema es suficiente para atender la denuncia y canalizarla a la autoridad que le corresponde sustanciar o resolver.

Por otra parte, el Artículo 50 del ordenamiento en cita, establece la obligación de cualquier persona que tenga conocimiento del maltrato o violencia infligida en personas adultas mayores para denunciarlo ante las autoridades competentes. También está expresamente mandado por la ley que en el supuesto de que el agraviado no acuda ante la autoridad competente o al DIF, puede ser cualquier otra persona la que denuncie el hecho cuando sea testigo in fraganti del acto. Empero, los preceptos referidos aunque aparentan dar claridad para denunciar el maltrato, se limitan a indicar o enunciar que los casos de maltrato serán canalizados a la autoridad competente, esperamos que apliquen al mayor número de casos, los probablemente pocos en los que sí se denuncia. En síntesis: nos referimos a que muchas leyes son disposiciones de carácter general, el maltrato aplica a cualquier persona no solo al adulto(a) mayor y constituye un delito que debe denunciarse, pero es necesario promover la cultura de la denuncia y ésta se conseguirá si se tiene claridad sobre cuál es la institución que en primera instancia atiende la denuncia del maltrato en adultos mayores.

Son diversos los ordenamientos jurídicos promulgados para otorgar protección a la mujer a través de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), la Ley del Instituto Nacional de las Mujeres y la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, además de considerar las disposiciones constitucionales. En materia de leyes secundarias y para el tema específico, es necesario destacar que la LGAMVLV tiene por objetivo garantizar la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres, promover su desarrollo integral y plena participación en todas las esferas de la vida conforme a los siguientes principios: igualdad jurídica entre la mujer y el hombre, respeto a la dignidad humana, no discriminación y libertad, entre otros.

¿En qué se centra la conducta violenta contra las mujeres? Cualquier acción u omisión basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial,

económico, sexual o la muerte en el ámbito privado y público. Esto es, la ley específica que víctima es la mujer de cualquier edad a quien se le inflige violencia. Además la ley define que el empoderamiento es un proceso por el que las mujeres –en cualquier situación donde son víctimas de opresión, desigualdad, discriminación, explotación o exclusión– transitan hacia un estadio de conciencia, autodeterminación y autonomía, manifestado en el ejercicio del poder democrático que emana del goce pleno de sus derechos y libertades.

La ley la protege contra cualquier acto de violencia, sea esta psicológica, física, patrimonial, económica, sexual o cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres. La Ley de Protección de las Persona Adultas Mayores (2002), tiende a prevenir la violencia en el ámbito familiar (Artículo 7), considerada como el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo Agresor tenga o haya tenido relación de parentesco, por consanguinidad, afinidad, de matrimonio, concubinato, mantengan o hayan mantenido una relación de hecho.

Está previsto que el Estado instrumente las medidas y acciones para proteger a las víctimas de violencia familiar, entre ellas, garantizar a las mujeres seguridad, el ejercicio pleno de sus derechos humanos, asesoría jurídica y atención psicológica gratuita, así como favorecer la separación y alejamiento del Agresor con respecto a la Víctima, instalación y mantenimiento de refugios para las víctimas y sus hijas e hijos, entre otras. Asimismo, la ley tiene además un apartado “De las órdenes de protección,” que implica acciones de urgente aplicación a partir del interés superior de proteger a la víctima y son básicamente precautorias y cautelares, que pueden ser de emergencia, preventivas y de naturaleza civil. Asimismo, la protección se traduce también en no permitir que el patrimonio de la víctima sea trastocado, lo cual es un paso muy significativo.

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en el Artículo 1 refiere como su objetivo garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, sin diferenciación de sexo o condición económica. Son personas adultas mayores aquellas que cuenten con la edad de sesenta años o más y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional. En materia de género la ley dispone que con base en los roles, atribuciones y representaciones culturales de hombres y mujeres toman como base la diferencia sexual, exclusivamente. La observancia y aplicación de estos derechos tienden a no hacer diferencias, principalmente la autonomía y autorrealización, la participación, la equidad, la corresponsabilidad y la Atención preferente.

Todas las garantías aplican por igual a hombres y mujeres sobre su integridad, dignidad, preferencias, integridad física, psicoemocional y sexual, contra toda forma de explotación y para recibir protección por parte de la comunidad, la familia y la sociedad, así como de las instituciones federales, estatales y municipales, por una vida libre, sin discriminación, con

calidad, en entornos seguros y dignos que cumplan con sus necesidades y donde ejerzan libremente sus derechos. El Estado es garante de cada una de estos derechos ya que expresamente lo mandata la ley.

Por otro lado, la ley establece que se brindará y se darán las condiciones para que en todos los procedimientos tengan certeza jurídica, como lo son:

- Recibir un trato digno y apropiado en cualquier proceso judicial que los involucre, ya sea en calidad de agraviados, indiciados o sentenciados.
- Recibir el apoyo de las instituciones federales, estatales y municipales, para el ejercicio y respeto de sus derechos.
- Recibir asesoría jurídica gratuita en los procesos administrativos o judiciales de que sean parte y contar con un representante legal cuando lo considere necesario.
- En los procedimientos señalados en el párrafo anterior, debe tener prioridad la protección del patrimonio personal y familiar, y cuando sea el caso, encontrarse sin presiones ni violencia.

A partir de conceptos precisos en materia de atención preferencial, con base en la información procedente de todas las instituciones públicas y privadas a cargo de programas sociales y registros, se elaboran los programas que se requieren, es decir, el Estado fundamentalmente a través del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores y del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, obtiene la información necesaria para determinar los programas y cobertura que benefician a las personas adultas mayores.

La familia juega un papel importante y la ley también prevé el deber del Estado para apoyarla, proporcionando a la persona adulta mayor los satisfactores para su atención y desarrollo integral, como son otorgar alimentos, fomentar la convivencia familiar, prevenir que cualquiera de sus integrantes cometa discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia y acciones que pongan en riesgo los bienes del adulto mayor. Esta disposición tiene gran relevancia, ya que es obligación de cada familiar impedir que en su seno sean afectados los derechos del adulto mayor.

En el ámbito institucional corresponde a cada secretaría de Estado funciones específicas que tienden a la protección de la mujer adulta mayor. Por ejemplo, la Secretaría de Educación Pública garantiza el acceso a la educación pública en todos sus niveles y modalidades; el Sector Salud, el derecho a la prestación de servicios públicos de salud, integrales y de calidad. Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, corresponde prestar servicios de asistencia y orientación jurídica gratuita, en especial para la seguridad de su patrimonio, brindar protección en casos o situaciones de riesgo y desamparo, haciéndolo del conocimiento a la Procuraduría General de la República, y en su caso, a las respectivas autoridades federales competentes, por cualquier delito, atención y seguimiento de quejas y la violación de sus derechos. La denuncia, si es procedente, por maltrato, lesiones, abuso físico o psíquico, sexual, abandono, descuido o negligencia, explotación, y en general, por cualquier acto que perjudique a las

personas adultas mayores.

Para el ejercicio de la protección de la persona adulta mayor, el INAPAM es eje de la política nacional y su objetivo general es conducir las acciones contempladas en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. En éste sentido es procurador del desarrollo humano integral y virtual órgano de consulta y asesoría con las siguientes atribuciones: transversalidad en la instrumentalización de las políticas públicas; en cada una de las entidades federativas y municipios garantiza el fortalecimiento de las dependencias y organismos responsables de la aplicación de las disposiciones legales, impulsando acciones de protección y asesoramiento para presentar denuncias; hacer visitas de inspección y vigilancia a instituciones públicas y privadas a fin de verificar las condiciones de atención y calidad de vida; hacer del conocimiento de las autoridades competentes las anomalías detectadas; promover una cultura de protección, comprensión, cariño y respeto que favorezca un clima de interrelación generacional, a través de los medios de comunicación, entre otras de sus atribuciones.

Acerca de quién(es) pueden hacer la denuncia, la ley dispone que puede presentarla cualquier persona y su queja será remitida a la Comisión Nacional de Derechos Humanos, o de ser el caso, a las comisiones estatales de Derechos Humanos. Las formalidades del procedimiento se llevan a cabo conforme a la ley y el reglamento del organismo de protección de los Derechos Humanos, con base en los principios de inmediatez, concentración y rapidez, asimismo se procurará el contacto directo entre los quejosos o denunciantes y las autoridades respectivas. Cualquier persona que tenga conocimiento del maltrato o violencia contra las personas adultas mayores deberá denunciarlo ante las autoridades competentes.

Conclusiones y recomendaciones

En efecto, tanto la Carta Magna como lo dispuesto por las leyes internacionales suscritas por México, consideran el derecho a una vida libre de violencia y respeto a la persona. Es necesario insistir en alentar una cultura sobre el conocimiento de los derechos y llevarlos a buen puerto mediante la implementación de programas encaminados a su goce, ejercicio y respeto. Para enfrentar el problema del maltrato, es necesario implementar los mecanismos específicos que permitan prevenirlo e identificarlo, y en su caso, sancionar los actos de violencia cometidos por parte de familiares o de cualquier persona. Son indispensables las instituciones y programas destinados al cuidado, defensa y representación del adulto mayor. La expectativa es incorporar a la agenda pública: la erradicación y prevención del maltrato en los adultos mayores, esto es, evitar la violación de sus derechos humanos.

¿Qué hacer ante la posibilidad o inminente situación de maltrato? Las redes de apoyo social formales e informales son un importante catalizador para orientar y brindar apoyo a las personas mayores víctimas de algún tipo maltrato, a la familia y personas que son testigos de la violencia. La persona adulta mayor víctima de una situación de maltrato tiene a su alcance

una red de apoyo informal, como la familia, vecinos, amigos o personas de confianza para conversar sobre el tema y sentirse apoyada moral y emocionalmente.

En México existen redes de apoyo formales como las instituciones que ofrecen orientación y asesoría para la denuncia, es el caso de las Comisiones Estatales de Derechos Humanos, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (nacional o estatal), Red de Unidades de Atención y Prevención para la Violencia Intrafamiliar, Ministerios Públicos, Institutos Estatales de la Mujer, Institutos para la Atención de los Adultos Mayores en la Ciudad de México y la Agencia Especializada para la Atención de las Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar del Distrito Federal (INGER, 2015).

Fuentes de consulta

Acuerdo registrado con el Núm. A/009/2010 del Procurador General de Justicia del Distrito Federal por el que se crea la Agencia Especializada para la Atención de Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar (2009). *Gaceta Oficial del Distrito Federal 9 de abril de 2010*. Recuperado de http://www.adultomayor.df.gob.mx/images/pdf/agencia_especializada.pdf

Burston, G. R. (1975). Granny battering. *British Medical Journal*. 3, 592.

Campbell, A. (2001). Risk Factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Aging and Mental Health*. 5(1), 56-62.

Corsi, J. (2001) *Violencia Familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. México Editorial Paidós.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>

Cooper, C. *et al.* (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing*, 37: 151–160.

De la Cuesta, J. L. (2006). Maltrato psicológico. *El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar*. (pp. 23-38) Donostia: Gipuzkoa.

Dyer, M. D., Pavlick, V., Murphy, K. y Hyman, D. (2000). The High Prevalence of Depression and dementia en elder abuse or neglect. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(2), 205-208.

Giraldo, M. L. (2006). Análisis de la información estadística: *Encuesta sobre el Maltrato a las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM 2006)*. Gobierno del Distrito Federal-Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (IIS-UNAM).

Giraldo, M. L. (2010). Maltrato a personas mayores. *El residente*. 5(2), 85-91.

- Iborra, I. (2008). Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia de población española. *Revista de Servicios Sociales*, 49-57. Recuperado de file:///Users/saratorrescastro/Downloads/DialnetFactoresDeRiesgoDelMaltratoDePersonasMayoresEnLaFa-3021586.pdf
- INGER. (2015). Preguntas frecuentes. Recuperado de http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu5/envejecimiento_preguntas.html#diez
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2005). *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. Recuperado de http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf
- Lach, M., et al. (1997). Risk factors for reported Elder abuse and neglect: a nine-year Observational Cohort Study. *The Gerontologist*. 37(4), 469-474.
- Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, Gaceta Oficial del Distrito Federal el 29 de enero de 2008. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_171215.pdf
- Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar. Gaceta Oficial del Distrito Federal el 8 de Julio de 1996 y en el Diario Oficial de la Federación el 9 de Julio de 1996. Recuperado de <http://info4.juridicas.unam.mx/adprojus/leg/10/354/>
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal. Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 2002. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Diario Oficial de la Federación el 1º de febrero de 2007. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_040615.pdf
- Ley General de Salud (1984); Diario Oficial de la Federación 1984. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>
- Misyuk, Y., et al. (2013). Added value of Elder abuse definitions: A review. *Ageing Research Reviews* 12, 50-57.
- Moya, A. y Barbero, J. (Coord.). (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad. IMSERSO.
- OMS. (202). *Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores*. Ginebra: OMS.

Pérez, G. (2008). Factores de riesgo asociados al maltrato hacia personas mayores con demencia en el ámbito comunitario. *Revista de Servicios Sociales*. 19-31.

Ruelas, M. G. y Salgado, V. N. (2009). Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México. *Revista Chilena de Salud Pública* 13(2), 90-99.

Shugarman, L. et al. (2003). Identifying Older People at Risk of Abuse During Routine Screening Practices. *The American Geriatrics Society*, 51(1):24-31.

WHO/INEPA. Missing Voices: Views of older persons on elder abuse. Ginebra: World Health Organization.

Anexo 1. Leyes de los Estados de México (1999-2015)

| | NOMBRE | PUBLICADA | ESTADO |
|------|---|---|----------------------|
| 2010 | LEY PARA LA PROTECCIÓN ESPECIAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES | LX LEGISLATURA H. CONGRESO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES. 23 DE AGOSTO DE 2010 | AGUASCALIENTES |
| 2012 | LEY DE LOS DERECHOS, PROTECCIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA | PERIÓDICO OFICIAL, 06 DE ENERO DE 2012 | BAJA CALIFORNIA |
| 2001 | LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR | DECRETO Núm. 1320 H. CONGRESO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR. 14 DE JUNIO DE 2001 | BAJA CALIFORNIA SUR |
| 2005 | LEY DE PROTECCIÓN DE ADULTOS MAYORES PARA EL ESTADO DE CAMPECHE | DECRETO Núm.150, P.O. 3355, 28 DE JUNIO DEL 2005, LVIII LEGISLATURA | CAMPECHE |
| 2004 | LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL ESTADO DE CHIAPAS | DECRETO Núm. 245, LA SEXAGÉSIMA PRIMERA LEGISLATURA CONSTITUCIONAL DEL HONORABLE CONGRESO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE CHIAPAS, EN USO DE LAS FACULTADES QUE LE CONCEDE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA LOCAL. A 5 DE NOVIEMBRE DEL 2004 | CHIAPAS |
| 2009 | LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA | DECRETO Núm. 752/09 I P.O. 13 DE NOVIEMBRE DE 2009 | CHIHUAHUA |
| 2005 | LEY DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES PARA EL ESTADO DE COAHUILA DE ZARAGOZA | PERIÓDICO OFICIAL VIERNES 10 DE JUNIO DEL 2005 | COAHUILA DE ZARAGOZA |
| 2004 | LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ADULTOS EN PLENITUD DEL ESTADO DE COLIMA | DECRETO Núm. 104 LEY APROBADA EL 25 DE AGOSTO DE 2004 | COLIMA |
| 2003 | LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL ESTADO DE DURANGO | DECRETO 212, 62 LEGISLATURA, P.O. 48 BIS DE FECHA 15/06/2003 | DURANGO |
| 2008 | LEY DEL ADULTO MAYOR DEL ESTADO DE MÉXICO | DECRETO Núm. 182, SECCIÓN CUARTA DE LA GACETA DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO, MIÉRCOLES 6 DE AGOSTO DE 2008 | ESTADO DE MÉXICO |
| 2013 | LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO | LEY PUBLICADA EN EL PERIÓDICO OFICIAL DEL GOBIERNO DEL ESTADO Núm. 179, TERCERA PARTE, DE FECHA 8 DE NOVIEMBRE DE 2013 | GUANAJUATO |
| 2004 | LEY NÚMERO 375 DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL ESTADO DE GUERRERO | PERIÓDICO OFICIAL Núm. 94 MARTES 16 DE NOVIEMBRE DE 2004 | GUERRERO |
| 2010 | LEY DE LOS DERECHOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ESTADO DE HIDALGO | DECRETO NUM. 373. PERIÓDICO OFICIAL, EL 12 DE ABRIL DE 2010 | HIDALGO |
| 2006 | LEY DE DESARROLLO, PROTECCIÓN INTEGRACIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA DEL ADULTO MAYOR (JALISCO) | Núm. 21388/LVII/06.- EL CONGRESO DEL ESTADO DECRETA, APROBACIÓN: 27 DE JULIO DE 2006 | JALISCO |

| | NOMBRE | PUBLICADA | ESTADO |
|------|--|--|---------------------------------|
| 2013 | LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO | PERIÓDICO OFICIAL DEL ESTADO, 24 DE ENERO DE 2013, TOMO: CLVI, Núm. 13, SEXTA SECCIÓN | MICHOACÁN DE OCAMPO |
| 2010 | LEY DE DESARROLLO, PROTECCIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES PARA EL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MORELOS | P.O. 4808 DE FECHA 9 DE JUNIO DE 2010 | MORELOS |
| 2014 | LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL ESTADO DE OAXACA | DECRETO Núm. 651 APROBADO EL 4 DE DICIEMBRE DEL 2014 Y PUBLICADO EN EL PERIÓDICO OFICIAL No. 51 DE FECHA 20 DE DICIEMBRE DEL 2014 | OAXACA |
| 2005 | LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN | DECRETO Núm. 167. P.O. DE FECHA 07 DE ENERO DE 2005. | NUEVO LEÓN |
| 2000 | LEY DE PROTECCIÓN A LOS ADULTOS MAYORES PARA EL ESTADO DE PUEBLA | PARA SUS EFECTOS. DADO EN EL PALACIO DEL PODER EJECUTIVO, EN LA HEROÍCA PUEBLA DE ZARAGOZA. 15 DE DICIEMBRE DE 2000 | PUEBLA |
| 2008 | LEY DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL ESTADO DE QUERÉTARO | PERIÓDICO OFICIAL TOMO CXLI 16 DE DICIEMBRE DE 2008. | QUERÉTARO |
| 2007 | LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL ESTADO DE QUINTANA ROO | HONORABLE PODER LEGISLATIVO, 2 DE AGOSTO DE 2007 | QUINTANA ROO |
| 2009 | LEY DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES PARA EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ | P.O. 04 DE JULIO DE 2009 | SAN LUIS POTOSÍ |
| 2007 | LEY DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ESTADO DE SONORA | B. O. EDICIÓN ESPECIAL Núm. 14, CON FECHA 7 DE SEPTIEMBRE DE 2007. | SONORA |
| 2003 | LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL ESTADO DE TABASCO | PERIÓDICO OFICIAL SUP. B: 6333 DEL 17 DE MAYO DE 2003. | TABASCO |
| 2001 | LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL ESTADO DE TAMAULIPAS | DECRETO Núm. 535.H. CONGRESO DEL ESTADO. - CD. VICTORIA, TAM., 28 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2001.-DIPUTADA PRESIDENTA.-LIC. BLANCA GUADALUPE VALLES | TAMAULIPAS |
| 2006 | LEY DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES | PERIÓDICO OFICIAL DEL GOBIERNO DEL ESTADO EL DÍA 3 DE NOVIEMBRE DEL 2006. | TLAXCALA |
| 2005 | LEY QUE RECONOCE EL DERECHO DE LAS PERSONAS FÍSICAS, MAYORES DE SETENTA AÑOS DE EDAD, QUE NO TENGAN INGRESO ALGUNO Y SIN LA PROTECCIÓN DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO O DE LA FEDERACIÓN, A RECIBIR UNA PENSIÓN ALIMENTICIA DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE | GACETA OFICIAL, ÓRGANO DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE EL LUNES 14 DE FEBRERO DE 2005 | VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE |
| 2015 | LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES PARA EL ESTADO DE NAYARIT | PERIÓDICO OFICIAL, ÓRGANO DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT. 9 DE DICIEMBRE DEL 2015 | NAYARIT |
| 1999 | LEY PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS EN EDAD SENESCENTE DEL ESTADO DE YUCATÁN | DECRETO Núm. 214 H. CONGRESO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE YUCATÁN, 13 DE AGOSTO DE 1999 | YUCATÁN |
| 2006 | LEY DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES PARA EL ESTADO DE ZACATECAS | DECRETO Núm. 265, HONORABLE QUINCUAGÉSIMA OCTAVA LEGISLATURA DEL ESTADO 13 DE JUNIO DEL 2006 | ZACATECAS |

Fuente: [http:// www.diputados.gob.mx](http://www.diputados.gob.mx)

Sobre los autores

Ana López García

Española. Doctora en Envejecimiento por la Universidad de Murcia. Investigadora en la Universidad de Murcia y Fisioterapeuta del Centro AFAMUR de Murcia, España.

E-mail: lopez_garcia_ana@hotmail.com

Adriana Marcela Meza Calleja

Mexicana. Maestra en Psicología de la Salud y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Guadalajara. Especialidad en Estudios de Género por la Universidad Pedagógica Nacional. Es profesora Investigadora. Sus líneas de investigación son los aspectos psicosociales del envejecimiento.

E-mail: mine888mine@yahoo.com.mx

Armando Luna López

Mexicano. Investigador en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Geriátría, Doctor en Biología Experimental por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. Experto en estrés oxidante y envejecimiento celular.

E-mail: oscar_rosas_c@hotmail.com

Beatriz Mena Montes

Mexicana. Adscrita al Departamento de Investigación Básica del Instituto Nacional de Geriátría. Maestra en Ciencias en la Especialidad de Biomedicina Molecular por el CINVESTAV-IPN. Experta en susceptibilidad genética de la enfermedad de Alzheimer.

E-mail: bettyiasi@yahoo.com.mx

Blanca De Lima

Venezolana. Licenciada en Antropología Social. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México (1979), Maestra en Arquitectura Investigación y Docencia, UNAM, México (1995). Doctora en Historia (2001). Profesora jubilada por la Unidad de Investigaciones Gerontológicas de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Coro, estado Falcón. Ha sido reconocida como investigadora de alto rendimiento del Programa de Estímulo a la Innovación e Investigación del MPP. Cuenta con más de 50 publicaciones entre libros, capítulos para libros, artículos de revistas arbitradas y de catálogos para museos. Finalmente obtuvo el Premio regionales y nacional por Venezuela por su destacada labor en la investigación.

E-mail: blancadelima@hotmail.com

Evelyn Colina

Venezolana. Licenciada en Gerontología. Colabora en la Unidad de Investigaciones Gerontológicas de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Coro, Estado Falcón, Venezuela. Cuenta con Seis años de experiencia prestando sus servicio en el Departamento Social de la Alcaldía del municipio de Bolívar, Venezuela.

E-mail: Evecm12@gmail.com

Fabiana de Souza Orlandi

Brasileña. Licenciada en Enfermería por la Universidad Federal de São Carlos (1999). Cuenta con el Máster en Enfermería por la UNICAMP (2004) y es Doctora en Ciencias por la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo (2011). Es profesora adjunta del Departamento de Gerontología de la UFSCar, así como también del Programa de Pos Graduación en Enfermería de la Universidad Federal de São Carlos. Pertenece al Grupo de Investigación Salud y Envejecimiento en temas sobre transmisibilidad de HIV en Mujeres (GPETHIM) y colabora en el grupo de estudios e investigación sobre buenas prácticas de control de transmisión de patógenos relacionada a la asistencia en salud. Participa en la Asociación Brasileña de Enfermería e Nefrología. Actualmente es coordinadora del Curso de Graduación en Gerontología de la Universidad Federal de São Carlos. E-mail: fabi_ferreira@yahoo.com.br

Flávia da Silva Oliveira

Brasileña. Licenciada en Derecho. Cuenta con el Máster en Ciencias Sociales. Doctorante en Ciencias Jurídicas por la Pontificia Universidad Católica de Argentina. Es profesora y coordinadora del curso de Derecho de la Facultad Unión y docente del Programa Universidad Abierta para la Tercera Edad. E-mail: flasoliveira@uol.com.br

Hugo Roberto Valderrama

Argentino. Doctor en ciencias de la salud por la Fundación Barceló, cuenta con master en gerontología social por la Universidad de Barcelona, especialista universitario en gerontología y geriatría por la Universidad J.F. Kennedy y Médico egresado de la Universidad de Buenos Aires. Creador de la currícula de los cursos de formación y del Movimiento de formación de cuidadores de ancianos en Argentina. Autor del Manual Argentino para el Cuidado de Ancianos y de numerosos artículos sobre gerontología en medios locales y nacionales. Creador y past-director y docente de la Universidad de los Adultos Mayores de la Universidad Católica de Santa Fe. Autor de leyes Provinciales y Nacionales vinculadas a la ancianidad. Evaluador de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria. Actualmente es el Director de la Licenciatura en Gerontología en la Universidad Católica de Santa Fe. E-mail: drhugovalverderrama@gmail.com

Ignacio Martínez González Moro

Español. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina de la Educación Física y del Deporte. Profesor Titular de la Universidad de Murcia. Actualmente es el coordinador del Máster en Envejecimiento de la Universidad de Murcia, España. E-mail: ignaciomgm@um.es

Isabela Thaís Machado de Jesus

Brasileña. Estudiante de la Licenciatura en Gerontología en la Universidad Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil. Es becaria de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, con el proyecto "Cuidadores de adultos mayores frágiles en el contexto de vulnerabilidad social: sobrecarga, posibilidades e limitaciones del cuidado y la política de asistencia social". Pertenece al grupo de investigadores de Gestión en Envejecimiento. Actualmente forma parte del proyecto de Extensión "Luz, Cámara y la Mejor Edad e Acción". E-mail: isabela.machado1@gmail.com

Iveili Flores

Venezolana. Licenciada en Gerontología y en Economía. Tiene experiencia en los servicios gerontológicos en centros médicos ambulatorios en el estado Falcón, Venezuela. Colabora en la Unidad de Investigaciones Gerontológicas de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Coro. Estado Falcón, Venezuela. E-mail: iveili@hotmail.com

José Carlos García Ramírez

Mexicano. Doctor en Humanidades en el área de filosofía política por la Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa. Es autor de libros y artículos sobre el tema de envejecimiento. 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. Actualmente labora en la Universidad Estatal del Valle de Toluca. 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.

E-mail: josecarlosgarcia357@gmail.com

Júpiter Ramos Esquivel

Mexicano. Maestro en Psicología Social por la Universidad Autónoma de Querétaro y Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad de Guadalajara. Es profesor Investigador. Sus líneas de investigación son Psicología de la Vejez y estudios del trabajo y flexibilidad.

E-mail: mine888mine@yahoo.com.mx

Luzia Cristina Antoniossi Monteiro

Brasileña. Doctora en ingeniería urbana por la Universidad Federal de São Carlos (UFSCar). Cuenta con estudios de derecho empresarial por el instituto nacional de pos-graduación. Es docente del programa de pos-graduación en gerontología y profesora adjunto en el Departamento de Gerontología de la UFSCar. Líder del grupo de investigación en derecho, ciudad y envejecimiento. Sus líneas de investigación son: planeamiento, accesibilidad y movilidad urbana; políticas habitacionales de atención para el adulto mayor; derechos y legislación sobre envejecimiento. Tiene experiencia en las áreas: derecho urbanístico y planeamiento urbano; Políticas públicas y derechos del adulto mayor.

E-mail: cristinaantoniossi4@gmail.com

María Claudia Espinel Bermúdez

Mexicana. Investigadora de la Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, por la UMAE del Hospital de especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente-IMSS. Maestra en Ciencias de Sistemas de Salud.

E-mail: mclaudia_espinel@yahoo.com.mx

María Carrasco Poyatos

Española. Doctora en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Profesora de la Universidad Católica San Antonio de Murcia. Actualmente es Investigadora en los Instituto Universitario de Investigación en Envejecimiento de la Universidad de Murcia, y de la Asociación de Familiares de Enfermos con Alzheimer (AFAMUR) también de Murcia, España.

E-mail: mcarrasco@ucam.edu

Maricruz Rivera Hernández

Estadunidense. Doctora en Gerontología y Maestra en Salud Pública por la Universidad Miami, Oxford, OH. Cuenta con estudios en Ingeniería Industrial por el Instituto Tecnológico de Culiacán. Sus líneas de investigación versan sobre salud y asistencia sanitaria de los hispanos de edad avanzada. Tiene artículos servicios de atención al envejecimiento, asistencia sanitaria y tópicos selectos en gerontología. Actualmente es investigadora del Centro de Investigación de Gerontología y Salud de la Universidad de Brown, Estados Unidos.

E-mail: Maricruz_Rivera-Hernandez@Brown.Edu

Mariela Morillo

Venezolana. Licenciada en gerontología. Cuenta con la especialización en gerontología social, con trece años de experiencias en los servicios ofrecidos por el Departamento Social de la Alcaldía del municipio Miranda. Colabora en la Unidad de Investigaciones Gerontológicas de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda.

E-mail: marielamori@gmail.com

Marisa Silvana Zazzetta

Argentina naturalizada brasileña. Cuenta con doble Licenciatura en Servicio Social por la Escuela Superior de Sanidad (1990) y por la Universidad Nacional de Entre Ríos (1993), Argentina. Posee la

especialización en Gerontología Social por la Pontificia Universidad Católica de Río Grande do Sul (1996), Brasil. Es miembro titular de la Sociedad Brasileira de Geriatria y Gerontología. Cuenta con estudios de Master en Servicio Social por la Pontificia Universidad Católica do Río Grande do Sul (1996) y Doctora en Servicio Social por la Pontificia Universidad Católica de Río Grande do Sul (2002), Brasil. Actualmente es profesora adjunta y Jefa del Departamento de Gerontología de la Universidad Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil. Sus líneas de investigación son: vejez, fragilidad, cuidados y soporte social. E-mail: marisam@ufscar.br

Miriam Jéssica Bazán Torres

Peruana. Médico Cirujano de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Doctora en Educación. Cuenta con el Máster en Administración y el Diplomado en Docencia Universitaria por la Universidad Alas Peruanas. Es Maestra en Economía con orientación en Salud por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ha tomado cursos en Israel, México, Colombia, Cuba, Bolivia, Argentina, Chile. Es fundadora y actualmente directora de la Escuela Profesional de Gerontología y Presidenta de la Red Panamericana de Carreras y/o Programas de Gerontología. E-mail: mjbazant@hotmail.com

Oscar Rosas Carrasco

Mexicano. Investigador en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Geriatria. Medico geriatra por la Universidad Nacional Autónoma de México. Experto en calidad de vida del paciente con demencia, sobrecarga del cuidador y fragilidad. E-mail: oscar_rosas_c@hotmail.com

Paola Andressa Scortegagna

Brasileña. Cuenta con el Máster en Educación y tiene la licenciatura en Pedagogía. Es doctorante en Educación por la Universidad Estatal de Ponta Grossa. Actualmente es profesora del Programa Universidad Abierta para la Tercera Edad (UEPG). E-mail: paola_scortegagna@hotmail.com

Rita de Cássia da Silva Oliveira

Brasileña. Doctora en Filosofía y Ciencias de la Educación por la Universidad de Santiago de Compostela (USC). Cuenta con el post-doctorado en Educación por la USC. Profesora del Departamento de Educación y del Programa de Postgrado en Educación de la Universidad Estatal de Ponta Grossa. Actualmente es coordinadora del Programa Universidad Abierta para la Tercera Edad. E-mail: soliveira13@uol.com.br

Sandra Quintero

Venezolana. Magister Scientiarum en Docencia para Educación Superior, Licenciada en Gerontología por la Universidad Nacional Francisco de Miranda (UNEFM) y Doctorante de Ciencias Gerenciales. Investigadora nacional certificada PEII-A2. Autora de los libros Gerontología Ciencia para la vida (2013); Manual de Buenas Practicas Gerontológicas como vivir feliz más de 100 años (2015). Ha ocupado puestos gerenciales. Se ha desempeñado como docente-tutora en el programa de Gerontología de la UNEFM. Columnista, locutora universitaria, es productor independiente: "Gerontología al día" en Medios de comunicación radial, televisivos, impresos, digitales desde 2011. Evaluadora de programas de pregrado y posgrado. Organizadora de eventos académicos en gerontología. Ha sido galardonada por su labor profesional. Actualmente es directora del Programa Gerontología y Coordinadora de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas (UNIGER) en la UNEFM. E-mail: investigacionsandraquintero@gmail.com

Sara Torres Castro

Mexicana. Investigadora en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Geriatria. Maestra en Ciencias en Sistemas de Salud por la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Experta en los temas de salud mental, depresión y en enfermedad de Alzheimer. E-mail: saratorrescastro@gmail.com

Sergio Flores Cerqueda

Mexicano. Maestro en Ciencias de la Educación por la Universidad del Valle de México. Licenciado en Gerontología por la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. Doctorante en Educación. Sus líneas de investigación versan sobre estructuración de diseños curriculares en planes y programas universitarios en gerontología. Cuenta con artículos sobre temas gerontológicos. Es Coordinador del Libro: "Perfiles sobre envejecimiento, Volumen I. Estrategias gerontológicas en acción" (2014), UNEVT. Evaluador de proyectos para Adultos Mayores del Consejo Mexiquense de Ciencia y Tecnología (COMECyT). Evaluador de planes y programas educativos en Salud por el CEIFCRHIS del Instituto de Salud del Estado de México. Integrante del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento del Estado de México. Representante Institucional ante el Programa para el Desarrollo Profesional Docente de Tipo Superior de la SEP. Miembro activo de la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriátrica A. C. Ha sido condecorado con la "Distinción Honorífica de Profesor Visitante" por la Universidad Alas Peruanas, Perú. Actualmente es Director de la Licenciatura en Gerontología en la Universidad Estatal del Valle de Toluca. E-mail: gerontología.2014@gmail.com

Ulises Hermilo Avila Sotomayor

Mexicano. Licenciado en Psicología con orientación en Psicología Social por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Es maestro en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios Rurales por el Colegio de Michoacán A. C. Sus líneas de investigación son los aspectos psicosociales del envejecimiento y la migración. e-mail: ulisesavila@hotmail.com

Solapa 1

INVESTIGADORES PARTICIPANTES

ARGENTINA

Hugo Roberto Valderrama

BRASIL

Luzia Cristina Antoniossi Monteiro

Paola Andressa Scortegagna

Rita de Cássia da Silva Oliveira

Marisa Silvana Zazzetta

Isabela Thaís Machado de Jesús

Luzia Cristina Antoniossi Monteiro

Fabiana de Souza Orlandi

ESTADOS UNIDOS

Maricruz Rivera-Hernández

ESPAÑA

Ignacio Martínez González-Moro

Ana López García

María Carrasco Poyatos

MÉXICO

José Carlos García Ramírez

Aida Díaz-Tendero Bolaín

Sergio Flores Cerqueda

Marisol Rincón Arredondo

Lesly Beltrán Sánchez

Júpiter Ramos Esquivel

Adriana Marcela Meza Calleja

Ulises Hermilo Ávila Sotomayor

Beatriz Mena Montes

Sara Torres Castro

Oscar Rosas Carrasco

Armando Luna López

María Claudia Espinel Bermúdez

Juan Carlos Ruíz Espíndola

Nora Magdalena Torres Carrillo

PERÚ

Miriam Jéssica Bazán Torres

VENEZUELA

Blanca de Lima

María Morillo

Iveilli Flores

Evelyn Colina

Sandra Quintero

Solapa 2



VISIÓN

Ser una Institución acreditada, solidaria, relacionada con su entorno nacional e internacional y con los avances científicos y tecnológicos para impulsar el desarrollo de nuestro país.

MISIÓN

El emblema de Universidad Alas Peruanas procede de un vaso cerámico de la cultura Mochica, que floreció en la costa norte del actual Perú, entre los siglos III y VII de la era cristiana.



EMBLEMA UAP

El emblema de la Universidad Alas Peruanas procede de un vaso cerámico de la cultura Mochica, que floreció en la costa norte del actual Perú, entre los siglos III y VII de la era cristiana. Dicha pieza artística se conserva en el Museo Etnográfico de Berlín, Alemania. La reproducción en tinta china de este emblema se debe a W. W. D. Stiner y fue publicado en 1954 por Gerdet Kutscher. En 1976, el destacado arqueólogo peruano Dr. Federico Kauffman Doig lo divulgó en su obra *El Perú Arqueológico*.

El emblema es una figura antro-po-oritomorfa y representa a un personaje mágico religioso, inspirado en una águila marina, tiene los pies firmemente asentados en la tierra; el ala derecha le da atributos para volar y el brazo izquierdo está armado con escudo, porra y lanzas. Tiene erizadas las plumas del pescuezo y la cabeza en actitud guerrera. Los más de 40 mil socios que son miembros del Ejército, Marina de Guerra y Fuerza Aérea del Perú forman la Cooperativa de Servicios Especiales Alas Peruanas, promotora de la UAP, se encuentran plenamente representados por la imagen del ser mítico.

